

”Mitt i allting kommer någon och ser oss”

Om yrkesmässig växt genom process-
inriktad handledning för sjuksköterskor
inom kommunal hälso- och sjukvård

Kerstin Almquist

”Mitt i allting kommer någon och ser oss”

Om yrkesmässig växt genom
processinriktad handledning för
sjuksköterskor inom kommunal
hälso- och sjukvård

© FoU i Väst

Första upplagan april 2005

Layout: Infogruppen GR

FoU_i**väst** 

Förord

Min förhoppning är att denna rapport skall fungera som en inspirationskälla för ledare samt all övrig personal inom vård och omsorg. Jag har en önskan om att personal på alla nivåer skall stimuleras till att vara delaktiga i att utveckla verksamheten och därmed också sig själva i det dagliga arbetet. Arbetet kan dock medföra att vård- och omsorgspersonal i olika situationer konfronteras med starka känslomässiga upplevelser. En del av dessa kan upplevas stimulerande, andra mer svåra och spänningsfyllda. Att vårda döende, möta svår smärta, ångest och oro kan höra vardagen till. Detta ställer stora krav på alla i arbetslaget.

Vilka förutsättningar ges för vård- och omsorgspersonal att klara sina arbetsuppgifter på ett professionellt och tillfredsställande sätt? Resultatet från denna studie visar att ett sätt kan vara att det kontinuerligt ges möjlighet till processinriktad handledning.

Att bedriva ett projekt i samverkan med FoU i Väst/GR har varit mycket utvecklande. Dels gav det mig möjlighet att på ett systematiskt sätt dokumentera, analysera och sprida resultatet, dels fick jag en handledare via Göteborgs universitet som har följt och uppmuntrat mitt arbete under processens gång. Vill därför passa på att tacka alla som gjort studien möjlig. Leena Odebo, FoU i Väst/GR, som trodde på min idé om att bedriva handledning för sjuksköterskor i samverkan med universitet/högskola och bidrog till att jag beviljades stipendium. Alla sjuksköterskor som så frikostigt delade med sig av sina erfarenheter. Min handledare Carina Furåker, som med sin stora kunskap inspirerat mig och genom sin envishet fick mig att gå vidare även då jag som mest tvivlade på min egen förmåga. Deltagarna i läsgruppen samt Ann-Sofie Magnusson, FoU i Väst/GR, som granskat materialet och gav mig värdefulla synpunkter.

Göteborg, mars 2005

Kerstin Almqvist

Innehåll

Inledning.....	5
Syftet med studien	6
Om sjuksköterskans arbete inom kommunal hälso- och sjukvård	6
ÄDEL-reformen Den kommunala sjuksköterskans arbetsområde	
Om handledning	9
Olika typer av handledning Hur handledning kan gå till	
Om yrkesmässig växt och yrkesidentitet.....	13
Om hur denna studie genomfördes	14
Val av metod Urvalet för studien Genomförandet Analys Etiska aspekter	
Om hur handledning kan leda till yrkesmässig växt – studiens resultat	19
Förutsättningar för handledning Gruppens betydelse Handledarens betydelse	
Diskussion	26
Diskussion om metoden Diskussion om resultatet	
Avslutande reflektioner	31
Referenser	32
Bilaga – Intervjuguide	34

Inledning

Omvårdnadsarbetet har blivit mera komplext. Sjukdomstillstånd som tidigare behandlades på sjukhus kan idag, tack vare utvecklade behandlingsmetoder, utföras i kommunernas särskilda boenden eller i det egna hemmet. Flertalet vårdtagare behöver omfattande hjälp och stöd för att klara det dagliga livet. Medelåldern hos vårdtagarna är hög. Sociala och medicinska aspekter är integrerade i stödet till den enskilde. Behovet av rehabiliteringsinsatser är betydande och vården sträcker sig i regel över lång tid med många och nära kontakter med den enskilde. Huvuddelen av samhällets insatser för omvårdnad, rehabilitering och vård i livets slutskede sker idag inom den kommunala hälso- och sjukvården (Vårdförbundet och Svenska Kommunförbundet 2000).

Inom ramen för min tid som verksamhetschef och nu som medicinskt ansvarig sjuksköterska i SDF Centrum i Göteborgs Stad, har jag mött flera sjuksköterskor och på olika sätt fått ta del av hur de ser på sin yrkesfunktion och sitt uppdrag som omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Min upplevelse är att många sjuksköterskor upplever en känsla av "vardagskaos", en otillräcklighet och ofta svårigheter med att prioritera i den ständiga strömmen av arbetsuppgifter. Många sjuksköterskor tjänstgör dessutom ofta ensamma och omvårdnadsarbetet innebär ett stort ansvar, vilket även kan medföra stora påfrestningar.

Under hösten 2002 deltog sjuksköterskorna som tjänstgjorde på särskilda boenden på en temadag. Ämnet för dagen var reflektionens betydelse för utveckling och hur sjuksköterskorna själva tar tillvara varandras kompetens. Utvärderingen från temadagen mynnade ut i frågeställningen Hur kan vi gå vidare? Svaret som gavs från flertalet av sjuksköterskorna var en önskan om att få delta i handledning.

Min uppfattning var också att många sjuksköterskor upplevde en otydlighet i sin yrkesfunktion, sitt

uppdrag och sitt yrkesansvar. Under denna tid pågick även en organisationsförändring på en av de större enheterna där flertalet av sjuksköterskorna arbetade. Organisationsförändringen innebar att enheten skulle byggas om med minskat antal vårdplatser, vilket också innebar att sjuksköterskorna fick förändrat arbetssätt. Sjuksköterskorna hade tidigare tjänstgjort på enbart en enhet, men efter organisationsförändringen skulle de under dagtid arbeta med ett primäransvar för en grupp vårdtagare och under obekvämtid även med ett sekundäransvar för vårdtagare på flera enheter. Med detta som bakgrund föddes tankar hos mig om att starta ett projekt för sjuksköterskorna inom stadsdelförvaltningen i Centrum. Projektet innebar att sjuksköterskorna som tjänstgjorde på särskilda boenden skulle ges möjlighet att delta i processinriktad handledning.

Ett flertal studier (Chekol, 2003, Drugge, 2003, Dahlberg, 1998, Lepp, 1998, Lauvås & Handal, 1993, m.fl.) visar att handledning kan vara ett sätt för yrkesverksamma inom olika professioner att sätta in sin praktiska yrkeskunskap i ett teoretiskt perspektiv. Jag funderade över om processinriktad handledning kunde leda till att sjuksköterskorna på detta sätt fick erfara en ökad medvetenhet kring den egna kompetensen och därmed uppleva en yrkesmässig växt? På vilket sätt kunde det i sådana fall komma vårdtagarna och verksamheten till del? Utifrån dessa tankar och frågeställningar startades projektet. Utgångspunkten var att den processinriktade handledningen skulle ske i samverkan mellan Göteborgs stad, Centrum och universitet eller högskola. Via stipendium från FoU i Väst/GR fick jag sedan möjlighet att följa och utvärdera projektet som en vetenskaplig studie. ■

Syftet med studien

Studiens syfte är att studera sjuksköterskornas uppfattning om betydelsen av processinriktad handledning för yrkesmässig växt.

Huvudfrågorna som undersöktes är:

- *Uppfattar sjuksköterskorna att handledningsprocessen leder till yrkesmässig växt?*
- *Vad i handledningsprocessen leder till yrkesmässig växt?*
- *Hur leder handledningsprocessen till yrkesmässig växt?*

Om sjuksköterskans

ÄDEL-reformen

Genom olika reformer under 1990-talet har ett stort hälso- och sjukvårdsansvar överförs från landstingen till den kommunala vård- och omsorgen. Ädelreformen trädde i kraft 1992, därefter psykiatrireformen 1995. Genom lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade 1994, har kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård successivt ökat. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och sträcker sig upp till sjuksköterskenivå. I lagen preciseras att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vård och behandling. Vården skall främja goda kontakter mellan patienter och personal och utformas i samråd med patienten. Vidare ligger även den etiska plattform som anges i riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (SOU 2001:8) till grund för hur vården skall bedrivas. Plattformen grundar sig i de tre grundprinciperna om människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet.

I samband med Ädelreformens genomförande förändrades ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Tidigare hade kommunerna ett socialt ansvar och landstingen ett medicinskt ansvar för de äldres vård och omsorg. I och med kommunernas samlade sociala och medicinska ansvar för de långvarigt sjukas vård och omsorg övergick sjukhemmen till kommunerna. Samtidigt övergick stora personalgrupper, där ibland sjuksköterskor till kommunens verksamhet. Reformen innebar också att två olika kulturer med skilda professioner och begränsade erfarenheter av varandras verksamheter skulle mötas och förenas i ett gemensamt arbete för en god vård och omsorg.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar har därefter fortsatt att öka i och med att den akuta sjukvården har förändrats, med färre vårdplatser och kortare vårdtider. Vårdtagarna blir tidigare medicinskt utskrivnings-

arbete inom kommunal hälso- och sjukvård

klara och den fortsatta vården sker i kommunernas särskilda boenden eller i det egna hemmet.

Den kommunala sjuksköterskans arbetsområde

Sjuksköterskan inom den kommunala hälso- och sjukvården har ett brett ansvarsområde. De grundläggande arbetsuppgifterna är att bedöma och besluta om insatser, att sätta mål för behandling, att dokumentera, planera, utföra/delegera och leda insatser. I arbetsuppgifterna ingår också att handleda, informera och utbilda annan personal och studerande. Vidare skall sjuksköterskan vara delaktig i arbetet med att effektivisera och kvalitetsutveckla verksamheten. Samarbetet med handläggarna inom socialtjänsten är ett viktigt inslag i arbetet, liksom att samverka med anhöriga, medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra vårdgivare. Sjuksköterskan skall också kunna följa, utnyttja och medverka i forskning och utvecklingsarbete.

I de allmänna råden från Socialstyrelsen (SOSFS 1995:15) framhålls geriatrisk vård som en av de särskilt kompetenskrävande verksamheterna där sjuksköterskan behöver specialistutbildning. Med specialområdet geriatrisk vård avser Socialstyrelsen: ”Sjuksköterskans specialområde i geriatrisk vård omfattar äldre patienter med såväl vanligt förekommande som multipla som somatiska eller psykogeriatriska sjukdomstillstånd och äldrerelaterade symtom och tillstånd vilka behandlas i öppen - och eller slutna vård”. Med öppen vård jämföras vård i särskilda boendeformer (Socialstyrelsen 1995:15 s 23).

Sjuksköterskans arbetsuppgifter indelas enligt kompetensbeskrivningen (SOSFS 1995:15) under följande rubriker:

- förebyggande arbete
- omvårdnad
- undersökningar och behandlingar

- information, undervisning och handledning
- forskning och utvecklingsarbete
- planering och ledningsarbete

Begreppet kompetens definieras enligt SOU (1991:56 s 10) som ”förmåga att klara av de krav som ställs i en viss situation i en viss verksamhet”.

Ett fåtal forskare har belyst vad det innebär att arbeta som sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård. Fagerberg och Tunedal (2001) har i en studie funnit fyra grundstenar i yrkesrollen som beskriver krav och förväntningar på sjuksköterskans yrkesroll inom kommunal äldreomsorg. *Medicinsk kompetens*, innebär fördjupade kunskaper om äldres problem, geriatrisk och gerontologi. *Omvårdnadskunskap*, understryker att sjuksköterskan behöver fördjupade kunskaper i geriatrisk omvårdnad. Författarna beskriver att det praktiska omvårdnadsarbetet är centralt, men att teoretisk omvårdnadskunskap härmed inte är av mindre betydelse. Sjuksköterskan behöver även *pedagogisk kompetens* för att kunna undervisa och handleda övrig personal. För att vara modell för det konkreta omvårdnadsarbetet behöver sjuksköterskan även kunskaper i arbetsledning, didaktik, informationsöverföring och kommunikation, förmåga att sortera och prioritera i den ständiga strömmen av kunskapsstoff. Den fjärde och sista grundstenen som här beskrivs är en *personlig mognad* hos sjuksköterskan som grundar sig på ett genuint intresse för äldre människor.

Westlund och Larsson (2002) beskriver sjuksköterskans funktion inom den kommunala hälso- och sjukvården utifrån tre olika roller: *konsulten*, *pedagogen* och *projektledaren*. Sjuksköterskan möts av många olika frågor från bland annat patienter, personal och anhöriga, som kan vara osäkra på hur de bör göra i olika situationer. Med beteckningen sjuksköterskan som konsult avser författarna dels att personal söker råd i någon fråga, dels att en patient önskar en undersökning

och ett samtal för att få en bedömning. I rollen som patientens konsult föreslår sjuksköterskan viss vård och/eller vissa omvårdnadsinsatser. Som personalens konsult svarar sjuksköterskan på frågor, ger råd och visar på möjliga handlingsalternativ. Hon gör egna undersökningar och bedömer behovet av läkarkontakt. Som konsult har sjuksköterskan krav på sig att snabbt kunna göra en bedömning. När sjuksköterskan intar rollen som pedagog delegerar hon. I samband med delegeringar utbildar, instruerar och handleder sjuksköterskan personal. Inom ramen som pedagog utför hon däremot inget omvårdnadsarbete i praktisk, handgriplig mening. Hennes uppgift är att se till att andra gör det och gör det på ett bra sätt. Personalen och sjuksköterskan är beroende av varandra för att arbetet skall kunna fungera. Det är lika viktigt för sjuksköterskan att ta emot som att ge information.

Sjuksköterskan inom den kommunala hälso- och sjukvården kan dock inte enbart arbeta som konsult och pedagog. Det främsta skälet till detta är att sjuksköterskan och bara hon har legitimitet att utföra vissa uppgifter. I rollen som projektledare har sjuksköterskan ett arbete som skall utföras inom vissa ramar och för att nå bestämda mål. Projektledaren har ett tidsbegränsat uppdrag som exempelvis kan avse en patients vård i livets slutskede. Som projektledare arbetar sjuksköterskan nära patienten främst med specifik omvårdnad, hon deltar även när det krävs i den basala omvårdnaden. Projektledaren leder arbetet och håller regelbunden kontakt med den personal som finns närmast patienten. Sjuksköterskan ansvarar för kontakter med läkare och tar ensam eller tillsammans med läkare, patient och anhöriga beslut om insatser. Att arbeta som projektledare kräver goda kunskaper om bland annat vård i livets slutskede. Sjuksköterskan har en central roll i att hon kan bidra till att förhöja livskvaliteten hos svårt sjuka vårdtagare. Att inte bara se till de grund-

läggande fysiska behoven, såsom föda, vätska, sömn, vila eller smärtlindring, utan även till vårdtagares psykiska, sociala och existentiella problem framstår som väsentligt (Westlund och Larsson 2002).

Sjuksköterskans olika roller som konsult, pedagog och projektledare avlöser varandra på olika sätt. I förhållande till en enskild patients sjukdomsförlopp, hennes arbetsdag och möten med personal men även i förhållande till den organisation hon är verksam i. Om sjuksköterskan är otydlig i sina olika roller menar författarna att det kan medföra en hel del förvecklingar mellan henne och personalen. Sjuksköterskan måste vara medveten både om de förväntningar som personalen har på henne och om sina egna förväntningar på personalen (Westlund och Larsson 2002).

Nilsson (2001) menar att den kunskap som omvårdnadspersonalen tillägnat sig via livs- och yrkeserfarenhet är den kunskap som är mest betydelsefull för arbetet inom hemsjukvården. Detta är individuella kunskaper som ger säkerhet, självförtroende och trygghet i yrkesutövningen. Som ovan nämnts, utvecklas kompetensen för att arbeta i allt större utsträckning idag inom respektive verksamhetsområde. Vidare betonar Nilsson att omvårdnads-kunskandet inom hemsjukvården innefattar ett brett område av kunskaper och framtiden kommer att kräva såväl teoretiskt som praktiskt kunnande eftersom svårt sjuka kommer att vårdas i hemmet. Vårdlagens sammansättning och kompetens kommer att få en mycket stor betydelse i allt större utsträckning när kraven på en bred omvårdnadskompetens ökar. Att arbeta inom kommunal hälso- och sjukvård innebär således att man ställs inför många komplexa vårdssituationer. Detta kräver både situationsanpassning och flexibilitet av samtliga yrkesutövare. ■

Om handledning

Begreppet handledning används i vid bemärkelse i svensk litteratur och är inte entydigt och klart definierat. Tveiten (2003) menar att definitioner och begreppsinnehåll bestäms i stor grad av det sammanhang som de äger rum i samt av den förståelsehorisont den som ger begreppet innehåll har. Semantiskt är ordet handleda sammansatt av två ord, hand och leda Selander & Selander (1989). Ordet hand härstammar från fornsvenskans hand, som är besläktat med fånga. Författarna jämför med ordet hända, som från grunden betyder gripa med handen och med händig, vilket har ursprungsbetydelsen att vara lämpad eller ägnad för något. Ordet leda härstammar även det från nordsvenskan och betyder föra. Ordet är besläktat med att lida, som har grundbetydelsen utstå, genomgå och hända. Vidare förklaras ordet handledning i Svenska Akademien (1932) som inlära, öva handgrepp, att kunna känna handgreppen, ha handgreppen inne.

Enligt Nationalencyklopedin (1992) beskrivs handledning som en form av praktiskt pedagogiskt stöd som ges kontinuerligt under utbildning eller praktik. Denna är inriktad på professionella metoder och processer i arbetet och ges i grupp eller individuellt. Inom vissa människovårdande yrken med teoretisk grundutbildning används särskilda handledare som stöd för att bevara och vidareutveckla yrkeskunnandet. Syftet beskrivs här vara att underlätta och öka förmågan att ge god behandling, att ha en stödjande funktion i svåra och krävande situationer, vid etiska dilemman och att motverka stress.

I betänkandet till 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen återfinns följande syn på handledning: "Handledning avser att ge sådan assistans att individen skall förvärva nödvändigt kunnande för att åstadkomma ett arbete" (SOU 1964:45 s 213).

Angränsande begrepp till handledning är mentorskap, undervisning och psykoterapi. Pilhammar Anders-

son (1997) menar att det inom den engelskspråkiga litteraturen återfinns ytterligare begrepp som "supervisor" och "preceptor" och dessa ibland används synonymt och ibland med en specifik betydelse. Den närmaste översättningen av begreppet supervisor är övervakare eller kontrollant. Pilhammar Andersson hävdar att detta oftast sätts samman med den handledning som sker mellan sjuksköterskor och studenter i klinisk praktik. En preceptor är en uppfostrare eller en lärare och författaren menar att en lärare eller en sjuksköterska kan fungera som en sådan.

Mentor betyder rådgivare och begreppet används många gånger när det gäller handledning i yrkeskarriären där till exempel en erfaren sjuksköterska handleder en kollega med mindre erfarenhet. Lindgren (2000) menar att en mentor har en annan funktion än en lärare och handledare. Skillnaderna, menar Lindgren, är att en lärare oftast är mest teoretiskt inriktad och står för faktainlärande och en handledare kan vara såväl teoretiskt som praktiskt inriktad, medan mentorskapet är mer personligt och bygger på ömsesidigt utbyte. Även om mentorn också kan ha en undervisande funktion är det i första hand adeptens problem eller frågeställningar som skall diskuteras. Ömsesidigheten i ett väl fungerande mentorskap är att det skall vara utvecklande för såväl för mentor som för adept. Innebörden i mentorskapet är att två personer, mentorn och adepten, kommer överens om att nå uppsatta mål. Mentorn bör vara en erfaren person med gott omdöme samt ha bred och god livserfarenhet. Mentorn skall vidare genom sin kunskap och erfarenhet på ett engagerat och ödmjukt sätt ge stöd till en yngre person och bidra till dennes personliga utveckling och avancemang.

Handledning och undervisning hänger nära samman men är inte identiska. Enligt Severinsson och Lindström (1993) kan handledning definieras som en form av undervisning. Handledning och undervisning griper

in i varandra, vilket det också måste göra till viss del. Det är handledarens ansvar att bedöma när det är relevant och nödvändigt att undervisningen bör ingå i handledningen (Tveiten 2003). Lauvås och Handal (1993) menar att undervisning definieras utifrån den syn på lärande som man har. Betraktas begreppet som om det handlar om kunskapsförmedling, finns det skillnad mellan handledning och undervisning. Men med en vidare syn på undervisning blir gränserna svårare att dra. Författarna menar att man kan anse handledning vara en form av undervisning, en pedagogisk metod som innebär att läraren är handledare i problembaserad inlärning. Studenterna söker på detta sätt aktivt kunskaper som kan hjälpa dem att nå insikt i ämnes- eller verksamhetsområdet.

”Undervisningen leds av läraren, men eleven behöver för den skull inte vara passivt iakttagande. Eleven har kanske själv initierat undervisningen, men sedan omvandlar läraren situationen till att bli tillrättalagd, lärorik, meningsfull och stimulerande för eleven. Denna typ av träning i klinisk sjukvård är vanlig under hela utbildningen med accentuering till de inledande praktikperioderna. Nyinlärning av nya moment kan med fördel ges enligt metoden undervisning” (Johansson 1978, s 5-6).

Olika typer av handledning

Pilhammar Andersson (1997) hävdar att handledning är ett begrepp som länge använts dels inom vården men även inom pedagogiken. Handledning inom vården förknippas ofta med behandlingsmetoder inom psykiatrin där det ingår som en del i ett terapeutiskt angreppssätt. Handledning skiljer sig dock från psykoterapi genom att det finns en patient som söker vård och terapeuten är den som besitter kunskapen. Vidare är målet med psykoterapi förbättrad hälsa och frigörelse (Selander & Selander 1989).

Enligt Lauvås och Handal (1993) beskrivs pedagogisk handledning av studenter i klinisk praktik utifrån en tredelad funktion. För det första att den studerande skall bli förtrogen med praktiken och få största möjliga utbyte av de praktiska studierna. För det andra att studenten skall utveckla teoretisk förståelse genom att studera praktik och för det tredje att skapa behov av att studera mera teori.

Pilhammar Andersson (1997) beskriver tre typer av handledning som förekommer i sjuksköterskeutbildningen.

Vetenskaplig handledning är den handledning som mestadels förekommer under utbildningens teoretiska avsnitt, då en lärare som är skolad i vetenskaplig metod undervisar, stöder och leder studenten framåt i dennes enskilda arbete.

Processhandledning är en undervisningsform vilken har som målsättning att leda till personlig och yrkesmässig utveckling. Denna handledning utgår från studenternas erfarenheter från olika vårdssituationer. Känslomässiga upplevelser diskuteras i mindre grupper och studenterna får på detta sätt möjligheter att reflektera över upplevelser och erfarenheter från den kliniska praktiken. Det är denna reflektion som skall göra det möjligt för studenterna att få klarhet i det egna kunskapsbehovet.

Yrkeshandledning är den handledning som sker under den kliniska utbildningen ute på praktikplatsen. Denna handledning kan genomföras dels av kliniska lärare, dels av yrkesverksamma sjuksköterskor och sätter igång en yrkesmässig och professionell egen läroprocess. En läroprocess hos den enskilda sjuksköterskan, men som är knuten till en yrkesfunktion och de kunskaper, förhållningssätt och färdigheter som yrkesfunktionen består av. Chekol (2003) menar att handledaren genom sina krav på kritiskt förhållningssätt och reflektion hjälper den studerande att bli medveten om de egna

teoretiska grunderna i yrkessituationen i förhållande till yrkets/professionens grunder. Utgångspunkten är att den studerande själv skall välja yrkeshandling i olika situationer och genom att motivera sitt ställningstagande kan den handledde inte oreflekterat anpassa sig till handledaren. Chekol (2003) hävdar att en okritisk anpassning till yrket kan förhindras på detta sätt. Vidare menar Franke (1990) att det finns tre dimensioner i yrkeshandledning, funktion, innehåll och form. Handledningsfunktionen har en överordnad roll i förhållande till innehåll och form och kan ses utifrån två perspektiv: ett förgivettagande och ett reflekterande perspektiv. Det förgivettagande perspektivet handlar om det som studenten skall lära, yrkeskunskapen, vilket leder till att handledningen ses som tillfällen till övning. Det reflekterande perspektivet innebär att studentens lärande och förståelse för innebörden i yrkeskunskapen blir föremål för reflektion under handledningen.

Enligt Petersson och Vahlne (1997) är handledningens övergripande syfte att de handledda skall nå en yrkesmässig växt och yrkesidentitet för att i sin tur säkra vårdkvaliteten för patienten. Handledningen kan vara både målinriktad och processinriktad. En målinriktad handledning syftar till att den handledde skall växa in i den kommande yrkesprofessionen eller växa i den egna professionen. Den processinriktade handledningen har som avsikt att sätta i gång en utvecklingsprocess som omfattar integrering av kunskaper, erfarenheter och känslomässiga processer hos den handledde. Processhandledningen tar sin utgångspunkt i praktiska erfarenheter hos dem som handleds och utformas successivt efter gruppens behov. Handledningen fokuserar på processen i gruppen mellan handledaren och de som handleds samt gruppmedlemmarna sinsemellan. Fokusering på och arbete med gruppprocessen kan innebära att kunskaper förmedlas och härigenom kan handledningen tangera undervisning. Reflektion över den egna yrkes-

verksamheten kan leda till att tyst kunskap eller underförstådd kunskap upptäcks eller definieras (Petersson och Vahlne 1997).

Ordet process förklaras enligt Nationalencyklopedin (1992) som utdraget förlopp som innebär att något förändras eller utvecklas. Ordet återfinns inom olika sammanhang, demokratiseringsprocess, förmulningsprocess, förnyelseprocess, tillverkningsprocess och livsprocess. Ordets beskrivs som mognad som i de flesta fall sker långsamt. Motsatsen beskrivs som att göra något kort, att snabbt avfärda eller tillintetgöra något. Det härstammar från fornsvenskans procession, vilket betyder tillvägagångssätt och har sitt ursprung i latinets processus, som förklaras som framåtskridande, gå framåt.

Hur handledning kan gå till

Handledning kan förstås som en process (Ekebergh 1998, Tveiten 2003), som generellt kan delas in i tre olika faser: *uppstart*, *arbetsfas* och *avslutningsfas*. Uppstart/lära-känna-varandra-fasen är en introduktionsfas då medlemmarna presenterar sig för varandra, beskriver vilka erfarenheter de har inom vård och omsorg samt vilka erfarenheter de har av handledning. Vidare delger de varandra sina önskningar och förväntningar på handledning. Handledaren presenterar sin syn på handledning och handledarskap. Det är viktigt att gruppen vid första mötet lägger grunden till det fortsatta samarbetet och för ett tillitsfullt klimat, som kan befrämja utvecklandet av en personlig och yrkesmässig växt. Det är under denna fas som deltagarnas ansvar i gruppen klargörs och en överenskommelse görs angående exempelvis närvaro, punktlighet och sekretess. Lauvås & Handal (1993) menar att handledaren bör inta olika positioner under handledningens gång. Under första fasen underordnar sig handledaren och försöker identifiera de handleddas egna ”yrkesteorier”. Andra fasen,

arbetsfasen, är en fas då det egentliga handledningsarbetet sker och den yrkesmässiga växten börjar. Här in-tar handledaren mera ett förhållningssätt som ”super-vision”. Lauvås & Handals (1993) beskriver supervi-sion som en verksamhet, där handledaren är en rekryte-rad person med formellt högre status än dem som hand-leds. Handledaren har befogenheter att bestämma hur arbetet skall utföras. Handledaren problematiserar, kritiserar och bedömer då de handleddas teori (Lauvås & Handals 1993). Tredje och sista fasen är avslutnings-fasen, då gruppens arbete med inriktning på personlig och yrkesmässig utveckling utvärderas. Handledar-relationen kan då vara av mer jämställd karaktär, likt konsultation eller diskussion mellan kolleger.

I denna studie har processhandledning bedrivits enligt Lauvås & Handals (1993) modell för handled-ning. Enligt författarna är handledning mellan kolle-ger en pedagogisk metod, där de ges möjligheter att reflektera över problem och frågeställningar inom sin yrkesutövning. Syftet är att vara ett stöd för varandra i vardagliga utmaningar, inta professionellt förhållnings-sätt samt få personlig yrkeskunskap. Målet med hand-ledning menar Lauvås & Handal är att utveckla kom-petensen som deltagarna själva besitter genom att syn-liggöra erfarenhetsbaserad kunskap. En i gruppen är ledare och handledningen är horisontell, vilket innebär att handledaren har samma utbildningsbakgrund som den som handleds. Innehållet i handledningen utgår ifrån deltagarnas egna aktuella situationer. Vidare är delta-gandet frivilligt för alla gruppmedlemmarna.

Handledning enligt Lauvås & Handal genomförs utifrån följande steg: En gruppdeltagare presenterar problemet, situationen och bakgrunden till denna. Där-efter analyseras situationen och problemet. Gruppen gör olika försök att tolka och rama in problemet. Gruppen lyfter fram idéer och strategier som den som handleds själv bär på eller kommer fram till. Därefter ger grup-

pen råd och den handledde får ta ställning till dessa råd och ställa dem i relation till sin egen uppfattning.

Nyckelord för denna handledning är reflektion, gemenskap och utforskande. Den sker i grupper om fyra till åtta personer, där alla får möjlighet att tala och lyssna. Alla deltagarna i gruppen får ge sin tolkning av det aktuella problemet men den handledde skall själv komma fram till en lösning och därefter fatta ett eget beslut som på detta sätt blir till kollektiv kunskap. Un-der hela handledningsprocessen förs anteckningar för att tydliggöra utvecklingen. ■

Om yrkesmässig växt och yrkesidentitet

Handledning i yrkesmässig växt syftar till att stärka yrkesidentiteten. Ordet yrkesmässig betyder enligt Nationalencyklopedin (1992), någon som uppfyller yrkets krav på gott utförande och funktionsduglighet, vilket kan förstås som att vara professionell. Motsatsen till professionell beskrivs här vara amatörmässig.

Med yrkesidentitet avses en känsla för sig själv som person, vilken kan utöva ett yrke med kunnighet och ansvar och som vidare är medveten om sina resurser och begränsningar (Severinsson & Lindström 1993). Enligt Ekstein och Wallenstein (1977) är yrkesidentitet en högre form av självförtroende, något som man förvärvar senare än självuppfattningen. Även Högström och Tolonen (1990) definierar yrkesidentitet på liknande sätt. De menar att yrkesidentitet är att känna sig själv som en person som kan utföra sitt yrke med skicklighet och ansvar och som är medveten om sina förutsättningar och begränsningar. Den förutsätter förmåga och vilja att utveckla kunskaper och egenskaper som är centrala i yrket samt att dessa integreras med den egna yrkeskårens normer och etik.

Centrala områden i handledningsprocessen är den handleddes upplevelse, erfarenhet och beteende i vardagliga arbetssituationer. Sambandet mellan upplevelse, erfarenhet och beteende är av intresse då upplevelsekomponenten formar yrkesidentiteten. Tveiten (2003) menar att man genom reflektion över sin yrkespraxis kan bli mer medveten om sina egna yrkesmässiga ståndpunkter, värderingsgrunder, värden, hållningar, styrkor och svagheter. Denna medvetenhet kan medföra att ens uppfattning om sig själv som yrkesperson blir klarare och att yrkesidentiteten stärks. Medvetenheten kan också medföra uppmärksamhet på behov av vidareutveckling. Att ha en medveten uppfattning om sig själv som yrkesperson kan bidra till trygghet när det gäller utövandet av sin funktion. Trygghet i egna yrkesmässiga stånd-

punkter kan underlätta för yrkesutövaren att vara tydlig både inför sig själv och inför andra. Enligt Sundström (1997) är det i samvaro med andra som identiteten kan medvetandegöras, genom diskussion och spegling av olika funktionssätt. Människor förstår andra så långt de förstår sig själva. Med hjälp av handledning befrämjas detta medvetandegörande och denna personlighetsutveckling, som därmed är en förutsättning för att en yrkesidentitet ska utvecklas (Gustavsson & Pörn 1994).

När yrkesidentiteten utvecklas innebär det en form av yrkesmässig växt, där centrala områden i växtprocessen kan utvecklas. Eriksson (1985) hänvisar till tre områden inom den yrkesmässiga tillväxten; *förmågor och resurser, handlingsmotivation och vilja* samt *medvetenhet och insikt*. Dessa tre områden är relativt oberoende av varandra, inom varje dimension kan det urskiljas olika grader av utveckling. Den yrkesmässiga växtprocessen är komplicerad eftersom vi utvecklas genom bearbetning av tankar, känslor och önskningar, vilka är beroende av våra egna resurser, vår vilja och insikt. Enligt Petersson och Vahlne (1997) är kompetenskänsla en byggsten när det gäller yrkesidentitet. Medvetenhet är en annan, att i handledning bli medveten om vad som gör att man handlar på ett visst sätt och vad som ligger till grund för det. En ökad medvetenhet väcker lust att reflektera vidare och genom reflektionen sker den yrkesmässiga växten. ■

Om hur denna studie genomfördes

Val av metod

Begreppet forskningsansats är en sammanfattning av utgångspunkterna för vetenskapligt arbete, vilket innebär det perspektiv eller paradig som forskaren ansluter sig till eller, med andra ord, hur forskaren ser på verkligheten. En holistisk världsbild ger bilden av en värld där allt hänger samman. Helheten är då mer och något annat än summan av de ingående delarna. Med detta synsätt får man felaktigt resultat om man avgränsar en del av verkligheten och bara studera den. Motsatsen till detta synsätt är en atomistisk världsbild, vilken visar en värld som enbart är summan av delarna. Enligt denna världsbild kan man isolera en del och studerar den för sig. Forskare har i alla tider haft olika uppfattningar om hur man ser på världen och hur verkligheten är beskaffad. Allwood och Erikson (1999) menar att realism är en ontologisk och epistemologisk grundsyn som innebär att verkligheten finns till oberoende av vårt tänkande och vår kunskap om den. Vi kan dock nå kunskap om verkligheten. Motsatsen till realism är idealism, vilken menar att verkligheten existerar genom våra föreställningar.

I denna studie har jag anslutit mig till den grundsyn som betecknas realism (Bhaskar 1978) och utgår från föreställningen att det finns en verklighet som vi kan få kunskap om. Vidare att denna existerar oberoende av vad vi vet och tänker om den. Min utgångspunkt är att det existerar erfarenheter hos sjuksköterskorna som genomgått processhandledning som jag kan få kunskap om. Men dessa kunskaper måste sökas på ett djupare plan och resultatet påverkas därför av vilket val av metod som jag väljer.

Jag har i aktuell studie valt en kvalitativ metod. Motivet till detta är att jag vill studera det som handlar om sjuksköterskornas verklighet, deras uppfattningar och erfarenheter av processhandledning att göra, inte om antal, fördelningar eller exakta mätvärden i deras

erfarenheter. Den kvalitativa metoden kan beskriva nya kvaliteter av verkligheten som inte tidigare var kända. Starrin och Svensson (1994) menar att val av metod är en fråga om synsätt, vilken människosyn, verklighetsyn och kunskapssyn forskaren har. De menar vidare att det finns två grundläggande typer av teoretiska förutsättningar som kvalitativa metoder grundar sig på. Dels ett ontologiskt antagande, vilket innebär vad som kan existera i verkligheten utanför människan, dels ett kunskapsteoretiskt antagande, som innebär hur människan uppfattar det som existerar och vilken teoretisk status olika uppfattningar har.

Kännetecknande för kvalitativt forskningsperspektiv är att forskaren inte från början vet exakt vilka resultat som är tänkbara. I en studie som använder kvantitativ metod har forskaren på förhand bestämt sig för vilka tänkbara slutsatser studien kan leda till. I en studie som använder kvalitativ metod har forskaren inte på samma sätt i förväg bestämt vad som kan komma fram. Fördelen med en studie som använder kvalitativ metodik är att den tar hänsyn till helheten, ett holistiskt synsätt på ett sätt som inte är möjligt i en studie där kvantitativ metodik används. Kvantitativa metoder, å andra sidan, medger att forskaren får ett objektivi mått på sannolikheten att de slutsatser denne kommit fram till är korrekta. Vidare bedöms den kvantitativa metoden vara något mindre resurskrävande. (Fridlund & Hildingh 2000).

Enligt Starrin och Svensson (1994) kan man säga att all kvantitativ ansats brukar associeras med det mätbara, det "objektiva" eller tingliga, det empiriska, det givna genom sinneserfarenhet och med en atomistisk syn, där forskaren isolerar företeelsen som studeras. Detta menar Starrin och Svensson (1994) kan beskrivas som "hårddata", det empiriskt positivistiska, det operationaliserbara och det regelbundna. Författarna menar vidare att termen "objektiv" skall förstås ut-

ifrån såväl dess ontologiska som kunskapsteoretiska betydelse. ”Hårddata” anses vara sådana fenomen som uppvisar regelbundenhet, vilka är bestämda av naturlagar. I motsats till fenomen som studeras enligt kvalitativ metod anses dessa däremot sakna dessa egenskaper och brukar benämnas ”mjukdata”.

För att få tillgång till sjuksköterskornas uppfattningar om betydelsen av processinriktad handledning för yrkesmässig växt sker datainsamlingen med hjälp av intervju. Varför jag valt intervju som datainsamlingsmetod grundas i en önskan om att försöka förstå sjuksköterskornas uppfattningar om processhandledning. Jag vill få kunskap om sjuksköterskorna uppfattar att handledningsprocessen kan leda till yrkesmässig växt. Vad är det i handledningsprocessen som kan leda till yrkesmässig växt? Vidare: Hur kan handledningsprocessen leda till yrkesmässig växt? Jag vill på detta sätt komma nära och ta del av deras tankar och erfarenheter. Att välja enkät med slutna frågor som datainsamlingsmetod anser jag skulle begränsa dessa möjligheter. Den kvantitativa metoden inriktar sig på att förklara och bevisa genom att kontrollera, mäta, och förklara fenomenet. För att beskriva sjuksköterskors uppfattningar om processhandledning skulle man med ett kvantitativt perspektiv ha definierat ett antal svarsalternativ. Resultatet skulle därefter beskriva hur stor andel av sjuksköterskorna som angett svaret i någon av de fördefinierade svarkategorierna. I motsats till ett kvalitativt perspektiv anges inga i förväg definierade svarkategorier.

Ett annat möjligt val av datainsamlingsmetod som kunde ha varit fruktbart i föreliggande studie, är narrativa beskrivningar, dagböcker som respondenterna skriver. Med narrativa avses att den dagboksskrivande respondenten har ett berättande sätt att skriva och även kan göra utvecklingar inom ramen för ämnet (van Maner 1990). Styrkan i intervjun som datainsamlingsme-

tod ligger dock i att man kan fånga upp ett svar och på detta sätt få möjlighet att gå på djupet i en fråga. En fördel med intervjumetoden är att man kan förtydliga sina frågor, för att undvika att missförstånd uppstår (Svensson 1987). På detta sätt undviks bortfall på frågor som respondenten tycker är svåra att svara på.

Enligt Kvale (1997) är den kvalitativa intervjun en metod för att utröna, upptäcka, förstå och lista ut beskaffenheter eller egenskaper hos någonting. Den kvalitativa intervjun kräver att intervjuaren utvecklar, anpassar och följer upp vad som kan vara väsentligt för situationen och för det centrala syftet med undersökningen. Frågor och svar utvecklas därför delvis som en följd av tidigare frågor och svar. Kvalitativa intervjuer är på sitt sätt oförutsägbara och intervjuaren måste vara uppmärksam, vaken och fantasirik. Kvale (1997) menar att forskaren vid planeringen av intervjun skall svara an på undersökningens frågeställningar *vad, varför och hur*. *Vad* syftar till att forskaren bör ha kunskap om det aktuella ämnet som skall undersökas och vara förtrogen med sammanhanget för att kunna utnyttja metoden effektivt. I denna studie har min yrkesbakgrund som sjuksköterska och yrkesverksamhet inom kommunal hälso- och sjukvård bidragit till förförståelse av problemområdet. *Varför* belyser vidare att forskaren måste klargöra syftet med studien både för sig själv och för respondenterna. Sista frågan är undersökningens *hur*, vilket innebär att undersökningens kvalitet är beroende av forskarens kunskap om såväl intervju- som analysteknik. Forskaren är således redskapet och resultatets kvalitet är beroende av intervjuns kvalitet.

Urvalet för studien

I projektet ingick 28 yrkesverksamma sjuksköterskor som samtliga tjänstgjorde på särskilda boenden inom kommunal verksamhet. De hade i genomsnitt varit yrkesverksamma som sjuksköterskor i 19 år. En handle-

dare med egen yrkeserfarenhet som sjuksköterska, anställd som högskoleadjunkt på en högskola i Väst-sverige, fick uppdraget att under tio tillfällen handleda sjuksköterskorna. Handledningen startade under våren 2003 och avslutades under våren 2004. Den processinriktade handledningen skedde i grupper om fem till sju personer, under två timmar en gång per månad, vid tio tillfällen. Handledningen var frivillig för alla deltagarna och sammansättningen av grupperna, fyra stycken, skedde genom lottning. Vidare skedde samtliga handledningstillfällen utanför den egna verksamheten.

Jag tog kontakt med samtliga sjuksköterskors enhetschefer som vidarebefordrade min önskan om ett möte med sjuksköterskorna efter att alla fyra grupperna avslutat sina handledningstillfällen. Under detta möte, som ägde rum under våren 2004 informerades sjuksköterskorna om studiens syfte och tillfrågades vidare om intervju. Jag beskrev hur intervjun skulle gå till samt var den skulle äga rum. Urvalet för intervjuerna skedde utifrån kriteriet om frivillighet och tolv sjuksköterskor gav samtycke till intervjun, varav tio kvinnor och två män.

Genomförandet

Starrin och Svensson (1994) menar att i kvalitativ forskning får frågorna trovärdighet, noggrannhet och giltighet en annan innebörd än i kvantitativ forskning, eftersom undersökningsobjektets natur oftast begrundas *efter* själva datainsamlingen. Enligt författarna handlar forskningsarbetet främst om att via analys av insamlade data försöka förstå ett tidigare oklart problem. Inriktningen på föreliggande studiens trovärdighet, noggrannhet och giltighet gäller i huvudsak om tolkningen och analysen är rätt, det vill säga i vilken mån min tolkning och analys representerar sjuksköterskornas verklighet och deras uppfattningar om processhandledning.

Före genomförandet av intervjuerna med sjuksköterskorna genomfördes en pilotintervju med en sjuksköterska som tidigare genomgått processhandledning. Denna intervju skapades under likvärdiga förhållanden och hade samma förutsättningar som studiens övriga respondent- intervjuer. I pilotintervjun tränades intervjutekniken, frågorna testades, liksom ungefärlig tidsrymd för intervjun. Pilotintervjun spelades dock inte in på band. Jag gjorde istället anteckningar under intervjun som var av betydelse för bärigheten gentemot studiens syfte. Därefter bedömdes intervjuguiden vara bärig för att användas i studien.

I föreliggande studie kan min förförståelse samt relation till respondenterna i egenskap av projektledare påverka trovärdigheten. Respondenten kan under intervjun formulera sina svar på ett sådant sätt som det uppfattas att jag har önskemål om. Medvetenhet om detta och min egen förförståelse kan på detta sätt hindra objektiviteten. Därför ställde jag mig medvetet passiv och undvek ledande frågor under hela intervjun. Intervjuguiden som användes har tagits fram för denna studies ändamål, se bilaga.

Alla intervjuerna ägde rum i samma miljö, ett välkänt samtalsrum för samtliga sjuksköterskor. Intervjuerna genomfördes under en veckas tid, under våren 2004. Alla sjuksköterskorna fick information om syftet samt att materialet skulle behandlas konfidentiellt. De inspelade intervjuerna skrevs därefter ut ordagrant och vid utskriften av intervjuerna avidentifierades materialet. Min ambition var att skapa ett så vardagligt samtal som möjligt och den genomsnittliga intervjutiden var 45 minuter.

Kvaliteten på resultatet är att det finns en innebördsrikedom, vilket innebär att kategorierna skall vara rika på innebörd. Vidare att resultatet presenteras med en god struktur och överskådlighet (Larsson 1994). Starrin och Svensson (1994) menar att när studiens trovär-

dighet, noggrannhet och giltighet granskas är det forskarens beskrivningar som är det centrala. I föreliggande studie har jag haft ambitionen att göra resultatet rättvisa genom att presentera teman och kategorier strukturerat och med en enkel överskådlighet. Enligt Dahlberg (1997) och Pilhammar Andersson (1996) skall teman och kategorier beläggas med intervjuer som dels är generella för kategorin eller temat och dels är marginella för kategorin. Citaten ur datamaterialet verifierar härmed kategorierna och syftar till att styrka min trovärdighet i tolkningsarbetet.

Analys

Enligt Patton (1991) behövs analys för att göra det möjligt att bringa ordning i företeelser, egenskaper och innebörder som framkommer ur ett empiriskt underlag. Forskarens uppgift är att analysera och tolka det som står ”mellan raderna”, det latenta innehållet i materialet. För att öka trovärdigheten beskriver jag analysprocessen steg för steg. Kvale (1997) menar att forskarens trovärdighet och hantverksskicklighet i analysarbetet har stor betydelse. Valideringen blir beroende av den hantverksskicklighet som forskaren utvecklat under undersökningen. Forskaren måste ständigt kontrollera, ifrågasätta och teoretiskt tolka sin analys. I denna studie består dataunderlaget av transkriberade intervjuer som analyserades stegvis enligt innehållsanalys.

Enligt Krippendorff (1980) härstammar den klassiska innehållsanalysen från forskningen kring massmedia. Den avser ge en systematisk och objektiv bild av verbala, visuella eller skrivna data för att beskriva och kvantifiera specifika fenomen. Innehållsanalysen kan dels ha en manifest ansats och dels en latent ansats. Den manifesta innehållsanalysen beskriver det synliga, de självklara komponenterna i texten, medan den latenta innehållsanalysen beskriver den underliggande meningen. Krippendorff (1980) säger vidare att innehålls-

analysen innehåller tre separerade delar: *design*, *genomförande* och *rapportering*. I designen beskriver jag mina intressen och problemställningar (se Inledning samt under rubrik, Om sjuksköterskans arbete inom kommunal hälso- och sjukvård). Under denna del av processen samlar jag även in data genom att genomföra intervjuer.

Vidare innebär genomförandet att datamaterialet reduceras för att göra det möjligt att analysera. Det genomförs på så sätt att jag kvantifierar olika synpunkter i materialet och analyserar dess kvaliteter. När alla tolv intervjuerna var genomförda skrevs de ut ordagrant och därefter inleddes det första steget i analys- och tolkningsfasen. Texten lästes igenom upprepade gånger för att denna skulle bli en känd helhet. Analysen av den nedskrivna texten innebar således att finna mening, innebörder och ord på sjuksköterskornas uppfattningar om betydelsen av processinriktad handledning.

Under andra steget gick jag systematiskt igenom datamaterialet och sökte efter meningsbärande enheter. Alla meningsbärande enheter markerades i texten med markeringspenna. Dessa skrevs därefter över till ett fristående dokument. För att ha möjlighet att analysera materialet stegvis och för att kunna återgå till helheten var originalutskriften under hela bearbetningsprocessen orörd. Alla meningsbärande enheter klipptes ut på små pappersremсор. För att åstadkomma en trovärdig bedömning av resultaten där metod, analys och slutsatser är sammanlänkade identifierade jag mönster, testade hypoteser, upptäckte nya mönster och därefter omvärderades dessa på nytt. Enligt Krippendorff (1980) bör det finnas en relation mellan analysprocessens olika delar och sammanhanget för att studiens trovärdighet skall uppnås.

Vid tredje steget sorterades dessa teman eller kategorier efter mönster som berörde undersökningens syfte

och frågor. Dessa enheter kodades och kodpar bildades. Jag ställde hela tiden frågor till materialet: Vilken innebörd har detta för informanterna? Vad är det som står mellan raderna och så vidare. Koderna grupperades efter likheter och skillnader och de första kategorierna bildades.

Vid steg fyra gick jag åter tillbaka till den utskrivna texten och läste den med kategorierna som raster för att se om de passade in i utsagan eller de meningsbärande enheterna. En syntes uppstod i och med att de meningsbärande enheterna sattes samman till nya enheter. Det hantverksmässiga analysarbetet gick vidare genom att jag tittade på i vilken relation de olika kategorierna hade till varandra, en tematisering ägde därefter rum och tre teman bildades: *förutsättningar för handledning, gruppens betydelse samt handledarens betydelse*. Dessa teman som bildats skulle täcka de tolv uppkomna kategorierna.

Under femte steget analyserades och tolkades dessa tolv kategorier och jag relaterade de olika kategorierna och temana till varandra samt analyserade hur kategorierna/temana skilde sig från varandra. Första temat *förutsättningar för handledning* täckte in fyra uppkomna kategorier: känslomässig inställning till handledning, tid för handledning, plats för handledning samt påverkansfaktorer. Nästa tema *gruppens betydelse*, täckte in följande fem kategorier: kännedom om andras situation, förtroende för varandra, syn på sig själv, syn på kolleger och medvetenhet om den egna förmågan. Det tredje temat *handledarens betydelse*, beskriver de kategorier som framträdde som handledarens kompetens, handledarens erfarenhet samt handledarens arbets sätt.

Enligt innehållsanalysens sista del, rapporteringen, beläggs framkomna teman och kategorier med intervjuцитat som dels är generella för kategorin eller temat och dels är marginella för kategorin. Citaten ur data-

materialet verifierar härmed kategorierna och syftar till att styrka min trovärdighet i tolkningsarbetet. Jag har valt att markera varje citat med en siffra (1-12), vilken härleder koden på den transkriberade intervjun. Eftersom intervjuerna skrevs ut ordagrant innebär punkterna som förekommer i citaten att respondenten funderar eller väntar med svaret. Då citaten är hämtade ur en mening som inte är början eller slutet på citatet markeras även detta med punkter i förkommande fall före eller efter citatet.

Etiska aspekter

Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) kan det grundläggande individskyddet delas in i fyra allmänna huvudkrav på forskningen. *Informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*. Under mötet med de sjuksköterskor som deltog, våren 2004, informerade jag de som deltagit i processhandledningen om deras uppgift i studien samt vilka villkor som gällde för deras deltagande. Att deras deltagande var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sin medverkan om de så önskade. Sjuksköterskorna gavs vidare information om undersökningens syfte samt hur denna i stort skulle genomföras. Enligt kravet på samtycke gavs de alla rätten att själva bestämma om, hur länge och på vilka villkor de ville medverka i undersökningen. Jag talade vidare om för samtliga som gett sitt samtycke till intervjun att allt material skulle behandlas konfidentiellt. Det var enbart jag som skulle ha tillgång till det kodade materialet. Det gavs även information om att avrapportering och publicering av undersökningen skulle ske i sådana former att ingen enskild sjuksköterska skulle kunna identifieras av utomstående, samt att det insamlade materialet enbart skulle användas för denna studiens ändamål. ■

Om hur handledning kan leda till yrkesmässig växt – studiens resultat

Analysarbetets resultat av sjuksköterskornas uppfattningar om betydelsen av processhandledning för yrkesmässig växt presenteras genom en beskrivning av tre temaområden: *förutsättningar för handledning*, *gruppens betydelse* samt *handledarens betydelse*. Dessa tre temaområden är en sammanfattning av totalt tolv kategorier. Sammanställningen presenteras översiktligt i tabell 1 nedan.

Förutsättningar för handledning

Under det första temat, *förutsättningar för handledning*, har fyra kategorier identifierats.

I den första kategorin, **känslomässig inställning till handledning**, vittnar sjuksköterskorna om att de haft en hel del känslor inför handledningen. Flera sjuksköterskor beskriver en inledande känsla av skepsis som sedan övergick till en positiv inställning, en upplevelse av att det var stärkande att få möjlighet att diskutera och reflektera tillsammans med kollegor. Det framkom även upplevelser av misstänksamhet kring varför de

erbjöds handledning under pågående organisationsförändring.

Att sjuksköterskorna var skeptiska till handledningen tog sig uttryck i att de var negativt inställda. De gick till första handledningstillfället något motvilligt och med en känsla av att det var något som andra bestämt för dem. Påfallande var dock att denna känsla efterhand ändrade sig till det positiva och att de uppfattade handledningen som värdefull.

"...i början var jag lite skeptisk kände jag, men har upptäckt mer och mer att det har påverkat känslan i arbetet. Varit stärkande på nåt sätt." (4)

"...första gången jag gick dit, så gick jag och var väldigt negativ därför att det var som det var nog...jag gick dit men hur det var första gången så upplevde jag det ändå positivt, det var trevligt och träffas..." (5)

Misstänksamheten tog sig uttryck i att sjuksköterskorna ifrågasatte om det var lämpligt att starta med handledning under pågående organisationsförändring. Misstänksamhet över att det skulle finnas någon baktanke med att de erbjöds detta under en period som de själva

TABELL 1. BESKRIVNING AV RESULTATET MED TEMAOMRÅDEN OCH KATEGORIER

Förutsättningar för handledning	Gruppens betydelse	Handledarens betydelse
Känslomässig inställning till handledning	Kännedom om andras situation	Handledarens kompetens
Tid för handledning	Förtroende för varandra	Handledarens erfarenhet
Plats för handledning	Syn på sig själv	Handledarens arbetssätt
Påverkansfaktorer	Syn på kollegor	
	Medvetenhet om den egna förmågan	

betecknade som mycket orolig. Varför skulle det satsas på handledning för dem nu när eventuellt flera av dem kanske ändå inte skulle arbeta kvar på enheten?

”...först blev man ju lite misstänksam naturligtvis, om det var någon baktanke med det. Det vet jag ju inte men det blev ju väldigt bra tycker jag.” (7)

”...första gången jag hörde talas om det så kände jag det här är ju fullständigt fel. Här skall vi lägga ner och samtidigt....men sen när jag tänkte över då efter ett par gånger så kände jag att det här var ju faktiskt väldigt bra...” (9)

”...jag var lite kritisk på något sätt. Jag upplevde att nä...men nu skulle vi ju vara då någon sorts verksamhetsstyrd, arbetsgivarstyrd historia om att gå in och förändra...Men sedan kände jag ju, jag har svängt 45 grader (skratt) på något sätt 90 grader för man har ju...jag har ju känt att jag har påverkats av handledningen alltså.” (4)

Den andra kategorin, **tid för handledning**, beskriver sjuksköterskornas gemensamma uppfattning om svårigheter för att få tid att lämna arbetet på den egna enheten. Det krävdes god planering och att det inte inträffade något oförutsett i det dagliga arbetet om de skulle känna att de fick utrymme för att gå på handledningen. Att handledningen kunde uppfattas som ytterligare en uppgift som skulle fullföljas.

”...det var ju svårt att komma iväg. Men sedan insåg man att det var ju väldigt dumt, där kan man ju faktiskt gå ifrån lite grann från sitt arbete, och man behöver göra det faktiskt. Eftersom vi har så få möten när vi verkligen sitter och diskuterar, vi har ju inget sådant...därför märkte man att det här var ju riktigt roligt.” (6)

”Stressen som man kände att tiden inte riktigt var avsatt. Väldigt mycket som vi gör idag görs under pågående arbete. Man har en känsla att man inte kan liksom säga ok., nu har jag den här timman och nu har jag det bara för det...” (3)

...”klockan nio har jag gett mig iväg då och lämnat över och det har liksom varit stressigt”. (5)

I den tredje kategorin, **plats för handledning**, beskrivs det att sjuksköterskorna visserligen kunde upple-

va det stressigt att förflytta sig till en lokal utanför den egna verksamheten, samtidigt som det ändå uppfattades som värdefullt att handledningen ägde rum på en plats utanför den enhet som de till vardags arbetade på. Flera sjuksköterskor gav uttryck för att det var mycket betydelsefullt att få sitta ostörd och inte behöva vara orolig att någon skulle komma och avbryta.

”...man får vara på ett annat ställe, för här kan det komma och knacka på dörren...ja, så är det någonting då..ja, då skall du koppla om igen så skall du väg, men där vet man det är ingen som stör.” (7)

”För mig har det varit väldigt, väldigt nyttigt att dels komma ifrån här på en neutral plats och sen kunna tala med sina kolleger tillsammans med en person som är neutral.” (9)

”Vi kunde i alla fall prata till punkt, det var ingen som kunde avbryta, så det var skönt”. (12)

Den fjärde kategorin, **påverkansfaktorer**, beskriver vikten av kontinuitet bland gruppmedlemmarna samt att handledningsprocessen påverkades av förändringar på den egna arbetsplatsen. Här visas också betydelsen av förändringar på arbetsplatsen, den pågående organisationsförändringen, att det blev mycket fokus på denna under handledningen.

Sjuksköterskorna gav uttryck för att kontinuiteten var viktig i såväl gruppen som samtalen för handledningsprocessen. Att det upplevdes splittrat när några gruppmedlemmar i en grupp slutade eller några var mycket frånvarande. Detta påverkade samtalen under handledningen, det var svårt att ta vid där man slutade vid förra tillfället.

”...det var väl synd att gruppen krympte av olika skäl, en som slutade och sen då genom att dom andra gick på schema så var det ju lite tungt ibland.” (8)

”...det behövs faktiskt men vad som jag har tyckt att som gruppen i sig varit rätt så splittrad. Det var ju dålig uppslutning”. (3)

”...hade det varit lite sammansatt grupp hade det varit lite mer kontinuitet i vårt samtal, men det blev det ju inte för ena

gången med den och andra gången satt jag med någon annan”. (3)

Då handledningen startade pågick förändringsarbete på en av enheterna där ett flertal sjuksköterskor tjänstgör. Detta förändringsarbete kom mycket i fokus i samtalen under handledningen. Flera sjuksköterskor menade att dessa diskussioner upptog för mycket tid under deras handledningstillfällen, att handledningsprocessen genom detta avstannade och att kollegerna som inte var berörda av denna organisationsförändring fick ge mycket av sin tid till dessa diskussioner.

”...det stannade av därför att det dök upp nya problem på arbetsplatsen som man då ventilerade och det härledde hela tiden till omorganisationen, så det stannade upp det gjorde det.” (1)

”...har vi ju inlett många träffar med hur situationen har varit här...jag menar dom har fått höra mycket min...hur jag har upplevt förändringarna här.” (5)

”...på våran situation kanske ibland lite för mycket, också på oss själva, dom här problemen som vi hade då vi organiserade oss...” (3)

Sammanfattningsvis består det första temat, *förutsättningar för handledning*, av fyra kategorier, som härleds ur sjuksköterskornas erfarenheter om handledningsprocessen. Den första kategorin, *känslomässig inställning till handledning*, relaterar till sjuksköterskornas känslor inför handledningen. Flertalet sjuksköterskor talar om att de upplevde en skeptisk inställning till handledningen och en misstänksamhet om varför de erbjöds denna under pågående omorganisation. Påtagligt var dock att den kritiska inställningen efterhand övergick till en upplevelse av att handledningen var givande och intressant. Den andra kategorin, *tid för handledning*, beskriver det centrala i att tid avsätts för handledningen, liksom vikten av att den planeras in i det dagliga arbetet. Den tredje kategorin, *plats för handledning*, beskriver värdet i att få möjlighet att komma från den egna enheten, sitta i lugn och ro och tala till

punkt utan att bli avbruten. Den fjärde och sista kategorin, *påverkansfaktorer*, belyser att det krävs kontinuitet för såväl medlemmarna i gruppen som när det gäller tillfällena då gruppen träffas. Processen avstannade då flera medlemmar av samma grupp var frånvarande. Förändringar på arbetsplatsen uppges vara en central påverkansfaktor för handledningsprocessen. Sjuksköterskorna beskriver att det var starkt fokus på förändringsarbetet inom den egna enheten, att processen avstannade på grund av att det uppstod nya problem på enheten som diskuterades under handledningen.

Gruppens betydelse

Under det andra temat, *gruppens betydelse*, återfinns fem kategorier.

Den första kategorin, *kännedom om andras situation*, belyser att sjuksköterskorna upplevde att handledningsprocessen skapade utrymme för dem till igenkännande. Vidare att de gavs möjligheter till att se situationer ur ett annat perspektiv. Att reflektera tillsammans gav dem styrka och vetskap om att även andra kunde uppleva samma problem.

Vid diskussioner upptäckte de att de inte var ensamma om vissa problem. De mötte ett igenkännande och fick bekräftelse inför olika arbetssituationer, att andra utför uppgifter på liknande sätt, vilket upplevdes som stärkande för den egna kompetensen.

”...och vi fick veta alla andras problem samtidigt som man känner sig inte...ohh, det är bara här som vi har problem, inte andra ställen. Så överallt finns problem förstås”. (12)

”...att jag fått det bekräftat att det vi gör det är riktigt, om jag säger så....förut har jag varit ensam om det men nu är det nog fler också...aha...det är så för dom också.” (7)

Att uppleva förändrat perspektiv tog sig uttryck i insikt om andras situation, ta till sig andras erfarenheter och därmed våga vara mera öppen och pröva nya lösningar.

”..plötsligt upptäcker jag att jag inte har gjort det så och jag skall göra det så denna gången och då blir det bättre alltså.” (3)

”...det har också på något sätt legitimerats i den här handledningen tycker jag, man har fått en känsla för vår sociala roll då....Jag känner att jag vågar vara mer den vårdande sociala sjuksköterskan, mer medveten om också att det är i den riktningen det går, men att man då i botten har sin medicinska utbildning.” (4)

Den andra kategorin, **förtroende för varandra**, beskriver att sjuksköterskorna upplevde att gruppen och gruppens medlemmar hade stor betydelse. Vikten av att det upprättats ett kontrakt om tystnadslofte betonades. Detta innebar att samtliga i gruppen, såväl handledare som gruppdeltagare ansvarade för att det som uttrycktes under handledningen inte diskuterades i andra sammanhang än under handledningsforumet.

”...det vi har pratat om det är ju egentligen bara vi som vet. För det märkte jag ju att det man berättar är ju sänt som man kanske inte gör egentligen alltid för sina kolleger...” (9)

”..varje gång när lektionen slutade har jag varit lättad på så sätt, alltså okej, jag har pratat, till och med grät jag några gånger....” (11)

”..man ser att man är faktiskt inte perfekt utan man har sårbarheter och man vågar visa dom och det har gruppen också tydligt också gett oss, att vi är inte bäst utan vi måste hjälpa varandra och stötta varandra...” (1)

Tredje kategorin, **syn på sig själv**, beskriver att sjuksköterskorna under handledningstillfällena reflekterade över sin egen roll i gruppen och hur detta påverkade deras självkänsla. Att de under handledningsprocessen upptäckte att de betydde något för andra. De vittnar om ovanan vid att uppskattas som en resurs i en grupp och hur detta påverkade deras självkänsla.

”..ingen har frågat mig vad jag behöver hjälp med så jag har inte varit van vid det. Jag blev väldigt förvånad att man plötsligt betydde någonting i en grupp och att man också blev sedd...” (1)

”..det stärker självkänslan också, att det har liksom brytt en att det har angått en det man har pratat om.” (8)

”Mitt i allting kommer någon och ser oss och ger oss chans att komma ut några timmar och räknas som en människa, och sitta där och ha något att säga...det tycker jag har varit underbart.” (10)

Under den fjärde kategorin, **syn på kolleger**, beskriver sjuksköterskorna att de under handledningstillfällena upplevde gemenskapen med kollegerna ur ett nytt perspektiv, att de fick ökad förståelse för varandra och därmed en ökad tolerans för olikheter.

Gemenskapen med kollegerna tog sig också uttryck i att de även i det dagliga arbetet sökte upp varandra mer än tidigare. Det kändes lättare att gå över till en annan enhet än den egna och be om hjälp i svåra situationer.

”Det har varit väldigt bra för jag känner, personligen då, att man har kommit närmre dom personerna som är i min grupp då...” (2)

”En positiv bisak har väl varit det att man har lärt känna dom bättre här på enheten”. (8)

Sjuksköterskorna beskriver att de fick en ökad tolerans för varandra, förstod varandra bättre. Även om de inte alltid delade varandras åsikter accepterades dessa och vändes till något positivt. Gruppen kunde på detta sätt se olikheterna som en resurs inför arbetet på den egna enheten.

”...för mig har det betytt att jag förstår den personen mycket bättre, kanske hur hon resonerar eller han över vissa situationer på grund av sin bakgrund och det blir ju inte på samma sätt när man är här tycker jag, som det har blivit i den gruppen då.” (9)

”...vi har haft mycket diskussioner sinsemellan där vi inte alls tycker att den ene eller andre har rätt på något vis, men ändå så har vi fått en mycket större gemenskap där vi kan ta varandras olikheter till något positivt.” (1)

”Det har varit befruktande på ens attityder gentemot varandra på avdelningen.” (4)

”...vi har uppmuntrat varandra i gruppen och där tycker jag att handledningen har varit jättebra, det är ingen som har varit negativ inför det vi har tyckt och tänkt..” (1)

Femte och sista kategorin, **medvetenhet om den egna förmågan**, beskriver sjuksköterskornas syn på sin egen förmåga, att denna blev synliggjord för dem själva under handledningstillfällena. Vid reflektion tillsammans med kolleger blev man medveten om såväl sina egna förmågor, som sina begränsningar.

Den egna kunskapen blev synliggjord genom att sjuksköterskorna fick möjlighet att lyssna in kollegers berättelser från olika vårdssituationer. Att höra kolleger beskriva situationer som de upplevt svåra och reflektera över sina egna ställningständer gjorde att den egna kunskapen trädde fram.

”...jag fick lära mig av mina kolleger också vissa saker som jag inte visste eller inte tänkte på...” (11)

”För det är klart när man diskuterar och talar med varandra så ser man ju mer var man står, hur långt man har kommit i sin egen utveckling då och man känner sig kanske inte...men man kan få bekräftat då att det här är du faktiskt bra på.” (9)

Sammanfattningsvis består det andra temat, *gruppens betydelse*, av fem kategorier. Dessa beskriver vad sjuksköterskorna anser vara erfarenheter av betydelse för handledningsprocessen. Den första kategorin, *känndom om andras situation*, skildrar vikten av att känna igen sig i andra, att inte vara ensam om upplevelser om problem. Att få kännedom om andras situation innebär också att det gav sjuksköterskorna en möjlighet att se situationer ur ett annat perspektiv, hitta nya lösningar och andra arbetssätt. Andra kategorin, *förtroende för varandra*, relaterar till sjuksköterskornas upplevelser av trygghet i handledningsgruppen, att våga vara öppen och att samtliga gruppmedlemmar höll på tystnadsloftet. Den tredje kategorin, *syn på sig själv*, beskriver sjuksköterskornas egen förvåning över att betyda något för sina kolleger, att själv ha något att tillföra gruppen, att bli varse ovanan vid att själv se sig som en resurs i gruppen. Fjärde kategorin, *syn på kolleger*, kan knytas till sjuksköterskornas beskrivning av att känna gemen-

skap på ett nytt sätt med kollegerna, vilket även skapade ökade möjligheter att tolerera och förstå varandras olikheter ur ett nytt perspektiv. Den femte och sista kategorin, *medvetenhet om den egna förmågan*, fokuserar på den egna förmågan, att få klarhet över sina egna kunskaper, att få bekräftelse från kolleger om sin duglighet inom vissa områden.

Handledarens betydelse

Under det tredje temat, *handledarens betydelse*, har tre kategorier utkristalliserats.

Den första kategorin, **handledarens kompetens**, beskriver hur sjuksköterskorna ser på handledarens kompetens, hur viktigt de anser det är att handledaren besitter mer teoretiska kunskaper än de själva. Vidare att det var viktigt för dem att handledaren har aktuella kunskaper och att dessa är hämtade ut aktuell litteratur. Sjuksköterskorna upplevde att handledaren satte ord på deras praktiska kunskaper och knöt an dessa till teoretisk kunskap.

Sjuksköterskorna såg sig själva som praktiker och att det var viktigt för dem att få ta del av litteratur som används i undervisning inom omvårdnad. Handledaren blev genom sina teoretiska kunskaper en naturlig ledare för dem.

”...det måste ju vara bättre att det är någon som har, vad skall man säga, har en högre kompetens än vad vi har som sitter där.” (7)

”...jag tror det behövs det senaste inom...som i böckerna, det som undervisas, det är viktigt.” (10)

”...han är en vårdhögskoleadjunkt då betyder det att han har aktuella kunskaper och har direkt kontakt med aktuella böcker och handledning och han kan mer än jag...” (11)

”...vad skall man säga...vårdteorier eller ja, satt ord på det, oftast det vi har pratat om eller dom ämnena vi tagit upp...” (8)

Den andra kategorin, **handledarens erfarenhet**, beskri-

ver hur sjuksköterskorna uppfattar vikten av handledarens egen yrkeserfarenhet som sjuksköterska. Att handledaren hade förmåga att sätta sig in i de situationer som beskrevs och att han kunde koppla ihop detta med sin egen erfarenhet.

Hans yrkeserfarenhet som sjuksköterska uppfattades positivt, vilket sjuksköterskorna menade underlättade diskussionerna under handledningen. Det var betydelsefullt för dem att handledaren hade förmåga att förstå vilka situationer de kunde hamna i under sitt dagliga arbete.

”...han själv hade ju erfarenhet från vården. Han kunde ju snabbt sätta sig in i dom situationerna som vi beskrev.” (5)

”...väldigt bra att han...har samma yrke som vad vi har så han fattar ju vad vi pratar om, ja...” (7)

I den sista kategorin, **handledarens arbetssätt**, under temat handledarens betydelse, beskriver sjuksköterskorna vikten av handledarens sätt att leda gruppen, lyssna, fråga och analysera. Man underströk vikten av att han under handledningen kunde gå in och styra diskussioner så att alla fick komma till tals. Handledarens arbetssätt vittnar även om hur han genom sitt handledarskap lyckades få sjuksköterskorna att öppna sig och diskutera olika situationer med varandra.

”Precis som ett instrument, kommer rätt person och spelar på instrumentet blir det jättefint och när vi träffades då så var vi ju som instrument egentligen på sätt och vis. Visst är det fantastiskt....egentligen vad jag menar, utan böcker utan någonting utan bara vi”...(9)

”Han var kunnig faktiskt att avbryta och låta oss prata och prata och säga ifrån.” (11)

”Man fick ju liksom prata till punkt och bara det tycker jag är helt fantastiskt.” (7)

Sammanfattningsvis består det tredje och sista temat, **handledarens betydelse**, av tre kategorier. Dessa bygger på hur sjuksköterskorna erfar handledarens betydelse för handledningsprocessen. Den första kategorin som

sjuksköterskorna anger är *handledarens kompetens*, hur viktigt det är för dem att handledaren har aktuella kunskaper, att han knyter an deras diskussioner till aktuell litteratur. Vidare uppger sjuksköterskorna att handledaren gett de möjlighet att se andra vinklingar genom reflektion tillsammans med kolleger. Den andra kategorin som påtalas är *handledarens erfarenhet*. Här beskriver sjuksköterskorna att de uppfattade det positivt att även handledaren hade yrkeserfarenhet som sjuksköterska. Hur detta förenklade deras diskussioner för att handledaren hade förmåga att själv sätta sig in i deras situation. Den tredje och sista kategorin är *handledarens arbetssätt*, sjuksköterskorna beskriver att de anser det vara viktigt att handledaren tog ledansvaret, att han fick dem att våga vara öppna, att han styrde gruppen samtidigt som han lät dem tala till punkt.

Avslutningsvis framgår att det krävs särskilda förutsättningar för att handledningsprocessen skall leda till yrkesmässig växt. Dessa förutsättningar präglas av den känslomässiga inställningen till handledningen, vikten av en tydlig information och att det ges tidsutrymme i form av schemaläggning och legitimitet för att lämna det dagliga arbetet. Att handledningen sker på en plats utanför den egna arbetsplatsen är också en viktig förutsättning. Kontinuiteten i gruppen erfor sjuksköterskorna vara ytterligare en påverkansfaktor. Skall de uppfatta att handledningsprocessen kan leda till yrkesmässig växt krävs det att flertalet av gruppmedlemmarna träffas regelbundet. Sjuksköterskorna gav uttryck för att förändringar på den egna arbetsplatsen kunde vara begränsande hinder för handledningsprocessen och därmed påverka möjligheterna till yrkesmässig växt.

Gruppens betydelse svarar an på frågan vad det är i handledningsprocessen som sjuksköterskorna anser kan leda till yrkesmässig växt. Genom gruppen fick de kännedom om andras situation och upplevde därmed ett igenkännande med sig själv. Att få kännedom om an-

dras situation medförde också en möjlighet till förändrat perspektiv på såväl situationer som på kolleger. Gruppen var vidare en viktig faktor för att åstadkomma förtroende för varandra i handledningsprocessen. Sjuksköterskorna erfor en förändrad syn på sig själv och förändrad syn på kolleger. Gruppen gav dem en möjlighet att uppleva sig betydelsefulla för andra och en känsla av gemenskap och ökad tolerans för varandra. Gruppens betydelse gjorde dem även medvetna om den egna förmågan. Sjuksköterskorna upplevde sig styrkta av att den egna kunskapen blev synliggjord under handledningsprocessen.

Handledarens betydelse härleder sjuksköterskornas erfarenheter kring hur handledningsprocessen kan leda till yrkesmässig växt. Handledarens högskolemässiga kompetens, hans teoretiska kunskaper erfor sjuksköterskorna vara viktiga för hur handledningsprocessen skulle leda till yrkesmässig växt. Vidare var hans yrkeserfarenhet som sjuksköterska en ytterligare viktig faktor för att denna utveckling skulle komma till stånd, liksom att handledaren genom denna erfarenhet kunde sätta ord på sjuksköterskornas praktiska kunskap och knyta an till teoretisk kunskap. Även handledarens arbetssätt var betydelsefullt, hans sätt att leda gruppen, att alla blev lyssnade på och fick möjlighet att tala till punkt. Handledaren har en avgörande betydelse för hur handledningsprocessen kan leda till yrkesmässig växt. ■

Diskussion

Diskussionen presenteras i två delar. Först en metoddiskussion där är den kvalitativa intervjun och den kvalitativa innehållsanalysen som metod diskuteras. Därefter följer en diskussion om resultatet, där varje temaområde diskuteras.

Diskussion om metoden

Avsikten med studien var att studera sjuksköterskornas uppfattningar om betydelsen av processinriktad handledning för yrkesmässig växt inifrån, dvs så som sjuksköterskorna själva uppfattade denna. Datainsamlingen skedde med hjälp av kvalitativ intervju. Valet av metod kan enligt Kvale (1997) vara avgörande för resultatet. Att inhämta sjuksköterskornas uppfattningar enligt kvantitativ metod i form av enkät anser jag skulle ha bidragit till att värdefull information, det personliga samspelet, öppenheten och en djupare förståelse för respondenterna skulle uteblivit.

Intervjuerna ägde rum i en känd miljö för alla sjuksköterskor, vilket troligen bidrog till att de kände sig lugna och avslappnade. Enligt Kvale (1997) är forskningsintervjun ett utbyte av synpunkter, ett samspel mellan två människor. Intervjuaren och respondenten reagerar på varandra och påverkar varandra ömsesidigt. Intervjusituationen kan för båda parter vara präglad av en positiv känsla. Dessa intervjuer genomfördes med karaktären av ett samtal där båda parter talade om ett ämne som intresserade oss. Kvale (1997) menar vidare att en väl genomförd intervju kan vara en berikande upplevelse för den intervjuade. Jag uppfattade att respondenterna fann det värdefullt att få delge andra sina erfarenheter. De uppgav även att de upplevde det intressant att vara föremål för en forskningsstudie. I samband med intervjun kan dock min förförståelse och kännedom om problemområdet hindrat objektiviteten. Sjuksköterskorna skulle då kunna svara det som de trodde att jag önskade att de skulle svara. Medveten

om detta förhöll jag mig passiv under hela intervjun. Jag förklarade också för sjuksköterskorna varför jag förhöll mig passiv. Jag undvek att ställa ledande frågor eller att fylla i svaren, gjorde istället nickningar och ”hummanden” som tecken på bekräftelse och förståelse för det som respondenten framförde (Dahlberg 1997). Jag ställde vidare följdfrågor där respondenten ombads att utveckla och/eller beskriva vad denne menade. Enligt Kvale (1997) är det nödvändigt att intervjuaren lyssnar till det både direkt uttalade och till vad som sägs mellan ”raderna”. Intervjuerna skrevs därför ut ordagrant. Förekomsten av skratt, avvaktan eller funderingar med svaret markerades då i texten.

Materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Jag har försökt att göra materialet rättvisa med att beskriva och urskilja de olika faserna tydligt. Dessa faser bygger på varandra. Det finns således en framåt- och bakåtgående relation mellan dessa. Att genomföra ett analysarbete är ett kvalificerat hantverk. Allt material plockades isär för att sedan sättas samman i nya kombinationer efter mönster, kategorier och teman. Att analysera alla meningsbärande enheter och föra samman dessa till kategorier och teman var ett tidskrävande arbete. Jag har vid ett flertal tillfällen under arbetets gång återgått till originaltexten med ambitionen att därigenom styrka analysen. Kvale (1997) menar att forskaren som person är avgörande för kvaliteten i en studie såväl vetenskapligt som etiskt. Intervjuaren är således redskapet och resultatets kvalitet är helt avhängigt intervjuens kvalitet. De etiska ställningstaganden som beskrivits i studien (Vetenskapsrådets forskningsetiska principer 2002) har enligt min uppfattning tillgodosetts och respekterats. Vidare står alla begrepp som jag har skapat i relation till de begrepp som respondenterna själva använde sig utav under intervjun.

Diskussion om resultatet

Resultatdiskussionen summerar reflektioner runt studiens resultat. Vidare belyser den det framkomna resultatet mot tidigare litteratur inom området. Utifrån detta kan man dra slutsatser av betydelse för planering och genomförande av processhandledning för såväl sjuksköterskor som annan vårdpersonal.

Det första temat som framkom under analysen talar för att *förutsättningar för handledning* krävs om sjuksköterskorna skall erfa att handledningsprocessen kan leda till yrkesmässig växt. Den känslomässiga inställningen till varför de skulle delta, en känsla av skepsis och misstänksamhet inför varför de erbjöds handledning. Under perioden då handledningen startade pågick diskussioner kring ett förändringsarbete på en av enheterna där flertalet av sjuksköterskorna tjänstgör. I föreliggande studie blev det tydligt att informationen inför handledningen är viktig, att handledningen är frivillig och är ett erbjudande från arbetsgivarens sida. En central förutsättning som sjuksköterskorna berörde var upplevelsen av stress inför handledningen, svårigheten med att komma ifrån det dagliga arbetet. Att det krävs tid och god planering för handledning bekräftas av Strandmark Kjölrsrud (1994), som menar att vårdpersonal har svårt att sätta sig ner för det ”planerade samtalet”. Det vanligaste kommunikationssättet sker ”spontan” under pågående arbete. Författaren menar att detta beror på vårdpersonalens utbildning, arbetssätt och tradition.

Sjuksköterskorna i studien beskrev att de klarar mera tillsammans när det finns en dialog dem emellan, men för detta krävs tid och organiserade möten för kommunikation. Nilsson (2001) följde vårdpersonal verksam i hemsjukvård och såg att det pågick ständigt diskussioner och rådgivning inom såväl den egna arbetsgruppen som mellan yrkesgrupperna om vardagliga omvårdnadsproblem. Detta genomfördes dock på ett

informellt sätt, under fikapauser eller vid andra tillfällen då personalen möttes.

Resultatet i andra temat, *gruppens betydelse*, ger en bild av vad i handledningsprocessen som sjuksköterskorna erfar kan leda till yrkesmässig växt. Sjuksköterskorna beskriver här vikten av att få kännedom om andras situation, att inte vara ensam om upplevelser av problem. Att i en handledningssituation kunna tydliggöra för sig själv att jag har gjort ett bra jobb, att det inte var mitt fel att jag inte kom längre eller inte orkade mer. I gruppen kan man hjälpa varandra att se bra sidor hos varandra och även bli vän med de dåliga. Uttala till varandra, jag reagerar så här medan du reagerar på ett annat sätt, men vi stöttar och kompletterar varandra i gruppen. Sjuksköterskorna beskriver att dessa diskussioner gav dem en ökad självkänsla. Nilsson och Waldemarsson (1994) skriver att självrespekt är resultatet av en bra självkänsla. En bra självkänsla menar man leder till ökad kreativitet tillsammans med andra och skapar förutsättningar för ett gott klimat i relationer. Respekt har med upplevelsen av oss själva att göra. Ordet respekt härstammar från latinet och betyder tillbakablick. Vilket betyder att vi själva eller någon annan reagerar, värderar eller betraktar. Författarna menar att ha respekt för sig själv innebär att vi vill se ärligt på oss själva och vara tämligen nöjda med det vi ser. En bra självkänsla leder till att vi uppfattar och tolkar våra medmänniskor mera positivt, vi blir härmed mer accepterande och toleranta mot andra.

Under handledningen reflekterade sjuksköterskorna kring erfarenheter vilket ledde till nya insikter som tillsammans med tidigare kunskaper omstrukturerades. Genom de andra deltagarnas uppfattningar och tolkningar utvecklades den enskildes kunskap. Enligt Their (1996) tycks vuxna behöva ett mål, ett syfte eller ett behov för sin läroprocess. Their menar vidare att aktiviteter främjar läroprocessen. Dessa kan vara i form

av en diskussion som innebär ifrågasättande, omtolkning, motsägelser eller svar på egna eller andras frågor.

Sjuksköterskorna i studien påtalade att de fick hjälp med att belysa frågeställningar på olika sätt. De fick förändrat perspektiv och såg situationer från ett annat håll, började utföra vissa uppgifter på ett för de nytt sätt. Enligt Molander (1993) ger reflektion perspektiv på en situation. Det man gör, eller den situation man befinner sig i, reflekteras för en själv. För att en reflektionsprocess skall komma till stånd menar Molander (1993) att det är viktigt med lugn och ro, en trygg miljö och tid för eftertanke. De samlade erfarenheterna innebär att individerna ser fenomenen från skilda perspektiv. Termen perspektiv används i regel för de samlade tankar och handlingar en individ använder sig av då hon ställs inför ett problem. Perspektiv är hur en person vanligtvis tänker, känner och agerar (Pilhammar Andersson 1991).

Drugge (2003) bestyrker att gruppen har stor betydelse för lärandet. Hon har studerat omsorgsinriktat lärande i hemtjänsten och beskriver lärandets förutsättningar och villkor. Hon fann att kunskapsbildningen inom hemtjänsten skedde genom dagliga möten där dialog, småprat och berättande var det centrala. Vidare anser Drugge (2003) att vårdpersonalen måste få möjlighet att dela sina erfarenheter med varandra. Författaren menar också att en kunskapsöverföring personalen emellan, där det råder ett dialogiskt klimat även kan tillföras organisationen och kunskapen blir då på detta sätt inte enbart individuell utan även kollektiv.

Flertalet av sjuksköterskorna i studien uttrycker under intervjun att processhandledningen har känts väldigt bra, att de har en önskan om att denna handledning skall fortsätta. De anser att det är viktigt och en nödvändighet för dem med denna möjlighet till reflektion tillsammans med kolleger. Jansson (1993) be-

tonar att sjuksköterskor måste få stöd för att diskutera sina erfarenheter i omvårdnadsarbetet, för att kunna möta vårdtagares behov och bedriva relevant omvårdnad. Åström (1995) och Lepp (1998) menar att detta stöd kan ges i form av att sjuksköterskorna i grupp får lyssna på, ställa frågor om och reflektera över olika vårdssituationer som ger dem styrka. Härigenom får sjuksköterskorna stöd för att gå vidare i vårdandet och utvecklar en handlingsberedskap för svåra situationer. Med det breda ansvarsområde som sjuksköterskor har idag, måste de beredas denna möjlighet.

Resultatet kring gruppens betydelse styrks vidare av Petersson och Vahlne (1997) som säger att en av de främsta kvaliteterna i handledning är bekräftelse. Bekräftelse kan definieras som bestyrkande, stadsfästelse, sanktion. Att bekräfta är att styrka, besanna, intyga eller vittna om. Att som handledd bli sedd och mottagen som man är, borgar för en förmåga att göra det samma för patienten. Dahlberg (1998) menar att i en arbetsmiljö som präglas av respekt och generositet personalen emellan blir det självklart att bemöta patienterna på samma sätt. Detta möjliggör både en personlig och professionell utveckling, och därmed också en förmåga till helhetssyn att i ett äkta möte stödja patienten.

Det tredje temat, *handledarens betydelse*, beskriver sjuksköterskornas uppfattningar kring hur handledningsprocessen kan leda till yrkesmässig växt. Studien visar att handledaren har en viktig funktion, handledaren måste dela samma kunskapsteoretiska område som de praktiskt yrkesverksamma och ha en fast förankring i yrkessituationen. Denna förankring krävs för att handledaren skall kunna tillrättalägga en situation som främjar trygghet och samarbete. Gjems (1997) menar att handledning kan ses som en inlärningsprocess mellan jämlika. Har handledaren samma tjänsteställning som deltagarna, så har hon/han också goda möjligheter att

känna till de för en viss profession viktiga relationerna och vad denna grupp kan utsättas för i sitt dagliga arbete.

Handledningen handlar om att klargöra och systematisera upplevelser från den praktiska vårdens verksamhet och sätta in dessa i ett personligt och yrkesmässigt sammanhang. Reflektionen skall utgå från gruppens eget yrkeskunnande och yrkesskicklighet. Handledning är ett sätt att integrera teoretisk kunskap med upplevda erfarenheter från praktiskt vårdarbete och ett sätt att få möjlighet till att seriöst diskutera etik, känslor och reaktioner som leder till förståelse, reflektion och handling. Resultatet bestyrker att det är viktigt att handledaren är fast förankrad i detta yrkeskunnande, praktiskt och teoretiskt, så att analysen kan utgå från det vårdvetenskapliga paradigmet. Man kan på detta sätt bevara och utveckla ett yrkeskunnande och belysa den kunskap som finns, men också lyfta fram den ”tysta” outtalade kunskap som finns hos individen eller gruppen. Johansson (1998, i Vahlne, Axelsson och Johanneson) bestyrker också att grupphandledning tydliggör gruppens samlade kompetens. Men även den enskilde individens kunskaper och möjligheter att utvecklas. Hon menar vidare att viktiga egenskaper som måste finnas hos handledaren är att lyssna, vara modell, fungera som stöd, tjäna som container, ha empatisk förmåga och förståelse.

Sjuksköterskorna som deltagit i processhandledningen uppgav att de kände sig styrkta av denna, de vågade mera vara den sjuksköterska som de önskade att vara. Detta kan sättas i relation till Petersson, Vahlne (1997) som påtalar att en god handledning medvetandegör processer som skapar en yrkesidentitet. Dessa processer öppnar upp för att utveckla en värdegrund och att arbeta med känslan av sammanhang. Känslan av att uppleva yrkesidentitet klargör, bekräftar och stärker en inre plattform. Författarna menar att det är enbart ge-

nom att denna inre plattform blir medvetandegjord och att bekräfta identiteten genom självkännet och självrespekt som man kan nå sina egna uppsatta mål. Vidare innebär yrkesidentiteten en medveten inställning till sig själv, att man har en uppfattning om vad man vet, kan och vill. Man vet var gränser går för vad man har förmåga att utföra.

Sjuksköterskorna som deltagit i processhandledningen har alla lång yrkeserfarenhet som sjuksköterskor och påtalade att handledaren gav stöd för dem att förankra deras praktiska kunskaper i teorin. Johansson (1994, 1996) har under åren studerat praktisk yrkeskunskap och belyst den ur olika perspektiv. Hon beskriver att det ofta handlar om motsättningar mellan praktisk och teoretisk kunskap men att kunskap inte bara är teori och vetenskap. Den praktiska kunskapen kan även uttryckas som kunnande och konst eller som en förmåga. Förmågan är personlig, den utvecklas och utövas i nära samverkan mellan utövaren och verksamheten. Det vetenskapliga utbildningsinnehållet kan inte alltid ge regler för hur man skall handla men det kan ge struktur till reflektioner över handlingarna. Josefsson (1988, 1991) använder begreppen påståendekunskap och förtrogenhetskunskap för att skilja mellan praktiskt yrkeskunskap och förmågan att sätta ord på det som man gör. Man måste lära sig ett speciellt sätt att se, träna upp sin blick för att kunna förstå och upptäcka ämnesområdets karaktär, vad som är normalt och vad som är avvikande, alltså utveckla en förtrogenhetskunskap. Outtalad eller tyst kunskap kan man inte läsa sig till. Den lärs in genom processer som förmedlas i lärande situationer. Praktisk kunskap är pragmatisk. Den är inte giltig generellt. Den fungerar bara i vissa situationer och har vissa syften. Praktiska kunskaper har ofta kallats ”konster” t.ex. läkekonst och kokkonst. Kunskap är i dessa fall inte endast färdighet, förmåga och erfarenhet, utan den finns i själva görandet och i de be-

dömningar som görs i samband med att handlingen sker, i det rätta handgreppet, i blicken för vad som skall göras och när det skall göras.

Sjuksköterskorna som ingick i studien påtalar att handledaren gav dem möjligheter att sätta in deras praktiska kunnande i ett teoretiskt perspektiv. Molander (1990) påpekar i en översikt över vad han kallar tyst kunskap att det finns vissa gemensamma drag hos dessa kunskapsformer. De förmedlas genom föredöme och skapas genom övning och personlig erfarenhet. Sjuksköterskorna i studien uppgav att de genom processhandledningen fick möjlighet att reflektera över sin egen teoretiska kunskap och fick insikt om att det också behövs teoretiska modeller och begrepp. Dessa kan ge en ram för den reflektion som bidrar till att utveckla den osynliga och praktiska kunskapen i den allt mer komplexa vårdverksamheten. Benner (1993) menar att som sjuksköterska utvecklas från novis till expert sker främst genom den erfarenhet som hon/han skaffar sig genom att vara yrkesverksam inom ett verksamhetsfält över en längre tid. Erfarenhet leder dock inte automatiskt till inlärning och ett ökat kunnande. Det är först när teoretisk kunskap och erfarenhet kombineras med reflektiv förmåga och att integrera innebörden av denna kombination med den egna personligheten som utvecklingen sker. Benner (1993) bestyrker att denna reflektion underlättas om den sker i dialog med andra.

Säljö (2000) beskriver hur vi som sociokulturella varelser verkar vara närmast oändligt läraktiga och bildbara. Lärande enligt hans mening är en fråga om att besitta information, ha färdigheter och förståelse, men samtidigt också att kunna avgöra vilken information, vilka färdigheter och vilken förståelse som är relevanta i ett visst sammanhang och inom ramen för ett visst verksamhetsområde. Kunskaper och färdigheter är situationsberoende och människan agerar utifrån lokala förutsättningar och premisser för kommunikation.

Vi har fortfarande idag i vår tradition en stark föreställning om att kunskaper är neutrala och att skolan är den plats där man lär sig generell kunskap som man sedan kan tillämpa i verkligheten. Det som vi lär oss i skolan är inte alltid lätt att överföra till andra miljöer. I ett sociokulturellt perspektiv är det utmärkande för kunskaper, färdigheter och förståelse att de är utifrån ett perspektiv och att de är giltiga inom ramen för ett verksamhetssystem. Där har de också utvecklats och de avspeglar verksamhetens speciella arbetssätt och prioriteringar. Det är genom att anlägga speciella perspektiv på verkligheten som kunskaper växer fram och blir användbara. Detta kräver en anpassad didaktik som medför att läroprocesserna måste utformas på många olika sätt. Eftersom vår omvärldsuppfattning, våra referensramar och vårt medvetande formas genom kommunikation och att vi utvecklas som tänkande och kommunicerande varelser genom deltagande i interaktiva processer bör utrymmet för reflektion vara stort.

Min tolkning bestyrks av Säljö (2000) som menar att den i särklass viktigaste mänskliga lärmiljön är det vardagliga samspelet och det naturliga samtalet. Det är då vi lär oss sociokulturella färdigheter som handlar om att kunna ta andra människors perspektiv på tillvaron och att uppträda som kulturkompetenta aktörer. I vår tid har verksamhetsområden som vård blivit mycket komplexa och de har också utvecklat imponerande kunskaper inom sin domän. Dessutom utvecklas och fördjupas kunskapen i ett högt tempo. Detta medför att vårt dagliga liv är kunskapsberoende. ■

Avslutande reflektioner

Resultatet från min studie visar att det är viktigt för sjuksköterskorna att de bereds möjlighet att under planerade former får bli hörda och får arbeta med frågor och funderingar som har uppstått i det dagliga arbetet. Detta kan öka beredskapen som en parallell process till att själva i sin tur lyssna till vårdtagare, anhöriga eller medarbetare. Eftersom processhandledning kan vara ett sätt att utveckla och kvalitetssäkra vårdarbetet och därmed vidareutveckla den praktiska yrkeskunskapen bör det skapas förutsättningar så att detta kan bli ett naturligt inslag i det dagliga arbetet för all vård- och omsorgspersonal.

Handledningsprocessen visade att den gav sjuksköterskorna möjlighet att förankra sina praktiska kunskaper i teoretiskt perspektiv, vilket de upplevde som stärkande. Min uppfattning är att utan teoretisk kunskap kan arbetet kännas frustrerande, men med en förankring i teorin kan många lösryckta tyckanden undvikas. Jag menar att vård- och omsorgspersonal på detta sätt får hjälp med att känna sig trygga och förankringen skapar trygghet i det professionella förhållningssättet.

Att få reflektera tillsammans visar sig vara stärkande för självkänslan som också leder till mer accepterande av varandra som medarbetare. Självrespekten blir då själva kärnan i självkänslan och genom ett stort mått av självrespekt ökar också möjligheterna till att visa ödmjukhet såväl inför vårdtagare som för medarbetare.

Min studie visar att det dock krävs vissa förutsättningar för processhandledningen om den skall uppfattas leda till yrkesmässigväxt och därmed till stärkt yrkesidentitet. Det är viktigt att beakta såväl gruppens betydelse som handledarens betydelse. Vid planering av processhandledning för vård- och omsorgspersonal är det viktigt för beslutsfattare att känna till dessa faktorer. Sammansättningen av gruppen kan även ha stor betydelse, eftersom gruppen var en viktig faktor i hand-

ledningsprocessen. Även valet av handledare kan vara av stor vikt, dennes kompetens, erfarenhet samt arbetsätt är viktiga och bör noga övervägas eftersom detta kan vara avgörande för om den yrkesmässiga växten skall komma till stånd. ■

Referenser

- Allwood, C.-M. & Eriksson, G. (1999). *Vetenskapsteori för psykologi och andra vetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bhaskar, R. (1978). *A Realist Theory of Science*. Hassocks: Hawestwr Press.
- Chekol, I-M. (2003). *Handledning som undervisningsform i sjuksköterskeprogrammets praktik* -en beskrivning av variationer i innebörd. (Akad.avh) Lund: Lunds universitet, Sociologiska institutionen.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1998). *Handledning i yrkesmässig växt inom vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Drugge, C. (2003). *Omsorgsinriktat lärande: en studie om lärande i hemtjänsten*. (Akad.avh) Luleå: Luleå tekniska universitet. Institutionen för lärarutbildning.
- Ekebergh, M. (1998). *Handledning i yrkesmässig växt i grundutbildningen – en pågående process*. Borås: Vårdhögskola.
- Ekstein, R., Wallenstein R. (1977). *Handledning och utbildning i psykoterapi*. Borås: Natur och Kultur.
- Eriksson, K. (1985). *Värddidaktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1992). *Boar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Vasa: Oy Arkmedia AB.
- Fagerberg, I. & Tunedal, U. (2001). *Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning*. *Vård i Norden* 2, 27-32.
- Fridlund, B. & Hildingh, C. (2000). *Qualitative research Methods in the Service of Health*. Lund: Studentlitteratur.
- Franke, A. (1990). *Handledning i praktiken. En studie av handledares och lärarkandidaters uppfattningar av handledning i lärarutbildningens praktikdel*. (Akad.avh) Linköping: Linköpings universitet, institutionen för pedagogik och psykologi. Doktorsavhandling.
- Gjems, L. (1997). *Handledning i professionsgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustavsson, B. & Pörn, I. (1994). *A motivational approach to confirmation: An interpretation of dysphagic patients experiences*. *Theroretical Medicine* 15, 409-430.
- Högström, M. B., Tolonen, L. (1990). *Från teori till praktik – att tänka, känna och handla vård inom vårdutbildningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, L. (1993). *Ethical reasoning among communication with severely ill patients disclosing personal knowledge*. Umeå: University.
- Johansson, B. (1978). *Vårdutbildning. Utvärdering i samband med handledning*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdpedagogik. Rapport nr 173.
- Johansson, B. (1983). *Konsten att kunna vårda*. Lund: Liber.
- Johansson, B. (1994). *Omvårdnad i teori och praktik: en didaktisk studie*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdpedagogik. Rapport nr 1994:2.
- Johansson, B. (1996). *Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdpedagogik. Rapport nr 1996:1.
- Josefsson, I. (1988). *Från lärling till mästare*. Lund: Studentlitteratur.
- Josefsson, I. (1991). *Kunskapens former. Det reflekterade yrkeskunmandet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis. An introduction yo its Methodology*. London: The Sage Commtext Series.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I Starrin, B. & Svensson, P-G. (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Lauvås, P. & Handal, G. (1993). *Handledning och praktisk yrkesteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Lepp, M. (1998). *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Lindgren, U. (2000). Mentorskap och högre utbildning. *Pedagogisk Forskning i Sverige*, Årg. 2, Nr 4 279-289.
- Molander, B. (1990). *Kunskapens tysta och tystade sidor – ett försök till översikt*. *Nordisk pedagogik*, 3, 99-114.

- Molander, B. (1993). *Kunskap i handling*. Uddevalla: Daidalos.
- Nationalencyklopedin. (1992) Höganäs: Bra Böcker.
- Nilsson, A. (2001). *Omvårdnadskompetens inom hemsjukvård*. (Akad.avh.) Göteborg: Göteborgs universitet, institutionen för vårdpedagogik.
- Nilsson, B. & Waldermarson, A-K. (1994). *Kommunikation mellan människor*. Lund: Studentlitteratur
- Patton, M. (1991). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage.
- Petersson, B. O. och Vahlne, L. (1997). *Handledning - ett Vårdpedagogiskt verktyg*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (1991). *Det är vi som är dom*. Göteborg: göteborg Studies in Educational Sciences 83. ACTA Universitatis Gothoburgensis.
- Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet – en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar Andersson, E. (1997). *Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik*. Göteborg: Göteborg Studies in Educational Sciences 116. Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Selander, U. & Selander, S. (1989). *Professionell handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Severinsson, E. & Lindström, J. (1993). *Handledning i vårdarbete - i ljuset av tillämpad hermeneutik*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialdepartementet (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Norstedts tryckeri.
- SOSFS 1995:15. (M) *Kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1964:45. *Sjuksköterskeutbildningen I. Grundutbildningen*. Betänkande av 1962 års utredning angående sjuksköterskeutbildningen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1991:56. *Kompetensutveckling – en utmaning*. Delrapport från kompetensutredningen.
- SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården – perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Slutbetänkande från prioriteringsutredningen.
- Strandmark Kjölrsrud, M. (1994). *Vård i verkligheten. Om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad*. (Akad.avh.) Lund: Lunds universitet, institutionen för kirurgi.
- Sundström B. (1997) *Studenters upplevelser av bekräftelse under handledning i yrkesmässig växt. En fenomenologisk studie av grupphandledning i sjuksköterskeutbildningen*. Göteborg: Vårdhögskolan.
- Svenska Akademiens ordbok över svenska språket (1932). Lund: Lindstedts AB.
- Svenska Kommunförbundet och Vårdförbundet (2000). *Utveckling av kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Grafikerna AB.
- Svensson, E. (1987). *Vetenskaplig metodik. Att studera och formulera vårdproblem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Svensson, P-G. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativ studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken, ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Bokförlaget Prisma
- Their, S. (1996). *Det pedagogiska ledarskapet*. Mariehamn: Mermerus Ab Oy.
- Tveiten, S. (2003). *Yrkesmässig handledning – mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.
- Vahlne, L., Axelsson, G., Johanneson, P. (1998). *Handledning – samtid och framtid*. En antologi av elva handledare/sjuksköterskor. Växjö: Vårdhögskolan i Växjö, FoU-rapport 98/3
- Van Maner, M. (1990). *Researching lived experience – human science for an action sensitive pedagogy*. London: Althouse.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Göteborg: Erlanders Gotab
- Westlund, P. & Larsson, E. (2002). *Kommunens sjuksköterska - i Florens anda*. Kalmar: Rapport - Fokus 2002:1.
- Åström, G. (1995). *The meaning of caring as narrated, lived, moral experience*. Umeå: University.

1. Hur har du tyckt att det har varit att gå i processhandledning?
2. Har det varit en bra metod för att växa yrkesmässigt?
3. Vad innebär yrkesmässig växt för dig?
4. Tror du att yrkesmässig växt hos dig kan komma patienterna till godo?
Beskriv hur?
5. Tror du att yrkesmässig växt hos dig kan komma verksamheten till godo?
Beskriv hur?
6. Hur ser du på att handledningen har skett i samverkan med Högskolan?
7. Har detta väckt ditt intresse att ev. gå vidare med ytterligare studier?



Fou*i*väst **GR**

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET
Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 35
Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@gr.to • **www.fouivast.com**