



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

OMVÅRDNADS- HANDLEDNING

INRE RESURSER ENLIGT CARNEVALI,
TILLÄMPADE PÅ SJUKSKÖTERSORS
UTVECKLING VID
OMVÅRDNADSHANDLEDNING

GÅRDENDAHL MAGDALENA
SÖDERHOLM MATILLDA

Examensarbete i omvårdnad
15 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2009

Malmö Högskola
Hälsa och Samhälle
205 06 Malmö

OMVÅRDNADSHANDLEDNING

INRE RESURSER ENLIGT CARNEVALI, TILLÄMPADE PÅ SJUKSKÖTERSORS UTVECKLING VID OMVÅRDNADSHANDLEDNING

MAGDALENA GÅRDENDAHL
MATILDA SÖDERHOLM

Gårdendahl, M & Söderholm, M. Omvårdnadshandledning. Inre resurser enligt Carnevali, tillämpade på sjuksköterskors utveckling vid omvårdnadshandledning. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2009.

I denna litteratursammanställning presenteras de inre resurser sjuksköterskor utvecklar genom att delta i omvårdnadshandledning. Ett omvårdnadshandledningstillfälle innebär att sjuksköterskor träffas i grupper med en handledare för att reflektera och samtala enligt en viss struktur om omvårdnad. Omvårdnadshandledningens syften beskrivs av flera författare och det gemensamma draget är tron på att den kan stärka kvaliteten i omvårdnaden. Metoden är en litteratursammanställning i vilken Polit och Becks (2006) beskrivning av litteratursammanställningens tillvägagångssätt använts. Litteratursökningen utfördes i databaserna CINAHL, PubMed samt SweMed+. De kvalitetsgranskade studierna utgörs av fem studier med kvantitativ forskningsansats, tre med kvalitativ forskningsansats samt två litteratursammanställningar. Studierna är för få för att dra några generella slutsatser men ger en antydning om att sjuksköterskors inre resurser utvecklas av att delta i omvårdnadshandledning. Nio inre resurser definierade enligt Carnevali (1996) användes för att analysera studiernas resultat. Genom att tillämpa Carnevalis modell för omvårdnadsdiagnostik i ett annat sammanhang kan de inre resurserna användas som ett instrument för att tolka omvårdnadshandledningens betydelse för sjuksköterskor. Studiernas resultat tycks tyda på att sjuksköterskor utvecklar inre resurser definierade av Carnevali (1996) genom att delta i omvårdnadshandledning. Graden av utveckling av de olika resurserna varierar. Kunskap, sinnesstämning och styrka förekom flest gånger i artiklarnas resultat, medan motivation, uthållighet och mod var mest sällsynta. Resultaten i studierna kunde återkopplas till litteraturen om omvårdnadshandledning, med undantag för resurserna kopplade till uthållighet, motivation och styrka. Det förefaller vara möjligt att använda Carnevalis (1996) resonemang om inre resurser som analysinstrument, vilket kan ge nya idéer kring förståelsen för betydelsen av omvårdnadshandledning.

Nyckelord: Carnevali, inre resurser, litteraturstudie, omvårdnadshandledning, sjuksköterskor.

CLINICAL SUPERVISION

INNER RESOURCES DEFINED BY CARNEVALI, APPLIED TO NURSES' DEVELOPMENT THROUGH PARTICIPATING IN CLINICAL SUPERVISION

MAGDALENA GÅRDENDAHL
MATILLDA SÖDERHOLM

Gårdendahl, M & Söderholm, M. Clinical supervision. Inner resources defined by Carnevali, applied to nurses' development in nursing supervision. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

This literature review presents the inner resources nurses develop through participation in clinical supervision for nurses. A session of clinical supervision means that nurses meet in groups with a supervisor to reflect and talk about nursing, following a specific structure. The purposes of clinical supervision are described by several authors and the common feature is the belief that it can strengthen the quality of nursing care. The method is a literature review in which Polit and Beck's (2006) description of the literature review approach was used. Literature search was conducted in the databases CINAHL, PubMed and SweMed+. The quality controlled studies consist of five studies with quantitative research approach, three with qualitative research approach and two literature reviews. The studies are too few to draw any general conclusions, but shows an indication that the nurses' inner resources were developed by participating in nursing supervision. Nine inner resources as defined by Carnevali (1996) were used to analyze the study results. By applying Carnevalis model for nursing diagnosis in a different context, the inner resources were used as an instrument to interpret the significance of clinical supervision for nurses. The results of the quality controlled studies' seem to indicate that nurses develop inner resources defined by Carnevali (1996), by participating in clinical supervision. The degree of development of the various resources varies. Knowledge, frame of mind and strength were the most frequently mentioned resources in the articles' results, whereas motivation, perseverance and courage were the most rarely mentioned. The results of the studies were re-connected to the literature on clinical supervision, with the exception of the resources linked to perseverance, motivation and strength. The use of inner resources of Carnevali (1996) as an analytical tool, can perhaps provide new ideas for understanding the significance of clinical supervision.

Keywords: Carnevali, inner resources, literature review, clinical supervision, nurses.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Utveckling och forskning	5
Modeller för omvårdnadshandledning	6
Struktur vid handledningstillfället	6
Strukturerad dialog och kommunikation	7
Reflektera och medvetandegöra för ökad kunskap	7
Etiska aspekter	7
Personligt och professionellt	8
Teoretisk referensram	8
Tabell 1. Inre resurser enligt Carnevali	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	10
Frågeställning	10
Definitioner och avgränsningar	10
METOD	10
Databassökning och identifiering av sökord	10
Databassökning i CINAHL	11
Databassökning i PubMed	11
Databassökning i SweMed+	12
Läsning och urval av titlar, abstrakt och artiklar	12
Exkludering	12
Granskning av artiklar	13
Modifieringar av protokollen för kvalitativa studier	13
Modifieringar av protokollen för kvantitativa studier	13
Modifieringar av protokollen för systematiska översikter och meta-analyser	14
Analys och sammanställning av materialet	14
RESULTAT	14
Styrka	15
Uthållighet	15
Förmåga att genom sinnesförmågor tolka och ta in information	15
Sinnesstämning	16
Kunskap	16
Motivation	16
Mod	16
Färdigheter	17
Kommunikation	17
Tabell 2. Resultattabell	18
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	
Databassökning och identifiering av sökord	
Läsning och urval av titlar, abstrakt och artiklar	21
Granskning av artiklar	22

Analys och sammanställning av materialet	24
Resultatdiskussion	24
Styrka	24
Uthållighet	25
Förmåga att tolka och ta in information	25
Sinnesstämning	25
Kunskap	26
Motivation	26
Mod	26
Färdigheter	26
Kommunikation	27
Carnevali	27
Betydelse för patienten	27
FRAMTIDA FORSKNING	28
SLUTSATS	29
REFERENSER	30
BILAGOR	32

INLEDNING

Denna litteraturöversikt ämnar sammanställa forskning rörande omvårdnadshandledning för sjuksköterskor. Litteraturen beskriver omvårdnadshandledningen som en viktig del av arbetet för att förbättra omvårdnaden och utveckla sjuksköterskors kompetens (Hermansen m fl, 1994, Lindell, 2003). Forskning beskriver att sjuksköterskor som deltar i omvårdnadshandledning upplever denna som givande, relevant och huvudsakligen positiv (Butterworth, 2007). Tankar väcktes kring vad denna positiva utveckling består av, vilket föranledde en utforskning av ämnet.

Carnevalis (1996) modell för omvårdnadsdiagnostik bygger delvis på uttolkandet av inre och yttre resurser hos patienten. Genom att i denna litteraturöversikt tillämpa Carnevalis modell i ett annat sammanhang än omvårdnadsdiagnostik, kan de inre resurserna användas som ett instrument för att tolka omvårdnadshandledningens betydelse för sjuksköterskor.

BAKGRUND

Omvårdnadshandledning innebär att sjuksköterskor träffas i grupper för att reflektera och samtala enligt en viss struktur kring omvårdnad. Omvårdnadshandledningens syften beskrivs av flera författare och det gemensamma draget är tron på att den kan stärka kvaliteten i omvårdnaden (Lindell, 2003 och Hermansen m fl, 1994). Lindell (2003) och Hermansen m fl (1994) menar att huvudmålet med omvårdnadshandledning är förbättring av vårdkvaliteten för patienten. Genom att stärka inre resurser hos dem som har vårdande yrken, bygga upp deras kompetens etiskt och yrkesmässigt, anses vårdrelationerna och vårdkvaliteten bli bättre. Vidare anses omvårdnadshandledningen kunna vara ett hjälpmedel för att klarlägga vad man gör i en omvårdnadssituation och varför, vilket kan leda till att omvårdnaden bli tydligare och yrkesidentiteten kan stärkas (a a).

Utveckling och forskning

Omvårdnadshandledningens modeller och visioner beskrivs ha utvecklats ur de behov som följde akademiseringen av omvårdnadsområdet (Hermansen m fl, 1994). Timpson (1996) menar att det inom omvårdnaden skett en förändring som inneburit mer evidensbaserad och individualiserad omvårdnad, närmre terapeutiska relationer till patienten, samt ökad del självständigt arbete. Dessa förändringar tillsammans skapade behov av omvårdnadshandledning (a a). Antrobus (1996) beskriver en sådan utveckling som ett paradigmskifte inom den kunskapssyn som ligger till grund för omvårdnadsarbetet. Användandet av sjuksköterskans egen personlighet och kunskap, menar hon blir alltmer betydelsefull för omvårdnaden, vilket gör omvårdnadshandledning till ett viktigt verktyg för kompetensutveckling (a a). Även Hyrkäs m fl (2003) menar att förändringar inom omvårdnadsområdet lett till ökat ansvar och självständigt arbete för sjuksköterskan, vilket påverkar tillgången till stöd mellan kollegor. Detta stödjer att det finns ett behov av omvårdnadshandledning.

På sextiotalet utvecklades en handledning med ursprung i psykodynamisk och psykoanalytisk psykiatri. Senare, i samband med att modellerna kom till somatisk vård, har de utvecklats till att bestå mer av kognitiv pedagogik och tankar från kognitiv psykologi. Hermansen m fl (1994, s 14) beskriver att det bestående för omvårdnadshandledning är ”förståelsen och vikten av att reflektera över handlingar och samspelet med vårdtagaren och att uppfatta sig själv som en både professionell och personlig yrkesutövare”.

Förekomsten av omvårdnadshandledning är varierad i olika länder. Enligt Hyrkäs (2006) är området väl beforskat då det föreligger ett stort intresse för omvårdnadshandledning. Det finns dock vissa frågor om hur definitionerna av omvårdnadshandledning skiljer sig mellan olika länder, och hur handledningen organiseras och tillämpas. Hyrkäs tror inte att skillnaderna påverkar negativt utan leder till fler möjligheter. Vidare påpekar Hyrkäs att det är en internationell fråga och att det inte finns ett enda korrekt sätt att bedriva omvårdnadshandledning (a a).

Modeller för omvårdnadshandledning

Det finns ett flertal olika modeller för omvårdnadshandledningens praktiska genomförande. Möjlighet finns att anpassa valet av modell till olika situationer och behov, t ex vid en kris eller inför förberedelse av en uppgift. Hermansen m fl (1994) beskriver fyra huvudsakliga faser: planeringsfasen, introduktionsfasen, arbetsfasen och avslutningsfasen.

I planeringsfasen får deltagarna motivation. Avsikt, mål och önskemål framträder. Målen kan vara olika utvecklade med olika syften. De aktuella initiativtagarna finner en kompetent handledare och gruppen organiseras. Ekonomiska resurser och hur mycket tid som är rimligt att använda, kan behöva tas ställning till, liksom praktiska förhållanden som lokal och schema (Hermansen m fl, 1994).

Introduktionsfasen innebär att ett utvecklingsfrämjande klimat skapas, alltså en grundläggande god relation. Olika avtal sluts, exempelvis regler för närvaro och tystnadsplikt. Hermansen m fl (1994) rekommenderar även att någon gör anteckningar och presenterar ett referat från förra handledningstillfället.

Arbetsfasen är huvudfasen. Det är den längsta perioden, då själva handledningen börjar. Utvärdering rekommenderas efter varje tillfälle (a a).

Avslutningsfasen måste planeras i förväg. Yrkesmässiga relationer bearbetas, men även andra relationer som kräver bearbetning kan ha uppstått (a a).

Struktur vid handledningstillfället

Essensen av omvårdnadshandledning beskrivs bestå av fyra delmoment: En upplevelse beskrivs, upplevelsens betydelse, nya eller alternativa lösningar och slutligen ny kunskap. Inledningsvis beskrivs en upplevelse av en av deltagarna. Deltagarna kan vid handledningstillfällena ta upp olika typer av upplevelser som antingen kan vara positiva eller negativa. Händelserna behöver inte vara exceptionella utan kan vara alldagliga. Varje problem som tas upp ska behandlas likvärdigt och bearbetningen får ta den tid som krävs. Den handledde tar alltså med sig ett lärostoff till handledningstillfället och måste vara villig att bearbeta det (Lindell 2003, Hermansen m fl, 1994).

Upplevelsens betydelse och vad den ledde till i den aktuella situationen diskuteras. Situationen kartläggs och analyseras genom att deltagaren ombeds besvara vad den tänkte, kände och gjorde i situationen. Övriga deltagare redogör därefter för hur de i en liknande situation skulle tänka, känna och handla. Deltagarnas olika förslag på alternativa lösningar diskuteras och kan i framtiden komma att påverka deras tankesätt. I efterhand kan deltagarna ha lärt sig vad de tycker är svårt och vad de kan jobba med och förbereda sig på (Lindell 2003, Hermansen m fl, 1994). När gruppen tillsammans går igenom nya eller alternativa lösningar används erfarenheter på ett konstruktivt sätt. Att initiera förändrings- och utvecklingsprocesser beskriver Hermansen m fl (1994) som omvårdnadshandledningens föresats. Tanken är att deltagarna ska kunna överföra ny kunskap till framtida problematiska situationer (a a).

Strukturerad dialog och kommunikation

Dialogen är redskapet i omvårdnadshandledning. ”Med hjälp av ord försöker handledaren föra ett öppet men strukturerat samtal, medan de gemensamt utforskar och granskar den handleddes praktiska omvårdnadsarbete.” (Hermansen m fl, 1994, s 25).

Lindell (2003) skiljer mellan det ”spontana” samtalet och det ”planerade” samtalet och menar att det finns ett högt värde i båda samtalen. Dock kan det spontana samtalet vara otillräckligt och inte alltid bli av. Genom en parallell process kan planerade samtal stärka beredskapen för andra samtal, t ex med patienter och anhöriga. I omvårdnadshandledningen tränas deltagarna i sådana planerade, professionella samtal, vilket kan vara till hjälp i de delar av vårdarbetet som består av kommunikation (a a).

Reflektera och medvetandegöra för ökad kunskap

Omvårdnadshandledning kan innebära att studera, reflektera och medvetandegöra sina handlingar. Det kan vara ett forum för att konfronteras med sig själv. De ursprungliga tankarna beskrivs av Hermansen m fl (1994, s 14): ”Genom att studera våra egna handlingar, reflektera och bli medvetna om bakomliggande känslor och andra orsaker till våra handlingar, kan vi få kunskaper så att vi kan bryta inarbetade vanor och privata sätt att undvika ångest och oro”.

Vidare anser Lindell (2003) att kunskaper i form av tyst kunskap, så kallad tacit knowledge, kan medvetandegöras. Därigenom kan den både ifrågasättas och vidarebefordras, och resurserna och erfarenheterna i gruppen tas då tillvara. Praktisk kunskap kan vara tyst, och genom att synliggöras kan den teoretiseras. Omvänt kan teoretisk kunskap i sin tur göras praktisk. (a a)

Etiska aspekter

De problem som behandlas i omvårdnadshandledningen har ofta en etisk dimension. I omvårdnad är patienten utlämnad till sjukvårdspersonalen på ett sätt som gör etisk reflektion och analys nödvändig. Beslut som sjukvårdspersonalen tar kan få stora konsekvenser för en patients liv och hälsa, och förhållningssättet till patienten påverkar bemötandet (Malmsten, 2007). Omvårdnad och etik är nära sammanflätade, och därför innehåller omvårdnadshandledning ofta etiska frågeställningar. Det kan vara svåra eller krävande situationer som tas upp vid handledningstillfällena, och det är vanligt att de svåra situationerna är direkt etiskt problematiska, eller har etiska aspekter (Silfverberg, 2006). Vikten av att ta etiska problemställningar på allvar betonas även av Lindell (2003).

För att processen i handledningen ska fungera, krävs enligt Hermansen m fl (1994) en gemensam värdegrund. Det krävs att alla i gruppen bemöter varandra med respekt och likvärdighet. Ett sätt att förtydliga vad detta betyder, är att hänvisa till de tre nyckelord – äkthet, accepterande och empati – som Hermansen m fl (1994) betraktar som centrala för en välfungerande handledning. Äkthet innebär att man inte ljugar, förskönar eller hittar på. Accepterande betyder att alla har rätt till sin upplevelse, att man tillåter skilda sätt att se på en situation eller företeelse. Det finns inte ett sätt som är det rätta, utan man är öppen och har ett förhållningssätt som inte är dömande. Empati betyder att kunna eller försöka sätta sig in i en annan människas sätt att tänka eller känna och ha förståelse för att en situation kan upplevas som jobbig (a a).

Enligt Hermansen m fl (1994) har alla i gruppen ett ansvar för att nyckelorden tydliggörs vid handledningstillfället. Både handledningstillfället i sig, och de situationer som bearbetas i handledningen, har alltså etiska dimensioner. I handledningen kan man träna sig i strukturerad dialog och kommunikation, som nämnts ovan, men även i etisk reflektion och i empati, accepterande och äkthet. Även här uppstår en parallellprocess. Ett resultat av omvårdnadshandledningen kan vara en gemensam värdegrund (a a) eller en gemensam förståelse för värdegrundsrelaterade frågor.

Personligt och professionellt

Starka känslomässiga upplevelser i samband med arbete och ansvar, skapar behov av omvårdnadshandledning. Utan denna finns risk för känslomässig avtrubning på grund av brist på bearbetning (Lindell, 2003). I arbetsmiljöverkets föreskrift ”Första hjälpen och krisstöd” (1999:07, s 14) poängteras den avgörande betydelsen av att få samtala med kollegor och dela upplevelser som varit påfrestande i arbetet, för att skapa ”tillit och trygghet för individerna i organisationen”.

Genom att ”vårda vårdarna” som Lindell beskriver som ett av syftena med omvårdnadshandledning, kan sjuksköterskor lära känna hur de påverkas. En konstruktiv balans mellan empati och distans kan bli följden, då omvårdnadshandledningen ger möjlighet att stödja och utveckla både personlig och empirisk professionskunskap (Lindell, 2003).

Relationer som förekommer i omvårdnadshandledningen kan också ses som viktiga arbetsredskap i omvårdnaden. Ett mellanmänniskt eller interpersonellt perspektiv betonar detta, till skillnad från det intrapsykiska synsätt som betraktar problem som något sjuksköterskan på egen hand ska klara av och som kanske även beror på brister hos henne själv (Lindell, 2003).

Teoretisk referensram

Även omvårdnadsteoretikern Carnevali (1996) beskriver hur relationerna mellan sjuksköterska och patient eller närstående ibland kan vara problematiska eller obehagliga för sjuksköterskan, och att detta är helt normalt och legitimt. I dessa situationer är det viktigt att sjuksköterskan förstår vilka som är patientens problem och vilka som är hennes egna, för att omvårdnadsdiagnosen ska bli korrekt. Modellen utgörs av att patientens funktionella hälsotillstånd beskrivs genom att identifiera yttre och inre resurser hos patienten samt hur dessa förhåller sig till kraven i det dagliga livet. Omvårdnadsteorin beskriver nio inre resurser som kan

identifieras hos patienten (tabell 1). Omvårdnadsdiagnosen är enligt Carnevali (1996) kärnan i omvårdnaden. För att inte blanda in personliga upplevelser av situationen vid omvårdnadsdiagnostiseringen av patienten, bör sjuksköterskan ha en strategi för att lära känna och bli medveten om när risken för detta finns. Carnevali föreslår att: ”Hon bör diagnostisera sina egna problem och planera en lämplig ’behandling’.” (a a s 149).

Som tidigare nämnts är en av tankarna med att delta i omvårdnadshandledning att reflektera och medvetandegöra egna känslor och handlingar (Hermansen m fl, 1994). Omvårdnadshandledning kan därför vara ett forum i vilket en sådan ”diagnostisering” och ”behandling” blir möjlig.

Inre resurser kallas även funktionell förmåga och ingår i Carnevalis (1996) modell för omvårdnadsdiagnostisering. Modellen innehåller både yttre och inre resurser och beskrivs som en struktur för att beskriva problem, där kraven respektive resurserna placeras i varsin vågskål. Med hjälp av strukturen kan de inre resurser som Carnevali menar är tillgångar för att tillgodose krav och utmaningar i det dagliga livet, kartläggas. Modellen avser främst att tillämpas på patienter, men eftersom dess fokus inte är sjukdom, utan balansen mellan krav och resurser, antas utmaningen att försöka tillämpa modellen på sjuksköterskor som deltar i omvårdnadshandledning. De nio inre resurserna definierade enligt Carnevali (a a), används i denna litteratursammanställning som ett instrument för att tolka den eventuella utveckling som omvårdnadshandledning uppges ge. Förhoppningen är att denna utveckling därigenom konkretiseras och åskådliggörs. Att tillgodose krav och utmaningar i det dagliga livet (Carnevali, 1996) skulle då kunna motsvaras av att tillgodose desamma i yrkeslivet.

Kunskap är en av de inre resurser som Carnevali (1996) beskriver i sin omvårdnadsteori. Som nämnts tidigare är omvårdnadshandledning tänkt att stärka även motivation, färdigheter och kommunikation, vilka också ingår i de inre resurserna enligt Carnevali. De övriga inre resurserna är styrka, uthållighet, förmåga att genom sinnesförmågor tolka och ta in information, sinnesstämning samt mod (a a).

Tabell 1. Inre resurser enligt Carnevali (1996).

Inre resurser enligt Carnevali:

Styrka

Uthållighet

Förmåga att genom sinnesförmågor tolka och ta in information

Sinnesstämning

Kunskap

Motivation

Mod

Färdigheter

Kommunikation

Om litteraturen och forskningen som rör omvårdnadshandledning framställer den som en styrka och fördel, vore det synd att inte använda sig av den. För både sjuksköterskornas och patienternas skull är det därför viktigt att ta reda på betydelsen av omvårdnadshandledning.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka och sammanställa forskning om vilka inre resurser sjuksköterskor utvecklar genom att delta i omvårdnadshandledning.

Frågeställning

Vilka inre resurser utvecklar sjuksköterskor genom att delta i omvårdnadshandledning?

Definitioner och avgränsningar

I föreliggande studie definieras inre resurser enligt Carnevali (1996) som styrka, uthållighet, förmåga att genom sinnesförmågor tolka och ta in information, sinnesstämning, kunskap, motivation, mod, färdigheter och kommunikation. Omvårdnadshandledning definieras som ett handledningstillfälle vid vilket flera sjuksköterskor i sin verksamhet regelbundet samlas för reflektion kring och beskrivning av upplevelser i arbetssituationer. Grupperna ska ledas av en handledare och följa en organiserad struktur (Hermansen m fl, 1994, Lindell, 2003). Studier av andra typer av handledning exkluderas. En ytterligare avgränsning består av att studier som fokuserar på undersköterskor, specialistutbildade sjuksköterskor eller andra yrkeskategorier exkluderas. En följd av definitionerna blir att materialet avgränsas (Polit & Beck, 2006).

METOD

Metoden är en litteraturstudie, i vilken Polit och Becks (2006) beskrivning av litteraturstudiens olika steg används. Stegen har fritt översatts till fyra delar och använts som rubriker för beskrivning av metoden.

- Databassökning och identifiering av sökord
- Läsning och urval av titlar, abstrakt och artiklar
- Granskning av artiklar
- Analys och sammanställning av materialet

Databassökning och identifiering av sökord

Sökprocessen innebär ett ständigt avgränsande urval för att hitta den mest relevanta forskningen inom området (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Först identifierades nyckelord och sökämnen. Polit och Beck (2006) rekommenderar att man inledningsvis har ett brett spektrum av sökord vilka efterhand blir färre och mer preciserade. Detta tillvägagångssätt är en försäkran om att så få relevanta sökträffar som möjligt utesluts, och att bara de mest relevanta träffarna kvarstår (a a).

För att strukturera sökprocessen fördes successiva anteckningar om val och motiveringar som uppstod, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2006). En söktabell som redovisar sökprocessen konstruerades (bilaga 1).

Artiklarna som eftersöktes skulle innehålla abstrakt, referenser, metodbeskrivning, diskussion och resultat (Hanson, 2006) för att säkerställa en viss vetenskaplighet. Artiklar som saknade detta exkluderades. Sådana artiklar kunde vara argumentationsbetonade artiklar, som beskrivs av Polit och Beck (2006) kunna vara av värde för att förstå mer om ämnet och ge idéer, men som har begränsad användbarhet för att svara på vad som egentligen är beforskat. Detta gäller även för litteraturoversikter som till skillnad från systematiska översikter, kan bygga på författarens erfarenheter av och syn på en fråga (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Därefter identifierades databaser som kunde innehålla artiklar inom ämnesområdet. CINAHL, PubMed och SweMed+. CINAHL beskrivs som en av de mest användbara databaserna för omvårdnadsforskning, liksom MEDLINE som återfinns genom sökning i PubMed (Polit & Beck 2006, Willman m fl 2006). Sökning i SweMed+ genomfördes för att upptäcka eventuell förekomst av enbart svenskspråkiga artiklar. För att få full förståelse för databasernas mekanismer och funktioner användes bibliotekspersonalens kunskap som resurs. Detta rekommenderas av Polit och Beck (2006), med anledning av ständig utveckling inom databasernas sökmöjligheter.

Tidsavgränsningen sattes från 1990 till 2009 med tanke på ökningen av forskning inom området under 90-talet (Hyrkäs, 2006). Artiklar skrivna på engelska och svenska söktes.

Databassökning i CINAHL

Vid sökningen i CINAHL användes den direkta översättningen av "omvårdnadshandledning" till engelska – "clinical supervision". "AND nursing" tillades för att utesluta andra yrkeskategorier än sjuksköterskor. Även "AND nurses" lades till "clinical supervision" för att undersöka skillnaden mellan antal sökträffar mellan "nurses" och "nursing". Trunkering användes för att inte utesluta relevanta träffar (Willman m fl, 2006). Gemensam stam för "nurses" och "nursing" är "nurs*", vilket också användes. För att en kombinerad sökning på både svenska och engelska var tekniskt omöjlig att genomföra, upprepades sökningen med begränsningen "swedish" istället för "english".

Alternativet "Sökord i abstrakt" valdes som en begränsning eftersom abstrakten representerar artikelns huvudsakliga innehåll. Tillgängligt abstrakt valdes som begränsning för att i ett tidigt stadium enkelt kunna bedöma artikelns relevans.

Databassökning i PubMed

Då "clinical supervision" inte återfanns som MeSH-term i Pubmed, valdes fritextsökning med sökordet "clinical supervision". För att avgränsa materialet testades trunkering med "nurs*", men detta resulterade i alltför stora variationer. "Nurse assistent", "nurse bed" och en stor mängd på liknande sätt irrelevanta ord ingick, varvid trunkering valdes bort. Sökordet "nurses" valdes framför "nursing" med motivationen att ordet "sjuksköterskor" finns i frågeställningen. Frågeställningen inriktar sig på sjuksköterskor i högre grad än på omvårdnad. Detta val av "nurses" gjorde att samtliga yrkeskategorier inom omvårdnad inte inkluderades, samtidigt som inga artiklar med fokus på sjuksköterskans inre resurser riskerade att missas.

För att täcka in fler sökmöjligheter i PubMed, gjordes försök att frambringa relevanta MeSH-termer. Nyckelorden i artiklar från CINAHL och fritext-sökningen i PubMed användes för att söka MeSH-termer. Relevanta MeSH-termer kombinerades i ytterligare fyra PubMed-sökningar.

Databassökning i SweMed+

I SweMed+ användes fritextsökning med sökorden "clinical supervision" respektive "omvårdnadshandledning". Med hjälp av Karolinska institutets sökinstrument (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_en.cfm) gjordes även försök att få fram svenska MeSH-termer, men resultatet var ej användbart.

Läsning och urval av titlar, abstrakt och artiklar

Titlar lästes och abstrakt till artiklar med relevanta titlar granskades. Studier som definierat omvårdnadshandledning på andra sätt än de som nämnts tidigare valdes bort. Ibland var förutsättningarna inte tillräckligt beskrivna i abstrakt. I dessa fall krävdes ytterligare läsning av artikeln för att kunna inkludera eller exkludera den. Primärkällor prioriterades, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2006).

Hela artiklar med abstrakt som motsvarade frågeställningen lästes. Den övergripande informationen om respektive studie dokumenterades för att användas till sammanställning i en matris i bilaga 5. Detta moment gav en överblick över materialet och stöd för slutgiltigt inkludering av artiklar att granska (Polit & Beck 2006).

För de abstrakt som valdes bort antecknades orsaken. Förändret av successiva anteckningar för att underlätta strukturering av materialet rekommenderas av Polit & Beck (2006). Inledningsvis användes inte "tillgänglig fulltext" som en avgränsning. Först då alla relevanta abstrakt granskats, exkluderades artiklar som krävde ekonomisk insats för tillgång till fulltext. Tanken med detta var att få veta hur många artiklar som försvann p g a att de inte fanns tillgängliga i fulltext. Detta medförde ökad överblick över bortfallet, vilket rekommenderas av Polit & Beck, (a a).

Exkludering

Orsakerna till exkludering sorterades in i kategorier som sammanfattas nedan.

Frågeställningen. Frågeställningen styr en stor del av exkluderingen och inkluderingen av studier. För att få svar på frågeställningen valdes artiklar som antogs kunna svara på frågan. Studier som inte undersökte eller var inriktade på de begrepp som finns i frågeställningen exkluderades. Implementering, metod, omvårdnadshandledning som koncept, omvårdnadshandledning för enbart studenter eller ledare hörde till det som exkluderades.

Omvårdnadshandledning som bisak eller problemlösare. Studier där ett problem är i fokus, t ex utbrändhet, och omvårdnadshandledning är en bisak eller nämns som en av dess lösningar, exkluderades eftersom de inte svarar på frågeställningen om vilka resurser sjuksköterskan utvecklar genom att delta i omvårdnadshandledning, utan endast omnämner det som en eventuell lösning.

Annan sjukvårdspersonal än yrkesverksamma allmänsjuksköterskor. Studier i vilka undersköterskor och specialistutbildade sjuksköterskor deltog exkluderades.

Specifika sammanhang eller fall. Studier i vilka ett specifikt sammanhang eller specifikt fall överskuggar betydelsen eller effekten av omvårdnadshandledning, exkluderades.

Granskning av artiklar

Polit & Beck (2006) understryker betydelsen av att skriva ut artiklar, och göra understrykningar och stödanteckningar under granskningsprocessen. Vidare rekommenderas att artikelgranskningen utförs noggrant och kritiskt, och med omvårdnadsforskningens metoder och begrepp i åtanke. Artikelgranskningen utfördes av två oberoende granskare, vilket stärker trovärdigheten (a a).

För att systematisera granskningen och tydliggöra styrkor och svagheter i studierna, användes granskningsprotokoll (Polit & Beck 2006). Granskningsprotokollen är hämtade ur Evidensbaserad omvårdnad (Willman m fl, 2006). Tre protokoll användes. Det första protokollet är avsett för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, det andra för studier med kvantitativ metod och det tredje för systematiska översikter och meta-analyser. Enligt Willman m fl (2006) ska protokollen modifieras för att på bästa sätt anpassas till den aktuella granskningen, då "/ .../ varje litteratursammanställning är unik" (a a s 95). Svartalernativet "Ja" gav 1 p, "Nej" gav 0 p och "Vet ej" 0,5 p. På frågan om "Sammanfattande bedömning av kvalitet" gav svaret "Bra" 1 p, "Medel" 0,5 p och "Dålig" 0 p. Varje studies totala poängantal omräknades till procent av total maxpoäng. Studiernas poäng omräknade till procent låg till grund för slutlig inklusion av artiklar (a a).

De modifierade protokollen återfinns i bilaga 2, 3 och 4. Slutgiltig sammanställning av granskning redovisas i en matris i bilaga 5.

Modifieringar av protokollen för kvalitativa studier

Kategorin "Patientkaraktistika" har ersatts med "Deltagandekaraktistika", då deltagarna i de granskade studierna inte är patienter. Detta gäller även för protokollen för kvantitativa studier.

"Urval-Strategiskt?" kan syfta på strategiskt urval som begrepp men även strategiskt som motsats till ogenomtänkt eller oplanerat. Eftersom flera urvalsmetoder finns och ingen per definition är överlägsen de andra i samtliga sammanhang (Polit & Beck, 2006), riskerar formuleringen "Urval-Strategiskt?" att missgynna studier med andra metoder än strategiskt urval. För att undvika detta eventuella missförstånd formulerades frågan istället: "Lämplig urvalsstrategi i förhållande till studiens syfte?". Meningen återfinns i förklaringen till granskningsprotokollets utförande (Willman m fl, 2006).

Modifieringar av protokollen för kvantitativa studier

Enligt Polit & Beck (2006) är forskningsförfarandet blindning oftast ej lämpligt i omvårdnadsstudier då de aktuella interventionerna är svåra att dölja. Därför togs de tre frågorna om blindning bort från granskningsprotokollet för kvantitativa studier.

Artikelförfattare bör beskriva studiens svagheter i diskussionen. Därmed signaleras till läsaren att bristerna tagits med i beräkningen vid tolkningen av

resultatet i diskussion och slutsats (Polit & Beck, 2006). Därför lades ”Diskuterades svagheter?” till som en fråga.

Modifieringar av protokollen för systematiska översikter och meta-analyser
Hanson (2006) beskriver att en introduktion ska innehålla forskarens problemformuleringar eller frågeställningar. Då merparten granskade artiklar haft väldefinierade syften och problemformuleringar snarare än direkta frågeställningar, ändrades ”Utgår studien från en väldefinierad frågeställning?” till ”Utgår studien från en väldefinierad problemformulering?”. Därmed anpassades protokollet efter de aktuella studierna på det sätt som beskrivits av Willman m fl (2006).

Frågan ”Vårdsituation, ’korrekt’ fokus?” togs bort eftersom de aktuella artiklarna inte beskriver en vårdsituation utan en omvårdnadshandledningssituation. Frågan har inte heller ersatts.

Analys och sammanställning av materialet

En sammanställning av materialet påbörjades i och med skapandet av en matris, vilken återfinns i bilaga 5. Det är viktigt att vara konsekvent och logisk i sammanställningen av materialet för att öka kvaliteten på resultat och slutsatser. En struktur som anger vilka delar som ska ingå, bör användas (Polit & Beck, 2006). Matrisens struktur är hämtad ur Willman m fl (2006). Författare, Titel, År, Syfte, Metod, Antal deltagare, Resultat och Kvalitet utgör varsin kolumn. ”Kvalitet” innebär det resultat i procent som framkommit ur granskningsprotokollen. En undre kvalitetsgräns för val av artiklar till analys har satts vid 60 %, vilket även exemplifieras av Willman m fl (2006). Matrisen återfinns i bilaga 5. Av 14 granskade artiklar valdes de tio ut som hade bäst kvalitet.

För att analysera studiernas resultat och bedöma deras relevans för de inre resurser som definierats av Carnevali (1996) och som utgör grunden i vår frågeställning, skapades ett tillägg i form av ett egenhändigt utarbetat protokoll (bilaga 6). Syftet med detta protokoll var att kartlägga överensstämmelsen mellan de granskade studiernas resultat och de inre resurserna. I de tio artiklarnas resultat gjordes en sökning efter resultat som kunde motsvara eller sorteras in under kategorierna i protokollet. Det samlade innehållet i kategorierna jämfördes. På så vis kunde olikheter och likheter i fynden härledas (Polit & Beck, 2006).

Alla resultat som samlats in under kategorierna i protokollet, sammanställdes och gjordes överskådliga i tabell 2 respektive bilaga 7 i vilken varje artikels resultat vad gäller utvecklandet av inre resurser enligt Carnevali (1996) redovisas.

RESULTAT

Syftet med denna litteratursammanställning var att besvara frågan om vilka inre resurser sjuksköterskor utvecklar genom att delta i omvårdnadshandledning. Resultatet är baserat på en sammanställning av tio granskade vetenskapliga artiklar. Det som framgår av artiklarnas resultat är att alla valda artiklar förutom en kunde påvisa en utveckling av några eller alla inre resurser enligt Carnevali

(1996). Studierna håller medel till hög kvalitet. I bilaga 7 presenteras varje studies resultat relaterat till frågeställningen.

Styrka

De inre resurser som sorterades in under ”Styrka” bestod till största del av ökad säkerhet i form av ökat självförtroende i olika delar av sjuksköterskans arbete och i yrkesrollen (Berggren & Severinsson, 2000, Butterworth m fl, 2007, Magnusson m fl, 2002, Hadfield, 2000, Brunero & Stein-Parbury, 2008). Förmågan att sätta gränser och uppleva sig ha kontroll över arbetssituationen beskrevs av Elmcrona och Kilebrand-Winroth, (1997) och Hadfield (2000). Att få stöd från kollegor och att kunna erbjuda stöd tillbaka, beskrev deltagarna ha stärkt dem som sjuksköterskor (Severinsson och Hallberg, 1996). I en litteratursammanställning (Butterworth m fl, 2007) blir utvecklingen av självförtroendet tydlig i situationer när sjuksköterskorna möter förlust, död och lidande, då de kunde lita mer till sin egen kompetens.

Berggren & Severinsson (2000) har gjort en intervjustudie med hermeneutisk analysmetod och menar att den allra mest påtagliga inverkan som omvårdnadshandledning visade sig ha var ökat självförtroende vid beslutsfattande. Sjuksköterskorna vågade fatta fler beslut som de upplevde var etiskt försvarbara och därför kände de sig säkrare i situationer som kräver beslutsfattande.

Uthållighet

Tre studier visade ökad coping-förmåga som en följd av att delta i omvårdnadshandledning (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Hadfield, 2000, Butterworth m fl, 2007). Leda, fatigue och utbrändhet uppgavs ha minskat något (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Butterworth m fl, 2007, Severinsson & Kamaker, 1999), vilket i en studie förklaras av att den bearbetning av svårigheter som omvårdnadshandledning innebär, förhindrar en energiförlust som annars kunde ha uppstått (Butterworth m fl, 2007).

Förmåga att genom sinnesförnimmelser tolka och ta in information

Den största delen av resultaten inom denna resurs är förbättrade förmågor relaterade till lyhördhet, känslighet och förståelse för patientens och närståendes känslor, beteende, behov och önsknings (Magnusson m fl, 2002, Berggren & Severinsson, 2000, Butterworth m fl, 2007, Severinsson & Hallberg, 1996, Brunero & Stein-Parbury, 2008). En annan förmåga som beskrevs ha förbättrats var förmågan att känna igen moraliska och etiska dilemman som bl a rörde patientens värdighet (Butterworth m fl, 2007, Severinsson & Kamaker, 1999).

En intervjustudie (Berggren & Severinsson, 2000) visade att sjuksköterskorna lärt sig av omvårdnadshandledningen att bättre kunna observera patienten för att fatta beslut om omvårdnadsåtgärder. De upplevde att de kunde stödja patienter med hjälp av att kunna se och identifiera deras behov och sådan information som är relevant för omvårdnaden.

Mellan sjuksköterskor uppstod tack vare omvårdnadshandledningen en ökad lyhördhet, även för kroppsspråk, vilket berodde på ett mer öppet klimat i vilket mer dialog fördes (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997).

Sinnestämning

Omvårdnadshandledning visade sig i flera studier minska känslan av oro och stress hos sjuksköterskor (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Hadfield, 2000, Berggren & Severinsson, 2000, Severinsson & Kamaker, 1999). Den hade också inneburit att trivseln på jobbet och arbetsglädjen ökade (Hadfield, 2000). Känslan av bekräftelse ökade enligt två studier (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Hadfield, 2000) och attityden gentemot sig själv som sjuksköterska präglades av en större tolerans (Magnusson m fl, 2002). Känslan av sammanhang liksom känslan av yrkeskunnande ökade, vilket i en studie tog sig uttryck i en minskad motvilja i patientsituationer vilka tidigare kunde ha upplevts som besvärande (Teasdale m fl, 2001, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Severinsson & Kamaker, 1999, Brunero & Stein-Parbury, 2008). Omvårdnadshandledningen uppgavs främja personlig utveckling och insikt (Severinsson & Hallberg, 1996). Ett mer tillåtande klimat i vilket sjuksköterskorna vågade vara sig själva och hade lättare att tala om känslor beskrevs vara ett resultat av omvårdnadshandledning (Severinsson & Hallberg, 1996, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Elmcrona & Kilebrand-Winroth (1997) har gjort en intervjustudie i vilken det framkommer att sjuksköterskorna upplevde sig ha en säker yttre fasad men ett osäkert inre. En rädsla fanns för att bli avslöjad och denna rädsla avtog i och med deltagandet i omvårdnadshandledning.

Kunskap

Omvårdnadshandledning påverkade omvårdnadsprocessen på så sätt att sjuksköterskorna fick en djupare förståelse för denna som därigenom blev bättre utförd (Magnusson m fl, 2002, Butterworth m fl, 2007, Brunero & Stein-Parbury, 2008). Vidare fördjupades medvetenheten om det egna sättet att arbeta och tänka (Butterworth m fl, 2007), och tänkandet tenderade att bli mer analytiskt, självständigt och kritiskt (Severinsson & Kamaker, 1999, Magnusson m fl, 2002, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Genom utbyte av kunskap och erfarenheter mellan kollegor (Hadfield, 2000, Butterworth m fl, 2007, Magnusson m fl, 2002), ledde omvårdnadshandledning till ökade kunskaper (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Magnusson m fl, 2002, Butterworth m fl, 2007) och utveckling av kompetens samt ökad tro på det egna kunnandet och tillämpning av detsamma (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Dessa förbättringar beskrevs i en studie kunna leda till en förstärkning eller ett tydliggörande av yrkesidentiteten (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Butterworth m fl (2007) nämner att sjuksköterskor genom omvårdnadshandledning uppmuntrades till att ta del av de senaste rönen gällande praktisk kunskap.

Motivation

Både ökad motivation till att ta aktiva beslut (Berggren & Severinsson, 2000) och ökad motivation i stort (Butterworth m fl, 2007) beskrevs som de sätt på vilka omvårdnadshandledningen utvecklat sjuksköterskans inre resurser. Detta var en resurs under vilken inte så många resultat kunde hittas.

Mod

Genom att delta i omvårdnadshandledning utvecklar sjuksköterskor i flera studier modet att uttrycka sina åsikter (Berggren & Severinsson, 2000, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Severinsson & Hallberg, 1996) och inte vara rädda för att bryta invanda mönster och föreställningar (Brunero & Stein-Parbury, 2008). De såg fördelar med att våga ge konstruktiv kritik till andra (Severinsson & Hallberg, 1996) men även att våga be andra om hjälp både vad gäller kunskap och

övertagande av arbetsuppgifter (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Hadfield, 2000). Vidare beskrevs en ökning av modet att fatta beslut på ett ansvarsfullt sätt (Berggren & Severinsson, 2000, Severinsson & Hallberg, 1996) och att tillfället i sig gav en möjlighet att våga ta tag i problem på ett mer seriöst sätt (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997).

Sjuksköterskorna uppgav i en intervjustudie (Berggren & Severinsson, 2000) att de som resultat av omvårdnadshandledning vågade vara kritiska till arbetsuppgifter de tilldelats som de inte fann etiskt försvarbara och att de kunde lita mer till sina egna iakttagelser och bedömningar av en viss situation. De vågade reagera då något skedde som de inte fann etiskt försvarbart (a a).

Färdigheter

Förutom förbättringar av färdigheter i det kliniska yrkesutövandet (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Hadfield, 2000, Butterworth m fl, 2007, Berggren & Severinsson, 2000), visade resultatet att problemlösningsförmågan utvecklades genom ökad kreativitet eller insikt om alternativa handlingsmöjligheter (Teasdale m fl, 2001, Butterworth m fl, 2007, Brunero & Stein-Parbury, 2008, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Att vara kritisk och ifrågasättande upplevdes också kunna utveckla färdigheter och främja intellektuella förmågor (Severinsson & Kamaker, 1999, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). En studie föreslog att sjuksköterskorna utvecklar ökad respekt för patientens privata sfär och integritet genom att delta i omvårdnadshandledning, och deltagarna uppgav att de i högre grad lyckades bygga upp effektiva och tillitsfulla terapeutiska patientrelationer (Magnusson m fl, 2002). Integrering av olika slags kunskap rapporterades öka i en litteraturöversikt (Butterworth m fl, 2007), och diskuterades även av Severinsson och Kamaker (1999).

Kommunikation

Kommunikationsförmågan hos deltagarna ökade enligt tre studier (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Severinsson & Kamaker, 1999, Severinsson & Hallberg, 1996), och detta kunde bestå av förmågan att kunna lyssna på och möta patienten bättre (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Severinsson & Hallberg, 1996, Berggren & Severinsson, 2000). I en intervjustudie (Berggren & Severinsson, 2000) uppgavs denna förbättring kunna bero på att sjuksköterskan är mer närvarande och känslig för patientens specifika behov (a a). Den kommunikativa delen av samarbetet mellan kollegor förbättrades (Berggren & Severinsson, 2000, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Handledningstillfället innebar träning i att kunna uttrycka åsikter genom att diskutera och argumentera sinsemellan (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Severinsson & Kamaker, 1999), exempelvis om etiska problem (Magnusson m fl, 2002). Sjuksköterskor uppgav i Berggren och Severinssons (2000) studie att kommunikationsförmågan förbättrades av omvårdnadshandledning. De fann det lättare att föra fram patientens talan vid beslutsfattande.

Tabell 2. Resultatet för hur varje inre resurs enligt Carnevali (1996) utvecklas enligt artiklarnas resultat.

Styrka	<p>Känna sig säkrare under rapportering Känsla av säkerhet Ökad självsäkerhet Kände sig mindre osäker i kritiska situationer Styrka att sätta gränser Ökad självsäkerhet Personlig utveckling inom yrkesrollen Självförtroende inom yrkesrollen Ökad självsäkerhet Självförtroende Ökad känsla av kontroll Hantera svåra situationer bättre Förmåga att fatta beslut Moraliskt och psykiskt stöd mellan kollegor</p>
Uthållighet	<p>Coping Ökad coping-förmåga Coping Minskad leda Mindre fatigue Undvika den energiförlust som uppstår vid obearbetade svårigheter Minskad utbrändhet</p>
Förmåga att genom sinnesförmågor tolka och ta in information	<p>Avläsa situationer Lyhördhet inför kollegor och kroppsspråk Förstå andras perspektiv, personlighet och värderingar Grupsamhörighet Bättre på att invänta patientens deltagande i omvårdnaden Väga in patientens önskningar Förmåga att lita på sina känslor när man tolkar patientens känslor Bättre förmåga att tolka patientens känslor och beteende Ökad känslighet för patientens behov Lättare känna igen anhörigas behov Ökad etisk känslighet Ökad mottaglighet för patientens värdighet Utvecklad förmåga att känna igen moraliska dilemman</p>
Sinnesstämning	<p>Lättnad Trivsel Minskad upplevd oro Lättnad Ökad trivsel med arbetet Minskad oro Ha roligt på jobbet igen Minskad oro Minskad stress Känsla av bekräftelse Bekräftad Väga vara sig själv Barmhärtig och förlåtande attityd gentemot sig själv som sjuksköterska Minskad motvilja gentemot patienten Ökad känsla av yrkeskunnande Ökad känsla av sammanhang Ökad känsla av sammanhang Lättare att tala om känslor Personlig utveckling Insikt</p>
Kunskap	<p>Utbyte av kunskap</p>

	<p>Utveckling Utbyte av erfarenheter Kunskapsutbyte Livslångt lärande Kunskapsutbyte Kunskap från varandra – dela, förklara Förbättrad kunskap Reflektera mera Djupare förståelse för omvårdnadsprocessen Förbättrad omvårdnadsprocess Förbättrad individuell omvårdnad Förbättrat utförande av omvårdnad Stärkt yrkesidentitet Tydligare yrkesroll Ökad säkerhet på sin roll Möjligheter till kompetensutveckling Ökad tro på sitt kunnande och ökad tillämpning av kunnande Kunskap om hur osäkerhet leder till övergrepp på självkänslan hos både patient och vårdare Reflektion Mer självständigt, analytiskt och kritiskt tänkande Djupare medvetenhet om sitt sätt att tänka, fatta beslut och prestera Fått medvetenhet om vad man vill uppnå Förbättrad kunskap och medvetenhet om läkemedel</p>
Motivation	<p>Ökad motivation Ökad motivation att ta aktiva beslut</p>
Mod	<p>Mod att säga ifrån Våga tala om för andra när de har/gör fel Våga ta tag i problem på ett mer seriöst sätt Föra fram sina åsikter Bryta mönster, våga mer Konstruktiv kritik till andra Mod att fatta beslut Våga ta ansvar Mod att fråga om hjälp Mod att fråga om hjälp Våga vara sig själv</p>
Färdigheter	<p>Ökad kompetens Förbättring av omvårdnad Förbättring av kliniska färdigheter Förbättrat yrkesutövande Ökad problemlösningsförmåga Ökad kreativitet Utveckling av intellektuell förmåga Mer kritiska värderingar Ifrågasättande Ökad insikt om handlingsmöjligheter Förbättrad problemlösningsförmåga Utveckling av mer effektiva och tillitsfulla terapeutiska relationer Ökad respekt för den privata sfären Ökad respekt för integritet</p>
Kommunikation	<p>Ökad kommunikationsförmåga Kommunikationsförmågan ökar Ökad kommunikationsförmåga Ökad förmåga att lyssna på och möta patienten Förbättrad relation till patienten Ökad träning i att argumentera Få fram åsikter Ökad benägenhet för diskussion Mer reflektion och diskussion om etiska problem och lösningar Ökad insikt om möjligheten att delegera arbetsuppgifter Förbättrat samarbete</p>

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i en metoddiskussion och en resultatdiskussion. Metoddiskussionen är strukturerad efter rubrikerna i metodavsnittet medan resultatdiskussionen är strukturerad efter rubrikerna i resultatavsnittet.

Metoddiskussion

För att svara på frågeställningen har en litteraturstudie genomförts. En reflektion är att användandet av studier från flera länder och sammanhang ger bredd och översikt över omvårdnadshandledningens betydelse. Att svara på frågeställningen med hjälp av genomförandet av en empirisk studie tror författarna också hade varit möjligt, till exempel genom att göra en enkätundersökning i vilken sjuksköterskor som deltagit i omvårdnadshandledning jämförs med sjuksköterskor som inte deltagit i omvårdnadshandledning.

Användandet av Polit och Beck (2006) som metodlitteratur, har inte inneburit några problem. Den rekommenderade metoden har varit ett väl fungerande stöd som gett struktur och konsekvens åt studien.

Valet att inkludera studier med både kvalitativ och kvantitativ metod, samt även litteraturöversikter, har styrts av bedömningen att samtliga har möjlighet att svara på frågeställningen. Enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2008) kan de olika studiemetoderna komplettera varandra vilket kan vara en fördel för det sammanställda resultatet.

Databassökning och identifiering av sökord

Att börja sökningen brett och därefter avgränsa antalet sökträffar med hjälp av begränsningar rekommenderas av Polit och Beck (2006). Detta sökförfarande har använts och befunnits fördelaktigt för att undvika förlust av relevanta träffar, samt för att avlägsna irrelevanta träffar. Booleska söktermer rekommenderas av Willman m fl (2006) och har använts för att öka kvaliteten på sökningarna.

Sökord i form av MeSH-termer i databaserna PubMed och SweMed+ kunde inte identifieras trots flertalet försök och angreppssätt. Hyrkäs m fl (1999) har i en litteratursammanställning tolkat brister i tidigare forskning som tecken på att ämnet är komplext och svårt att studera. Hyrkäs m fl (a a) menar att tillförlitlig forskning endast finns i begränsad mängd och kanske kan detta förklara avsaknaden av MeSH-termer.

Det instrument på Karolinska institutets biblioteks hemsida (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_en.cfm) som översätter sökord till MeSH-termer föreslår exempelvis "Vidareutbildning för sjuksköterskor", "Hälsomedvetande", "Attityder", "Beteende", "Klinisk kompetens", "Undervisningsmodeller", "Omvårdnad", "Kliniska riktlinjer" och "Principer". Valet att inte gå vidare med dessa förslag faller tillbaka på syftet att studera omvårdnadshandledning som ett etablerat begrepp för en etablerad modell. Då artikelförfattarna inte valt ordet "omvårdnadshandledning" eller "clinical

supervision” som nyckelord till abstrakt, utan något eller några av de ovanstående, är artikelns relevansgrad i detta sammanhang inte tillräcklig.

Den fritext-sökning som användes istället för sökning med MeSH-termer, medför enligt Willman m fl (2006) risken att materialet blir för stort för att hantera. I denna studie har detta inte orsakat några problem, då fritextsökningen gav ett hanterbart antal träffar.

För att strukturera sökprocessen fördes successiva anteckningar om val och motiveringar som uppstod, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2006), och detta var passande eftersom det underlättade arbetsprocessen och verkade uppfriskande för minnet vid sammanställningen av resultatet.

Läsning och urval av titlar, abstrakt och artiklar

Deltagarna i några av de valda artiklarna har inte alltid enbart bestått av allmänsjuksköterskor utan i vissa fall även av specialistutbildade sjuksköterskor och undersköterskor eller motsvarande. Detta bör vägas in i tolkningen av resultatet. Bortfallet är inte analyserat i några av dessa studier och detta måste tas hänsyn till i relation till det faktum att deltagarna bestod av olika yrkeskategorier. En risk är att bortfallet dominerades av en yrkeskategori.

Även om specialistutbildade sjuksköterskor förekommit i studierna, har dessa inte direkt sorterats bort, utan en inkludering har ändå övervägts. Detta har särskilt gällt specialistsjuksköterskor inom psykiatri och äldreomsorg, vilka är två områden inom vilka studier av omvårdnadshandledning genomförts mest (Brunero & Stein-Parbury, 2008). En alltför tidig och absolut exkludering hade kunnat resultera i att någon betydelsefull studie missats. Även då deltagarna bestått av en blandning av sjuksköterskor och undersköterskor eller mentalskötare, eller om det inte framgått exakt vilken titel deltagarna haft, har studien inte alltid exkluderats direkt utan övervägts noga med tanke på övriga kvaliteter.

Hadfield (2000) har gjort en kvalitativ studie av sjuksköterskor inom barnsjukvård. Även om det inte framgår exakt vilken grad av utbildning dessa har, har studien inkluderats eftersom det mesta tyder på att deltagarnas kompetens motsvarar den legitimerade sjuksköterskans. Konsekvenserna av denna inkludering kan göra att frågeställningen inte besvaras av Hadfields (2000) studies resultat, av den anledningen att deltagarna möjligen inte är allmänsjuksköterskor. De inre resurser enligt Carnevali (1996) som påträffades i studien, och som finns i bilaga 5, avviker inte på något sätt från övriga artiklars resultat, vilket stärker motiveringen att inkludera studien.

I Magnusson med fleras (2002) studie bestod de deltagande av distriktssjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor och mentalskötare inom hemsjukvården. Studien inkluderades ändå då studiens höga kvalitet i form av högt deltagarantal, användande av kontrollgrupp och väl beskriven kontext och analys, överväger. Eftersom det finns möjlighet att arbeta som sjuksköterska inom psykiatri även utan specialistutbildning och utbildningsgraden inte uppges i artikeln, kan allmänsjuksköterskor finnas representerade. Om detta har betydelse vid tolkningen av resultatet bör medvetenhet finnas om dessa variationer i studiepopulationen.

Severinsson m fl (1996) har studerat effekten av omvårdnadshandledning för sjuksköterskor inom psykiatri. Antalet deltagande specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor var 17 medan antalet allmänsjuksköterskor uppgick till nio. Denna relativt höga andel allmänsjuksköterskor i kombination med artikelns höga relevans för frågeställningen, gjorde att stöd fanns för inkludering.

Enligt Willman m fl (2006) kan en viss diskrepans uppstå vid översättningen från engelskans "nurse" och "nursing" till svenska. Detta har ibland orsakat tvetydigheter, främst vid fastställandet av vilka personalkategorier som deltagit i undersökningarna. Problemet har dock enligt bästa förmåga och med god vilja kunnat redas ut.

Studier som är inriktade på ett specifikt fall eller ett specifikt sammanhang exkluderades tidigt för att betydelsen av detta inte skulle överskugga betydelsen av omvårdnadshandledning. Exempelvis gällde detta studier på enbart män eller kvinnor. Även studier i extrema miljöer exkluderades, till exempel sjuksköterskor som arbetar ensamma utan möjlighet till kollegial samvaro. Hade dessa däremot inkluderats, skulle konsekvenserna för resultatet kunnat vara en ökad förståelse för om kontexten och typen av deltagare är viktig för på vilka sätt deltagandet i omvårdnadshandledning utvecklar de inre resurserna enligt Carnevali (1996).

Medvetenhet bör finnas om det faktum att värdefulla resultat kan ha missats på grund av en brist på ekonomiska resurser att beställa de artiklar som inte funnits tillgängliga i fulltext. Därför kan materialet i denna litteraturstudie inte ligga till grund för generella slutsatser om all genomförd forskning på området.

Granskning av artiklar

En förutsättning för omvårdnadshandledning är att de deltagande är införstådda med metod och tillvägagångssätt (Lindell, 2003). Blindning av omvårdnadshandledning torde därför vara omöjligt. Därför togs de tre frågorna om blindning bort från protokollet för kvantitativa studier. Detta bör inte ha fått några konsekvenser för resultatet.

Det finns en risk att orsaken till svaret "Vet ej" i granskningsprotokollen är att läsaren undviker en noggrann läsning. En noggrann läsning är grundläggande för ett tillförlitligt resultat. Dessutom saknas ett svarsalternativ där varken "ja" eller "nej" är helt sant. Möjligen hade det funnits ett värde i att ersätta "Vet ej" med t ex "Delvis".

För att förtydliga "Etiskt resonemang?" skulle frågan istället kunna formuleras "Etiskt resonemang kring metod och genomförande?" (Polit & Beck, 2006). Ett annat förslag är: "Godkänd av etisk kommitté?". Detta skulle ha gjort kraven på de etiska resonemangen mer specifika. En alltför långsökt eller indirekt etisk aspekt av något kan utan förtydligande utgöra en risk, då de fyra etiska kraven som ställs på forskning enkelt kan förbises. Dessa krav fanns därför i åtanke vid granskningen av artiklarna. De fyra etiska kraven är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Som exempel på problematiken kan nämnas Severinsson & Kamakers (1999) studie i vilken etiska överväganden ingår som beskrivning av behovet av omvårdnadshandledning snarare än etiska överväganden kring den egna forskningsmetoden.

Frågan ”Vårdsituation- ’korrekt’ fokus?” togs bort ur protokollet för systematiska litteraturöversikter och meta-analyser. Frågan hade kunnat ersättas med exempelvis ”Situation- ’korrekt’ fokus?”. Med den frågan hade det blivit möjligt att lägga märke till eventuella omvårdnadshandledningssituationer med annan modell än den som anges i definitionen. Dock har sådana studier redan sorterats bort i ett tidigare skede och frågan var därför överflödigt att ha med.

För att fastställa vilka av de granskade artiklarna som hade högst kvalitet, räknades antalet poäng på granskningsprotokollen och en procentsats fastställdes enligt Willman m fl (2006). Dock användes ej den gradering som likaså föreslås. Gradering valdes bort då materialets storlek gick att överskåda med hjälp av endast procentsatserna. Användandet av procentuträkning gjorde att kvaliteten hos olika studietyper kunde jämföras med varandra. Under arbetets gång gjordes iakttagelsen att användandet av protokoll med poäng- och procenträkning är fördelaktigt, då risken minskar att granskaren förväxlar sitt intresse för artikelns innehåll, med artikelns verkliga kvalitet.

De valda artiklarnas kvalitet i procent varierade mellan 60 % och 93 %. Även om studiernas kvalitet kunde rangordnas med hjälp av protokollens poängsättningsystem, är det viktigt att inte se endast till siffror utan även till varje del av granskningsprotokollen för sig. Två artiklar kan få samma kvalitetsprocent av olika anledningar. Dessa anledningar kan ha olika stor betydelse för den sammantagna kvaliteten.

En iakttagelse vid granskningen av artiklar var frånvaron av etiska resonemang kring metod och genomförande. Bristen på etiskt resonemang ger studierna sämre kvalitet (Polit & Beck, 2006), och föranleder funderingar kring eventuella orsaker. Antalet inkluderade artiklar är dock för litet för att dra någon generell slutsats. Varken publiceringsår eller studietyp har någon betydelse för om studien hade eller inte hade ett etiskt resonemang. Möjligen tänker forskarna att etik är mindre viktigt om inga patienter deltar som informanter, eller att etiska överväganden är ointressanta för läsaren att ta del av. En annan möjlig orsak är att forskarna inte ser några forskningsetiska risker med att genomföra omvårdnadshandledning, då de kanske förutsätter att den är av godo för alla. Enligt Sloan (2006) har omvårdnadshandledning omgivits av många höga förväntningar och beskrivits som en mytologisk universallösning. Viktigt är att som forskare ha ett öppet sinne och inte ta alltför mycket för givet på förhand (Polit & Beck, 2006).

Pålsson m fl (1996) fann i sin studie att ingen signifikant skillnad fanns mellan omvårdnadshandledning och deltagarnas känsla av sammanhang, utbrändhet och empati. Tre validerade frågeformulär användes för att mäta omvårdnadshandledningens effekt. Artikelförfattarna uppger dock att mer forskning behövs för att stödja slutsatsen, eftersom deltagarantalet var relativt lågt och interventionen möjligen varade under alltför kort tid (a a). Artikeln hade en hög kvalitet vid granskningen, vilket bör föranleda att resultatet vägs in när slutsatser dras om omvårdnadshandledning. Även Teasdale m fl (2001) undersökte utbrändhet utan att finna ett signifikant samband mellan omvårdnadshandledning och utbrändhet. Dock kan omvårdnadshandledningen ha betydelse för andra faktorer än just denna.

Hyrkäs m fl (1999) visar i en översiktsartikel på stora brister i kvalitet hos studier av omvårdnadshandledning och fastställer att inga allmängiltiga slutsatser kan

dras utifrån deras resultat. De studier som sammanställts och kritiserats av Hyrkäs m fl (a a) var alla gjorda innan 1997 och därför kan förhållandena ha förändrats sedan dess. Dock återkommer vissa av de brister som påpekats även i studier gjorda efter 1997. En sådan brist har varit att forskarna själva agerat som handledare eller stått de deltagande nära på annat sätt, men inte kommenterat förhållandena i artikeln. För att efterleva det forskningsetiska kravet på samtycke bör ej beroendeförhållanden föreligga mellan forskare och informanter (Vetenskapsrådet, 2002). Någon nyare interventionsstudie finns dock ej bland de valda artiklarna i denna litteraturstudie, och därför är kunskapen begränsad om huruvida denna brist kvarstår i forskningen om omvårdnadshandledning.

Efter granskning av samtliga artiklar bedömer författarna att datamättnad ej uppnåtts och att den huvudsakliga orsaken därtill är det låga antalet studier som ingår.

Analys och sammanställning av materialet

Användandet av inre resurser definierade enligt Carnevali (1996) som analysredskap av resultatet har funnits vara möjligt i förhållande till syfte och frågeställning. Likheter mellan artiklarna har varit de inre resurserna och dessa likheter är ett sådant tema som Polit och Beck (2006) rekommenderar ska upptäckas vid tolkningen av resultatet.

Ibland har det till en början inte varit uppenbart under vilken resurs som ett resultat ska sorteras in. I dessa fall har frågan övervägts noga och konsekvens har eftersträvat. När samma eller likvärdiga resultat återkommit flera gånger under varje resurs, kan den försiktiga slutsatsen dras att en viss ökad mättnad eller bekräftelse erhållits i resultaten.

Resultatdiskussion

De kvalitetsgranskade studierna utgörs av fem studier med kvantitativ forskningsansats, tre med kvalitativ forskningsansats samt två litteratursammanställningar. Studierna är för få för att dra några generella slutsatser men ger en antydning om vilka inre resurser sjuksköterskor utvecklar genom att delta i omvårdnadshandledning.

Det har funnits resultat som passat in under varje inre resurs. Sammantaget visade artiklarna på hur omvårdnadshandledning kan upplevas som ett positivt inslag i arbetet. Processen visade sig vara genomförbar och flera resurser återfanns i nio av tio valda artiklar. Resultaten i artiklarna får stöd från litteraturen som tidigare beskrivits i detta arbete. De två resurserna ”Sinnesstämning” och ”Kunskap” hade allra flest resultat, medan ”Motivation” och ”Uthållighet” hade något färre. Främst utbytet av kunskap framträder som betydelsefullt under resursen ”Kunskap”. Under ”Sinnesstämning” bestod den huvudsakliga utvecklingen i lättnad, trivsel och ökad känsla av bekräftelse. Detta stämmer väl överens med omvårdnadshandledningens vanligast framhållna syften (Lindell, 2003, Hermansen m fl, 1994). Nedan diskuteras resultatet för varje inre resurs definierad enligt Carnevali (1996).

Styrka

Som nämnts i Bakgrund, beskriver Lindell (2003) och Hermansen m fl (1994) hur kompetensen hos sjuksköterskor byggs upp genom att inre resurser stärks. I övrigt finns i litteraturen relativt få beskrivningar som kan motsvara resursen styrka.

Dock nämner Hermansen m fl (1994) att sjuksköterskan bör se sig själv som en både professionell och personlig yrkesutövare. Magnusson m fl (2002) beskriver just att den personliga utvecklingen och självförtroendet inom yrkesrollen ökade.

Det förbättrade självförtroendet beskrivs bli tydligt i situationer när sjuksköterskorna möter förlust, död och lidande (Butterworth m fl, 2007). Enligt Lindell (2003) kan starka känslomässiga upplevelser uppstå i arbetet, vilket skapar behov av omvårdnadshandledning för att undvika att riskera känslomässig avtrubning.

Uthållighet

Coping-strategier, minskad leda, fatigue och utbrändhet har inte framhållits som ett förväntat resultat av omvårdnadshandledning. Resursen uthållighet eller något motsvarande, påträffades ej i den lästa litteraturen om omvårdnadshandledning. Eftersom författarna inte läst samtlig existerande litteratur inom området, behöver detta inte betyda att dessa resurser inte omnämns i annan litteratur om omvårdnadshandledning. Några slutsatser kan därför inte dras om varför det är på det här sättet, men iakttagelsen har gjorts.

Förmåga att genom sinnesförmågelser tolka och ta in information

En betydelsefull följd av omvårdnadshandledning beskrivs enligt Hermansen m fl (1994) vara ökad reflektion över samspelet med vårdtagaren. Detta samspel kan uppstå till följd av resurserna lyhörddhet, känslighet och förståelse för vårdtagarens känslor, beteende, behov och önsknings, vilka alla var resurser som återfanns i resultatet (Magnusson m fl, 2002, Berggren & Severinsson, 2000, Butterworth m fl, 2007, Severinsson & Hallberg, 1996, Brunero & Stein-Parbury, 2008). Kanske kan resurserna även generera ökad reflektion över detta samspel. Motsatsen till dessa resurser, och även till förmågan att känna igen moraliska och etiska dilemman, torde vara den känslomässiga avtrubning som Lindell (2003) menar kan avhjälpas med införandet av omvårdnadshandledning.

Sinnestämning

Känslan av bekräftelse ökade enligt två studier (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Hadfield, 2000) och attityden gentemot sig själv som sjuksköterska präglades av en större tolerans (Magnusson m fl, 2002).

Hur sjuksköterskornas sinnesstämning förväntas förändras beskrivs inte i detalj i litteraturen, men en sinnesstämning föreslås av författarna motsvaras av den gruppsamhörighet som beskrivs av Hermansen m fl (1994). Känslan av bekräftelse och sammanhang samt den ökade tolerans som studiernas resultat föreslog (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Hadfield, 2000, Magnusson m fl, 2002), kan möjligen erhållas genom den gruppsamhörighet som kan uppstå då de handledda bygger upp en gemensam värdegrund (Hermansen m fl, 1994).

En artikel (Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997) beskrev hur inre osäkerhet väckte rädsla för att fasaden skulle rämna. Den ”tillit och trygghet för individerna i organisationen”, vars betydelse framgår av Arbetmiljöverkets föreskrift (1999:07), kan avhjälpa denna rädsla och göra att sjuksköterskorna vågar vara sig själva (Severinsson & Hallberg, 1996).

Kunskap

Att omvårdnadshandledning kan leda till att yrkesidentiteten tydliggörs, beskrivs både i litteraturen (Lindell, 2003, Hermansen m fl, 1994), och i flera av de granskade artiklarnas resultat (Butterworth m fl, 2007, Elmcrone & Kilebrand-Winroth, 1997, Magnusson m fl, 2002, Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Omvårdnadsprocessen blir tydligare tack vare att sjuksköterskorna sätter ord på och blir medvetna om vad som görs i en omvårdnadssituation och varför (Lindell, 2003, Hermansen m fl, 1994). Genom att göra tydlig åtskillnad mellan sina egna och patientens problem, vilket Carnevali (1996) beskriver som viktigt för en korrekt omvårdnadsdiagnos, kan omvårdnadsprocessen förtydligas ytterligare.

Erfarenheter tas tillvara genom att sjuksköterskorna har olika kunskaper och dessa förs vidare till andra deltagare i gruppen. En deltagare kan bli medveten om vilka situationer den tycker är svåra och erhålla kunskap inför sådana situationer i framtiden (Hermansen m fl, 1994).

Motivation

Varken i litteraturen eller i artiklarnas resultat framhålls motivation som ett viktigt resultat av omvårdnadshandledning. Möjligen kan detta ha förklaringen att författarna till denna litteraturöversikt missförstått rubriken Motivations innebörd, och att en vidare definition hade omfattat fler resurser på temat motivation. Det kan också bero på att forskarna inte ställt frågor om motivation, då det inte ingått i vad som söktes hos deltagarna.

Mod

Den förbättring som beskrevs i de granskade studierna vad gäller modet att ifrågasätta och bryta invanda mönster och föreställningar (Berggren & Severinsson, 2000, Elmcrone & Kilebrand-Winroth, 1997, Severinsson & Hallberg, 1996, Brunero & Stein-Parbury, 2008), finner stöd i Hermansen med fleras (1994) beskrivning av omvårdnadshandledningens bestående syften.

Efter att ha deltagit i omvårdnadshandledning vågade sjuksköterskor i högre utsträckning vara kritiska till arbetsuppgifter de tilldelats som de inte fann etiskt försvarbara. Enligt Malmsten (2007) är denna resurs ytterst värdefull, då de beslut som sjukvårdspersonalen tar kan få stora konsekvenser för en patients liv och hälsa.

Färdigheter

Integrering av olika slags kunskap rapporterades öka i en litteraturöversikt (Butterworth m fl, 2007), och diskuterades även av Severinsson och Kamaker (1999). Även Lindell (2003) framhåller integrering av praktisk och teoretisk kunskap som ett betydelsefullt resultat av att delta i omvårdnadshandledning. Även så kallad tyst kunskap kan medvetandegöras och integreras i samband med omvårdnadshandledning. Därigenom kan den även ifrågasättas och vidarebefordras (a a).

Förbättringar av färdigheter i det kliniska yrkesutövandet (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Hadfield, 2000, Butterworth m fl, 2007, Berggren & Severinsson, 2000), beskrivs som centrala effekter av omvårdnadshandledning (Hermansen m fl, 1994, Lindell, 2003). Att tänka ut möjliga alternativa lösningar på problem och situationer, ingår i den vanligaste modellen för omvårdnadshandledning (Hermansen m fl, 1994). Den ökade kreativiteten och insikten om alternativa

handlingsmöjligheter som beskrivs i flera studier (Teasdale m fl, 2001, Butterworth m fl, 2007, Brunero & Stein-Parbury, 2008, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997), liksom att vara kritisk och ifrågasättande upplevdes kunna utveckla färdigheter och främja intellektuella förmågor (Severinsson & Kamaker, 1999, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997). Erfarenheter används på ett konstruktivt sätt (Hermansen m fl, 1994).

Kommunikation

Flera författare beskriver att behovet av omvårdnadshandledning uppstått ur förändringar inom omvårdnaden i form av ökat fokus på individen och närmre terapeutiska relationer (Timpson, 1996; Hermansen m fl, 1994; Antrobus, 1996). Omvårdnadshandledningen förväntas då ha effekter som kan möta dessa behov, vilket den beskrivs ha i en av studiernas resultat. Elmcrona och Kilebrand-Winroth (1997) beskriver hur arbetet innan införandet av omvårdnadshandledning centrerades kring uppgifterna och att det efter införandet blev mer centrerat kring relationer till patienten.

Alla de resurser som hör till kommunikationsförmågan och beskrivs i studiernas resultat (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Severinsson & Hallberg, 1996, Severinsson & Kamaker, 1999, Berggren & Severinsson, 2000, Elmcrona & Kilebrand-Winroth, 1997, Magnusson m fl, 2002), stärker beredskapen för andra samtal, t ex med patienter och anhöriga. Detta sätt att genom omvårdnadshandledningen tränas i planerade, professionella samtal anses kunna göra vårdrelationerna bättre (Hermansen m fl, 1994, Lindell, 2003).

Carnevali

Det visade sig vara genomförbart att använda inre resurser enligt Carnevali (1996) som instrument för att tolka betydelsen av omvårdnadshandledning för utvecklingen av sjuksköterskors inre resurser. Arbetssättet har medfört att resurserna åskådliggörs i ett nytt ljus. Därigenom har ett möjligt sätt att tolka omvårdnadshandledningens betydelse utvecklats. Genom att tillämpa Carnevalis modell för omvårdnadsdiagnostik på sjuksköterskors utveckling, har förståelsen för denna teori ökat hos författarna, liksom förmågan att känna igen, konkretisera och sätta ord på resurserna.

Betydelse för patienten

I Brunero och Stein-Parburys (2008) artikel nämns att omvårdnadshandledning tycks leda till bättre patientsäkerhet, men fler studier behövs för att kunna styrka detta. Patientsäkerheten kan vara en del av den förbättring av vårdkvalitet som Lindell (2003) och Hermansen m fl (1994) menar kan utvecklas till följd av omvårdnadshandledning för sjuksköterskor.

Rimligt i denna litteratursammanställning är att fundera kring hur just sjuksköterskans inre resurser kommer patienten till godo. Att omvårdnadshandledning har betydelse för förbättrad omvårdnad beskrivs av Hermansen m fl (1994) och Lindell (2003). I denna studie skulle detta påstående kunna stödjas genom införandet av teoretiker som hävdar ett samband mellan sjuksköterskans inre utveckling och hennes yrkesutövning. Jahren Kristoffersen m fl (1998) hävdar att sjuksköterskans viktigaste verktyg är hennes personliga egenskaper och värden. Omvårdnadsteoretikern Jean Watson menar att först då man som sjuksköterska uppmärksammar och reflekterar kring sina egna existentiella frågor och problem, kan man hjälpa personer som är i kris (Jahren

Kristoffersen m fl, 1998). Även omvårdnadsteoretikern Kari Martinsen framhåller reflektionens centrala betydelse för ett kompetent utförande av sjuksköterskeprofessionen. Reflektion är en förutsättning för att bli kunna uttrycka resurser med ord (a a). Resultaten under de inre resurserna kan ofta relateras till just reflektion. Exempel på detta är ökad lyhördhet respektive ökad problemlösningsförmåga för vilka reflektion är ett gynnsamt inslag och kanske ett krav. Hermansen m fl (1994) framhåller en liknande uppfattning i och med vikten av att se sig själv som en både professionell och personlig yrkesutövare.

Etik ingår inte i Carnevalis (1996) definition av inre resurser vilket möjligen kan förklaras av att modellen är avsedd för patienten, som inte direkt har några etiska skyldigheter i situationen. Etik är också så pass komplicerat och innehåller så vitt skilda synsätt att det skulle vara svårt att mäta. Vad gäller sjuksköterskan däremot är hon ålagd att följa ICN:s etiska kod (Socialstyrelsen, 2005) och ett visst etiskt förhållningssätt ingår därmed i professionen. I många av resurserna i resultatet kunde etik identifieras som en integrerad del, då resurser på flera olika sätt kunde härledas till etik, till exempel modet att säga ifrån i situationer de inte fann etiskt försvarbara, eller förmåga att lyssna på patienten (Brunero & Stein-Parbury, 2008, Severinsson & Hallberg, 1996, Berggren & Severinsson, 2000).

FRAMTIDA FORSKNING

Då resultatet i denna litteraturstudie visat att sjuksköterskans inre resurser utvecklas genom att delta i omvårdnadshandledning, är det önskvärt med mer forskning för att ge underlag för evidens. Litteraturen beskriver den positiva utveckling och de förbättringar omvårdnadshandledningen innebär (Hermansen m fl, 1994, Lindell, 2003), men empiriska studier av hög kvalitet är nödvändiga. Hade det funnits evidens som styrkte omvårdnadshandledningens betydelse, kunde den eventuellt implementeras mer och kanske utgöra en åtgärd för kompetensutveckling och förbättring av vårdkvaliteten. Denna åtgärd hade kunnat vara en kostnadseffektiv metod (Lindell, 2003).

Enligt Butterworth (2007) finns det få tecken på att omvårdnadshandledning uppfattas som en negativ upplevelse. Detta kan möjligtvis bero på att inga negativa upplevelser påträffats, men kan även vara relaterat till de höga och positiva förväntningar som Sloan (2006) menar finns på omvårdnadshandledning. En attityd som påträffats i en av de valda artiklarna är den att personer som inte gärna engagerar sig i, eller uppskattar, omvårdnadshandledning också är de som mest av alla behöver den (Butterworth m fl, 2007). Denna attityd hos forskarna innebär kanske att de negativa erfarenheterna inte tagits på allvar, vilket framtida forskning skulle kunna ägna sig mer åt. Butterworth (2007) har kortfattat diskuterat ytterligare några anledningar till negativa inställningar till omvårdnadshandledning. De deltagande kan t ex känna sig hotade och oroliga därför att tillfället upplevs som kontroll av åsikter och kompetens. Visst motstånd mot omvårdnadshandledning bestod av åsikten att den endast var ett spel för gallerierna, d v s ett ytligt sätt att framställa sig själv som duktig (a a). Ett sätt att bemöta dessa tankar, kan vara att undersöka huruvida omvårdnadshandledningstillfället genomförts korrekt, och att deltagarna är införstådda med vilka som är dess syften och inte. Kanske skulle detta kunna minska rädslan för kritik. Hermansen m fl (1994) beskriver hur viktigt det är att

tillfällena genomsyras av äkthet, acceptering och empati för att syftena ska uppnås. Framtida forskning skulle av denna anledning kunna innehålla mer noggranna beskrivningar av handledningens modell och genomförande, för att på så sätt få en bättre bild även av negativa upplevelser och uppfattningar.

I de granskade artiklarna har analysmättnad, både vad gäller resultat och bortfall sällan uppnåtts, vilket gör att framtida forskning bör ha en mer välvald och väl genomförd analys. Tillförlitligheten kan ökas genom att använda sig av triangulering (Hyrkäs m fl, 1999). Det hade även varit intressant att ta del av studier som jämförde produktivitet och kvalitet mellan arbetsplatser med respektive utan omvårdnadshandledning. Att se studier från andra världsdelar än norra och västra Europa och Australien representerade hade även kunnat tillföra intressanta aspekter. Kontextens betydelse för vilka effekter omvårdnadshandledningen får vore intressanta att undersöka. Butterworth (2007) diskuterar att exempelvis olika organisationskulturer kan påverka resultatet. I denna litteratursammanställning har artiklar exkluderats om de genomförts i specifika sammanhang vilkas betydelse riskerade att överskugga betydelsen av själva omvårdnadshandledningen. Hade dessa däremot inkluderats, skulle konsekvenserna för resultatet kunnat vara en ökad förståelse för i vilken utsträckning kontexten och typen av deltagare avgör vilka inre resurser definierade enligt Carnevali (1996) deltagarna utvecklar genom att delta i omvårdnadshandledning.

SLUTSATS

Denna litteraturöversikt har sammanställt resultat från fem studier med kvantitativ metod, tre studier med kvalitativ metod och två litteratursammanställningar. Flertalet av artiklarna var av bristfällig kvalitet, vilket gör att ytterligare forskning på området vore önskvärd. På grund av kvaliteten och det begränsade materialet, kan inga säkra slutsatser dras. Dock tycks studiernas resultat tyda på att sjuksköterskor utvecklar inre resurser definierade av Carnevali genom att delta i omvårdnadshandledning. Graden av utveckling av de olika resurserna varierar. Kunskap, sinnesstämning och styrka förekom flest gånger i artiklarnas resultat, medan motivation, uthållighet och mod var mer sällsynt förekommande. Flera av resultaten i studierna kunde återkopplas till litteraturen om omvårdnadshandledning, med undantag för resurserna kopplade till uthållighet, motivation och styrka. Det förefaller vara möjligt att använda Carnevalis (1996) resonemang om inre resurser som analysinstrument vilket kan ge nya idéer kring förståelsen för betydelsen av omvårdnadshandledning.

REFERENSER

- Antrobus, S (1997) Developing the nurse as a knowledge worker in health – learning the artistry of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 829-835.
- Arbetsmiljöverket 1999:07, Första hjälpen och krisstöd Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om första hjälpen och krisstöd samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
- Berggren, I & Severinsson, E (2000) The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making. *Nursing Ethics*, 7, 124-133.
- Brunero, S & Stein-Parbury, J (2008) The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidence based literature review. *Australian Journal of Advanced nursing*, 25(3), 86-94.
- Butterworth, T m fl (2007) Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, 28, 264-272.
- Carnevali, D (1996) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.
- Elmcrona, M & Kilebrand-Winroth, M (1997) Klinisk handledning. Tio sjuksköterskors upplevelser av två års processororienterad handledning. *Vård i Norden*. 17(3), 4-9.
- Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hadfield, D (2000) Clinical supervision: users' perspectives. *Journal of Child health care*, 4(1), 30-34.
- Hanson, U (2006) *Vad är en vetenskaplig artikel? (Kort introduktion)*. Stockholm: Karolinska Institutets Universitetsbiblioteket.
- Hermansen, M m fl (1994) *Omvårdnadshandledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Hyrkäs, K m fl (1999) Clinical supervision in nursing in the 1990s – current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management*, 7, 177-187.
- Hyrkäs, K. m fl (2003) Nurse managers conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management*, 11, 48-58.
- Hyrkäs, K (2006) Editorial. Clinical supervision: how do we utilize and cultivate the knowledge that we have gained so far? What do we want to pursue in the future? *Journal of Nursing Management*, 14, 573-576.
- Jahren Kristoffersen, N m fl (1998) *Allmän omvårdnad 1 Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap*. Stockholm: Liber.
- Karolinska institutets universitetsbibliotekets hemsida, Svensk MeSH- MeSH sökverktyg. http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_en.cfm - 2009-05-18.

Lindell, L (2003) Omvårdnadshandledning – en möjlig väg till reflekterat erfarenhetsbaserat vetande. Malmö: Malmö högskola, Hälsa och samhälle (opublicerad rapport).

Magnusson, A m fl (2002) The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*, 10, 37-45.

Malmsten, K (2007) *Etik i basal omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Pålsson, M m fl (1996) Burnout, Empathy and Sense of Coherence among Swedish District Nurses before and after Systematic Clinical Supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 19-26.

Severinsson, E & Hallberg, I (1996) Systematic clinical supervision, working milieu and influence over duties: the psychiatric nurse's viewpoint – a pilot study. *International journal of nursing studies*, 33(4), 394-406.

Severinsson & Kamaker, D (1999) Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 7, 81-90.

Silfverberg, G (2006) *Nya vägar i vårdetiken*. Lund: Studentlitteratur.

Sloan, G (2006) *Clinical supervision in mental health nursing*. Chichester: John Wiley.

Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikel nr 2005-105-1.

Teasdale m fl (2001) Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 216-224.

Timpson, J (1996) Clinical supervision: a plea for 'pit head time' in cancer nursing. *European Journal of Cancer Care*, 5, 43-52.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska riktlinjer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Willman, A m fl (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1: Tabell över litteratursökning

Bilaga 2: Modifierat granskningsprotokoll för kvantitativa studier

Bilaga 3: Modifierat granskningsprotokoll för kvalitativa studier

Bilaga 4: Modifierat protokoll för kvalitetsbedömning av systematiska översikter och meta-analyser

Bilaga 5: Matris över granskade använda artiklar

Bilaga 6: Protokoll särskilt utformat för att kartlägga graden av överensstämmelse mellan granskade studiers resultat och inre resurser definierade av Carnevali (1996)

Bilaga 7: Tabell över granskade och valda artiklars resultat vad gäller inre resurser enligt Carnevali (1996)

Bilaga 1. Tabell över litteratursökning.

	Databas	Sökord och MeSH-termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
1	CINAHL	"Clinical supervision"	Sökord i all text	3378					
2	CINAHL	"Clinical supervision"	Sökord i abstrakt	587					
3	CINAHL	"Clinical supervision"	Sökord i abstrakt, english language, abstract available, 1990-2009	573					
4	CINAHL	"Clinical supervision" AND nursing	Sökord i abstrakt, english language, abstract available, 1990-2009	246					
5	CINAHL	"Clinical supervision" AND nurses	Sökord i abstrakt, english language, abstract available, 1990-2009	231					
6	CINAHL	"Clinical supervision" AND nurs*	Sökord i abstrakt, english language, abstract available, 1990-2009	373	373	124	38	5	5
7	CINAHL	"Clinical supervision" AND nurs*	Sökord i abstrakt, swedish language, abstract available, 1990-2009	2	2	2	2	2	
8	SveMed +	Fritextsökning : "Clinical supervision"		10	10	4*	4	1	1
9	SveMed +	Fritextsökning : "Omvårdnads handledning"		7	7	4**	2	2	
10	PubMed	Fritextsökning : "Clinical supervision"		697					
11	PubMed	Fritextsökning : "Clinical supervision"	Publication Date from	497					

			1990/01/01 to 2009/03/31, only items with abstract, English, Swedish						
12	PubMed	Fritextsökning :“Clinical supervision” AND nurses	Publicati on Date from 1990/01/01 to 2009/03/31, only items with abstract, English, Swedish	228	228	70***	4	4	4
13	PubMed	”Models, nursing” AND ”Education, nursing, continuing”	Abstract, english language	347					
14	PubMed	”Models, nursing” AND ”Education, nursing, continuing”	Links to fulltext, abstract, english language	285	20	1			
15	PubMed	”Models, nursing” AND ”Education, nursing, continuing” AND “Professional competence”	Links to fulltext, abstract, english language,	164	20	2			
16	PubMed	“Professional role” AND “Nurse’s role” AND “ Models, nursing”	Links to fulltext, abstract, english language	1277	20	1			
S u m m a							50	14	10

* varav två fanns i sökning 6

** varav två var samma som i sökning 8 en av dessa två var samma som i sökning 6

*** 49 av de 70 granskade abstrakten har redan granskats i sökning 6, 8 och 9

Detta är orsaken till att antalet lästa artiklar i denna rad är så lågt – bland de lästa artiklarna (4 st) finns bara de artiklar som inte fanns i tidigare sökningar.

Bilaga 2. Modifierat granskningsprotokoll för kvantitativa studier (Willman m fl, 2006).

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

RCT CCT (ej randomiserad)

Multicenter, antal center.....

Kontrollgrupp/er

Deltagandekarakteristika

Antal:

Ålder:

Man/kvinna:

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

Ja

Nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära
effektmått.....

Urvalsförfarande beskrivet?

Ja

Nej

Representativt urval?

Ja

Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet?

Ja

Nej

Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

Ja

Nej

Vet ej

Diskuterades svagheter?

Ja

Nej

Bortfallsanalysen beskriven?

Ja

Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

Ja

Nej

Adekvat statistisk metod?

Ja

Nej

Etiskt resonemang?

Ja

Nej

Är instrumenten valida?

Ja

Nej

Är instrumenten variabla?

Ja

Nej

Är resultatet generaliserbart?

Ja

Nej

Huvudfynd (Hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk
signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet.

Bra

Medel

Dålig

Kommentar.....

Bilaga 3. Modifierat granskningsprotokoll för kvalitativa studier (Willman m fl, 2006).

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Delvis

Patientkaraktäristika

Antal:
Ålder:
Man/kvinna:

Är kontexten presenterad? Ja Nej Delvis

Etiskt resonemang? Ja Nej Delvis

Urval-Relevant? Ja Nej Delvis

Lämplig urvalsstrategi i förhållande till studiens syfte? Ja Nej Delvis

Metod för urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Delvis

Metod för datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Delvis

Metod för analys tydligt beskriven? Ja Nej Delvis

Giltighet - Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Delvis

Giltighet - Råder datamättnad? Ja Nej Delvis

Giltighet - Råder analysmättnad? Ja Nej Delvis

Kommunicerbarhet -Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Delvis

Kommunicerbarhet- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Delvis

Genereras teori? Ja Nej Delvis

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet. Bra Medel Dålig

Kommentar.....
.....
.....

Bilaga 4. Modifierat protokoll för kvalitetsbedömning av systematiska översikter och meta-analyser (Willman m fl, 2006).

Utfår studien från en väldefinierad problemformulering? Ja Nej Vet ej

Överensstämmer studiens fokus med egna inkluderingskriterier avseende:

Urval, "korrekt" fokus? Ja Nej Vet ej

Resultat, "korrekt" fokus? Ja Nej Vet ej

Finns redovisning av relevanta inkluderingskriterier i studien avseende:

Ingår "rätt" sorts studier för ändamålet? Ja Nej Vet ej

Var sökningen rigoröst utförd? Ja Nej Vet ej

Är inkluderade studier kvalitetsvärderade? Ja Nej Vet ej

Är studiens inkludering, sökning och kvalitetsgranskning reproducerbar? Ja Nej Vet ej

Var resultaten liknande i de inkluderade studierna? Ja Nej Vet ej

Är resultaten från samtliga inkluderade studier klart och tydligt redovisade? Ja Nej Vet ej

Är förekommande variationer i resultatet diskuterade? Ja Nej Vet ej

Övergripande resultat från studien (signifikans, NNT, odds ratio, m.m.):

.....
.....
.....
.....
.....

Finns precisa resultat redovisade i studien (konfidensintervall)?:

.....
.....
.....
.....
.....

Bilaga 5. Matris över granskade och använda artiklar.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Antal	Resultat	Kvalitet
Berggren, I och Severinsson, E 2000 Sverige	The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making.	Undersöka omvårdnadshandledningens påverkan på sjuksköterskors moraliska beslutfattande.	Intervention: Omvårdnadshandledning. Intervjuer. Hermeneutisk dataanalys.	15	Fyra teman: Ökad självsäkerhet, ökad förmåga att stödja patienten, ökad förmåga att skapa en relation till patienten, ökad förmåga till ansvarstagande.	70 %
Brunero, S och Stein- Parbury, J 2008 Australien	The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidence based literature review.	Granska tillgängliga evidens gällande omvårdnadshandledning för att informera om dess fördelar.	Databassökning.		Det finns evidens för att föreslå att omvårdnadshandledning erbjuder, kollegialt stöd, minskad stress, främjandet av professionellt ansvar och utveckling av kunskap och färdigheter.	60 %
Butterworth, T m fl 2007 Storbritannien	Wicked spell or magic bullet? A review.	Erbjuda analys av teman ur litteraturen som har framsprungit den senaste sexårsperioden. Beskriva uppkommande trender som framkallats av användandet av omvårdnadshandledning.	Databassökning, granskning av 92 artiklar.		Få signifikanta slutsatser går att dra från materialet.	64 %

Elmcrona, M och Kilebrand- Winroth, M 1997 Sverige	Klinisk handledning. Tio sjuksköterskor s upplevelser av två års processorienter ad handledning.	Beskriva tio sjuksköterskors upplevelse av två års processorienterad handledning - utifrån tre frågeställningar.	Semistrukturerad intervju. Intervention: Omvårdnadshandledning.	10	Sjuksköterskorna upplevde utveckling i kategorierna: Mod, stöd, bekräftelse, yrkesbild och självbild och identifierade handledningshinder.	70 %
Hadfield, D 2000 Storbritannien	Clinical supervision: users' perspectives.	Få en förståelse för omvårdnadshandledningens påverkan på barnsjuksköterskors omvårdnad ur deltagarnas perspektiv.	Semistrukturerad intervju.	12	Personliga och professionella kliniska färdigheter utvecklades. Omvårdnad kan förbättras. Inter- och intraprofessionella konflikter kan hanteras mer effektivt. Förbättring avseende relationer, trivsel och stresshantering.	60 %

Magnusson, A m fl 2002 Sverige	The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden.	Undersöka på vilka sätt omvårdnadshandledning kan påverka distriktsköterskor, psykiatrijuksköterskor och mentalsköterskors moraliska beslutsfattande i hemsjukvård av personer med psykiatriska sjukdomar.	Deskriptiv tvärsnittsstudie med frågeformulär.	660	Signifikanta skillnader i uppfattningarna mellan de som fick och inte fick omvårdnadshandledning-respekt för patientens integritet, säkrare vid beslutsfattande, tryggare i sin relation med patienten, djupare förståelse för säkerheten för både patient och sjuksköterska, styrka vid övertagande av ansvar, förståelse för integritetsproblematik vid hemsjukvård.	86 %
Pålsson m fl, 1996 Sverige	Burnout, empathy and sense of coherence among swedish district nurses before and after systematic clinical supervision.	Undersöka graden av utbrändhet, empati och KASAM hos distriktsköterskor före och efter systematisk omvårdnadshandledning, jämfört med kontrollgrupp. (Delsyfte)	Kvasi-experimentell design, intervention: omvårdnadshandledning. Frågeformulär.	33	Ingen signifikant korrelation mellan omvårdnadshandledning och utbrändhet, KASAM och empati.	93 %

Severinsson, EI och Hallberg, IR 1996 Sverige	Systematic clinical supervision, working milieu and influence over duties: the psychiatric nurse's viewpoint – a pilot study.	Undersöka sjuksköterskors syn på effekten av omvårdnadshandledning, sjuksköterskors erfarenhet av deras arbetsmiljö och sjuksköterskors förmåga att påverka sina skyldigheter.	Pilotstudie, effektstudie. Intervention: Omvårdnadshandledning. Strukturerat frågeformulär.	26	Omvårdnadshandledning påverkar sjuksköterskors lyhördhet gentemot patienten och påverkar deras personliga utveckling.	68 %
Severinsson och Kamaker 1999 Sverige	Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction.	Undersöka omvårdnadshandledningens effekt på sjuksköterskors tillfredsställelse med arbetsmiljö och nivå av etisk stress.	Deskriptiv- correlational study, utan intervention. Frågeformulär.	158	Signifikant samband mellan moralisk känslighet och systematisk omvårdnadshandledning.	61 %
Teasdale m fl 2001 Storbritannien	Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study.	Utvärdera effekten av omvårdnadshandledning med hjälp av tre frågor.	Kvantitativ. Stratifierat slumpmässigt urval. Två frågeformulär.	211	Ingen signifikant skillnad mellan de som fick omvårdnadshandledning och de som inte fick omvårdnadshandledning vad gäller utbrändhet. Signifikant förbättring av coping-strategier, upplevt stöd och tillgång till stöd på arbetet.	79 %

Bilaga 6. Protokoll särskilt utformat för att kartlägga graden av överensstämmelse mellan granskade artiklars resultat och inre resurser definierade av Carnevali (1996).

Styrka	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Uthållighet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Förmåga att genom sinnesförnimmelser tolka och ta in information	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Sinnesstämning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Kunskap	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Motivation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Mod	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Färdigheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		
Kommunikation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....		

Bilaga 7. Granskade och valda artiklars resultat vad gäller inre resurser enligt Carnevali (1996).

<p>Severinsson och Kamaker 1999 Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction.</p>	<p>Mindre fatigue Utvecklad förmåga att känna igen moraliska dilemman Minskad oro Minskad stress Mer självständigt, analytiskt och kritiskt tänkande Ökad känsla av sammanhang Ökad säkerhet på sin roll Utveckling av intellektuell förmåga Ökad benägenhet för diskussion</p>
<p>Teasdale m fl 2001 Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study.</p>	<p>Ökad känsla av yrkeskunnande Ökad problemlösningsförmåga</p>
<p>Severinsson, EI och Hallberg, IR 1996 Systematic clinical supervision, working milieu and influence over duties: the psychiatric nurse's viewpoint – a pilot study.</p>	<p>Moraliskt och psykiskt stöd mellan kolleger Ökad känslighet för patientens behov Lättare att tala om känslor Personlig utveckling Insikt Fått medvetenhet om vad man vill uppnå Våga tala om för andra när de har/gör fel Konstruktiv kritik till andra Våga ta ansvar Ökad kommunikationsförmåga Ökad förmåga att lyssna på och möta patienten</p>
<p>Brunero, S och Stein-Parbury, J 2008 The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidence based literature review.</p>	<p>Ökat självförtroende Coping Minskad leda Lättare att känna igen anhörigas behov Lättnad Trivsel Minskad upplevd oro Minskad motvilja gentemot patienten Förbättrad kunskap Förbättrat utförande av omvårdnad Bryta mönster, våga mer Ökad kompetens Ökad kreativitet Ökad kommunikationsförmåga Förbättrad relation till patienten</p>

<p>Magnusson, A m fl 2002 The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden.</p>	<p>Känsla av säkerhet Kände sig mindre osäker i kritiska situationer Personlig utveckling inom yrkesrollen Självförtroende inom yrkesrollen Förmåga att fatta beslut Förstå andras perspektiv, personlighet och värderingar Bättre på att invänta patientens deltagande i omvårdnaden Förmåga att lita på sina känslor när man tolka patientens känslor Barmhärtighet och förlåtande attityd gentemot sig själv som sjuksköterska Kunskapsutbyte Utveckling Utbyte av erfarenheter Djupare förståelse för omvårdningsprocessen Kunskap om hur osäkerhet leder till övergrepp på självkänslan hos både patient och vårdare Reflektion Utveckling av mer effektiva och tillitsfulla terapeutiska relationer Ökad respekt för den privata sfären Ökad respekt för integritet Mer reflektion och diskussion om etiska problem och lösningar</p>
<p>Berggren, I och Severinsson, E 2000 The influence of clinical supervision on nurses' moral decision making.</p>	<p>Känna sig säkrare under rapportering Avläsa situationer Väga in patientens önsknings Minskad oro Förbättrad kunskap och medvetenhet om läkemedel Mod att säga ifrån Mod att fatta beslut Tydligare yrkesroll Ökad insikt om möjligheten att delegera arbetsuppgifter</p>
<p>Elmcrona, M och Kilebrand-Winroth, M 1997 Klinisk handledning. Tio sjuksköterskors upplevelser av två års processororienterad handledning.</p>	<p>Styrka att sätta gränser Undvika den energiförlust som uppstår vid obearbetade svårigheter Lyhördhet inför kollegor och kroppsspråk Våga vara sig själv Bekräftad Ökad känsla av sammanhang Reflektera mera Stärkt yrkesidentitet Möjligheter till kompetensutveckling Ökad tro på sitt kunnande Ökad tillämpning av kunnande Våga ta tag i problem på ett mer seriöst sätt Föra fram sina åsikter Mod att fråga om hjälp Våga vara sig själv Mer kritiska värderingar Ifrågasättande Ökad insikt om handlingsmöjligheter Ökad träning i att argumentera Få fram åsikter Förbättrat samarbete Gruppsamhörighet</p>
<p>Hadfield, D 2000 Clinical supervision: users' perspectives.</p>	<p>Ökad självsäkerhet Ökad känsla av kontroll Ökad coping-förmåga Ökad trivsel med arbetet Ha roligt på jobbet igen Känsla av bekräftelse Kunskap från varandra – dela, förklara Förnyad arbetsglädje Förbättring av omvårdnad Förbättring av kliniska färdigheter Mod att fråga om hjälp</p>

<p>Butterworth, T m fl 2007 Wicked spell or magic bullet? A review.</p>	<p>Ökad självsäkerhet Hantera svåra situationer bättre Coping Minskad utbrändhet Bättre förmåga att tolka patientens känslor och beteende Ökad etisk känslighet Ökad mottaglighet för patientens värdighet Livslångt lärande Kunskapsutbyte Förbättrad omvårdnadsprocess Djupare medvetenhet om sitt sätt att tänka, fatta beslut och prestera Ökad motivation Förbättrat yrkesutövande Förbättrad problemlösningsförmåga</p>
---	---