

Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation - Erfarenheter av ett introduktionsprogram

Birgitta Bisholt

Göteborg 2009

COPYRIGHT © Birgitta Bisholt
ISBN: 978-91-628-7757-6

Printed in Sweden by Intellecta Infolog AB, Västra Frölunda 2009

ABSTRACT

Through the "VÅRD 77" amendment and the higher education reform from 1993, nursing education has been changed from vocational to academic. Theoretical aspects of nursing have been emphasised above clinical ones, and since 1993 clinical training has been reduced in such a way that the traditional professional and clinical skills of newly graduated nurses have changed. An increased theoretical focus and decreased clinical training have resulted in sharp criticism from health care institutions against the content of the nursing education programme, specifically regarding the fact that newly graduated nurses fail to meet demands and expectations on the professional skills and competence of a nurse. As a consequence of this criticism, employers offer newly graduated nurses introduction programmes after they have completed their nursing education. This study focuses on the newly graduated nurses' experience of an introduction programme as they are about to enter the labour market. The aim is to analyse and describe the learning process of newly graduated nurses in professional situations and how they are socialised into the profession and seek meaning in their encounter with that environment. The theoretical framework is symbolic interactionism, used to understand how the newly graduated nurse interacts with other members of the staff as well as the environment in which interaction takes place. The research method is ethnographic, and the empirical material is based upon data from participant observations, interviews and field notes. The result shows that all eight workplaces use the master-apprentice system as a model for supervising newly graduated nurses during the introduction programme. In this model, the novices learn how to imitate and seek knowledge through the experienced nurses. The fact that workplaces are free to choose among supervision models may explain why the traditional model is used in the introduction programme. This model primarily offers the novices an opportunity to practice practical and technical tasks and learn how to act like the master. The result also shows that the novices have theoretical knowledge and know what action to take, but that they may have trouble assessing which part of their knowledge to use, which shows that they do not have the readiness to act or the competence required in the profession. The introduction programme must therefore give newly graduated nurses the opportunity to practice professional skills in different patient situations and allow them to perform tasks independently to a higher degree. Results also show that the staff questions and strongly doubts the professional skills of the novices, which means that they must constantly prove their professional ability in order to attain member status. Through various sanctions and master suppression techniques employed by the staff, the novice is formed into a nurse oriented towards medicine/science. The novices end up as outsiders if they deviate from the norms and expectations associated with the professional role. This explains why several of the novices in this study become outsiders. Novices must therefore adapt in order to avoid becoming outsiders. The result further shows that there is tension between the academic environment of the nursing college and the professional environment. Within nurse education the ideology of nursing and the development of critical thinking have been prominent, but within the profession the emphasis is on good vocational skills. This means that novices end up posited between two cultures, something which can be described as being in a marginal situation. One conclusion that can be drawn from the result of this study is that the introduction programme, as it is structured today, posits an obstacle in the professional development of the novices.

Key words: newly graduated nurses, introduction programme, master-apprentice system, learning, professional/vocational skills, socialisation, marginal situation, ethnography

FÖRORD

Nu när det är dags att presentera resultatet av denna etnografiska studie vill jag rikta ett varmt tack till er nyutexaminerade sjuksköterskor som delgett mig ert perspektiv på den första tiden i yrket. Min förhoppning är att era erfarenheter av ett introduktionsprogram ska tjäna som inspiration till att nya diskussioner förs om inskolning i yrket och introduktionsprogram.

Jag vill rikta ett speciellt stort tack till min huvudhandledare *Ewa Pilhammar Andersson* för att du trott på mig, visat tålamod, uppmuntrat, granskat och gett konstruktiv kritik, och kunnigt och skickligt visat mig vägen fram genom den etnografiska forskningsprocessen. Ditt engagemang för studien har varit ovärderlig. *Carina Furåker*, min bihandledare, tack för att du så omsorgsfullt granskat och kommit med värdefulla synpunkter under arbetets gång. Tack till er båda för att ni alltid ställt upp när jag har kontaktat er!

Tack *Carola Skott*, *Margret Lepp* och *Per-Olof Thång*, för era insiktsfulla synpunkter vid slutseminariet.

Gunilla Peterson ett varmt tack för att du snabbt hjälpte mig att korrekturläsa manus. Jag vill även tacka *Anna Linzie* för att du hjälpte mig med översättning. Tack också till *Eva Thydén* för din hjälp med avhandlingens layout. Bibliotekarierna *Ulrica Elfgren* och *Ann Dyrman*, tack för er värdefulla hjälp.

Dessutom vill jag tacka mina doktorandkollegor vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa för givande diskussioner och synpunkter i samband med doktorandträffar och seminarier. Speciellt vill jag rikta ett tack till *Margareta Mattsson Jerresterand* för den fina kontakt vi haft under doktorandtiden.

Tack *mamma* för att du uppmuntrade mig till att börja forskarutbildningen. Tyvärr avled du kort efter att jag påbörjat mina forskarstudier och därför kan du inte ta del av resultatet.

Den sociala gemenskapen har fått stå tillbaka, jag tackar min syster *Nina* och mina vänner för att ni enträget hört av er och visat intresse för min forskning.

Till sist vill jag tacka min familj, min man *Per-Åke* och mina barn *Sabina* och *Ismael*. Tack för alla uppmuntrande ord, förståelse och för allt stöd jag har fått från er. Tack *Per-Åke* för att du snabbt har hjälpt mig när datorn har krånglat. Jag älskar er. Till er mina närstående, tillägnar jag denna avhandling.

Karlstad våren 2009

Birgitta Bisholt

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

DEL 1

INLEDNING	11
Avhandlingens uppläggnig	12
BAKGRUND	14
Sjuksköterskeutbildningen och hälso- och sjukvården i ett historiskt perspektiv	14
Sjuksköterskeutbildningen under 1960 – 1970-talet	14
Hälso- och sjukvårdens utveckling under 1960 – 1970-talet	16
Sjuksköterskeutbildningen under 1980-talet fram till 1993	18
Sjuksköterskeutbildningen från 1990-talet och framåt	20
Hälso- och sjukvårdens utveckling och behov av kompetens under och efter 1990-talet	23
Sjuksköterskeutbildningen under 2000-talet	24
Högskoleverkets utvärderingar	25
Introduktionsprogram	27
Sammanfattning	30
Syfte	31
Centrala begrepp	33
Lärande	33
Formellt och informellt lärande	34
Kunskap och lärande i praktiken	36
Socialisation	37
Yrkessocialisation	38
Sjuksköterskans yrkessocialisation	39
Mästare – Lärning	40
Tidigare forskning	42
Föreställningar	42
Handledningens betydelse under och efter grundutbildningen	43
Övergången från student till nyutexaminerad sjuksköterska	45
Sammanfattning	47
DEL 2	
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	48
Symbolisk interaktionism	48

DEL 3	
ETNOGRAFISK METOD	51
Etnografisk metod och genomförande	55
Förberedelsefasen	55
Forskningsfält	55
Urval och undersökningsgrupp	56
Introduktionsprogram och handledning	56
Tillträde till forskningsfältet	58
Forskningsetiska överväganden	60
Min roll som forskare	61
Fältstudiefasen	64
Observation	64
Fältanteckningar	65
Intervju	66
En kombination av metoder	67
Analys- och tolkningsfasen	67
Skrivfasen	70
DEL 4	
RESULTAT	71
Inledning	71
Mästare - Lärling	72
Mästarens handlingsstrategier	72
Att ge instruktion	72
Att kontrollera och tillrättavisa	76
Att ta över	82
Novisen använder olika lärsituationer	85
Att lära genom mästarna	85
Att lära genom imitation	88
Sammanfattning	90
Förmåga att hantera patientsituationer	92
Att utveckla handlingsberedskap i patientsituationer	92
Att hantera oförutsedda patientsituationer	94
Att utveckla säkerhet i arbetet	98
Att prioritera	100
Att fatta beslut	102
Att ha kunskap om befogenheter	105
Sammanfattning	106

Att organisera det egna arbetet	108
Att göra egna anteckningar	109
Att jämföra anteckningar med kollega	110
Att använda anteckningar	112
Att ställa frågor	115
Sammanfattning	118
Att formas i yrket	120
Att accepteras i yrket	120
Att ifrågasättas i yrket	123
Att inlemmas i en hierarkisk organisation	125
Att hamna i utanförskap	135
Att utvecklas genom att ta ansvar	137
Sammanfattning	139
DEL 5	
DISKUSSION	141
Mästare-lärlingssystemet lever kvar	141
Att göra ”rätt” och handla ”fritt”	144
Att söka kunskap genom mästarerna	146
Yrkeskunnandets utveckling	146
Att reflektera genom att ställa frågor	147
Att hantera komplex information	151
Utbildningen och inskolningens roll för yrkeskunnandets utveckling	152
Inträde i sjuksköterskeyrket	154
Anpassning	154
Olika sanktioner används	156
Vad utbildningen förmedlar och vad verksamheten kräver	157
Att befinna sig i en marginalsituation	159
SUMMARY	161
REFERENSER	179
Bilagor	190

DEL 1

INLEDNING

Utbildning är en angelägenhet såväl för hela samhället som för individen när det gäller utveckling och möjligheter på arbetsmarknaden. Från samhällets perspektiv är det av vikt att individen har de kunskaper och färdigheter som behövs för de yrkeskrav som utövningen kräver (Regeringens proposition 2005/06:1; Högskoleverket, 2007:23 R). Därför är det viktigt att högskolor och universitet bedriver en verksamhet som motsvarar arbetsmarknadens nutida och framtida behov av utbildad arbetskraft. Arbetsmarknaden befinner sig idag i en tid av internationalisering och kraftiga omstruktureringar, vilket ställer krav på att utbildningen tillmötesgår de förändrade behoven (Regeringens proposition 2005/06:1).

Inom den offentliga sektorn har kraven på personalens kompetens förändrats sedan 1990-talet, då hälso- och sjukvården genomgick olika omställningar. Orsaker till detta är bl.a. den offentliga sektorns försämrade ekonomi, struktur- och organisationsförändringar, personalminskningar och kortare vårdtider. Den pågående medicin-tekniska utvecklingen, ökade datoriseringen och mängden administrativa uppgifter påverkar exempelvis förutsättningarna för sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Landstingsförbundet, 2002). De krav som ställs på sjuksköterskor möter även nyutexaminerade sjuksköterskor redan första dagen i yrkesarbetet. Sjuksköterskans yrkeskompetens består inte längre enbart i förmågan att utföra vissa arbetsuppgifter, utan även i att kunna arbeta självständigt, ha ett vetenskapligt förhållningssätt, ha ett mångkulturellt kunnande och att kunna ta ett professionellt ansvar (SOSFS, 1995:15; Socialstyrelsen, 2005). Även om sjuksköterskeutbildningen sedan 1993 är treårig och leder till en kandidatexamen visar Socialstyrelsen (2002) att nyutexaminerade sjuksköterskor har brister i såväl teoretiska som kliniska färdigheter samt svårigheter att hantera sin yrkesroll. Det kan bli problematiskt för den nyutexaminerade sjuksköterskan att möta yrkeskraven om inte utbildningen svarar mot de krav som ställs i yrkeslivet (Socialstyrelsen, 2002; Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2008). Utbildningen utbildar idag inte till en färdigutbildad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2002), därför behövs fortsatt inskolning i verksamheten (Socialstyrelsen, 2002; Socialstyrelsen, 2005; Mogensen, Thorell Ekstrand & Löfmark, 2006). Enligt Högskoleverket ska utbildningen förmedla

och förvissa sig om att studenterna har de kliniska kunskaper och färdigheter som förutsätts för de yrkeskrav som finns (Högskoleverket, 2007:23 R). Trots detta finns klagomål från arbetsgivare om nyutexaminerade sjuksköterskors bristande yrkeskunnande (Socialstyrelsen, 2002). Verksamheten försöker ofta lösa detta problem med att erbjuda nyutexaminerade sjuksköterskor olika former av stöd, som exempelvis övergripande policyprogram för inskolning och särskilt anpassad introduktion (Socialstyrelsen, 2002). Med utgångspunkt i frågan hur väl högskolan vet att studenterna har de förhållningssätt och yrkeskunnande som krävs för att möta de krav som ställs i arbetslivet uppmanar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2008) att utbildningsanordnare och avnämare tillsammans genomför uppföljningar av tidigare studenter. Detta för att utbildningarna bättre ska kunna svara mot de krav som nyutexaminerade möter i arbetslivet.

I föreliggande studie beskrivs hur nyutexaminerade sjuksköterskor, som ingår i ett introduktionsprogram, socialiseras in i yrket. Studien är angelägen då det finns få studier som följt nyutexaminerade sjuksköterskor på ett systematiskt sätt under hela introduktionsperioden. Studien kan bidra med ökad kunskap och förståelse för hur den nyutexaminerade sjuksköterskans första tid i yrket ter sig och hur introduktionen i yrket kan utformas.

Avhandlingens uppläggning

Studien är indelad i fem delar. Del ett ger en bakgrund till forskningsområdet. Ett historiskt perspektiv på sjuksköterskeutbildningen och hälso- och sjukvården beskrivs och tydliggör de förändringar som skett och påverkat utbildningen och som sedermera lett till att arbetsgivare erbjuder introduktionsprogram till nyutexaminerade sjuksköterskor. Denna del avslutas med en sammanfattning. Studiens syfte och frågeställningar formuleras. Centrala begrepp i studien är lärande, formellt och informellt lärande, kunskap och lärande i praktiken, socialisation, yrkessocialisation och mästare-lärling. Avslutningsvis behandlas tidigare forskning, följt av en sammanfattning.

I del två behandlas arbetets teoretiska utgångspunkter. Avhandlingens teoretiska perspektiv vilar på symbolisk interaktionism och används i studien som ett verktyg för att förstå hur den nyutexaminerade sjuksköterskans socialiseras in i yrket och samspelar med övrig personal.

I del tre presenteras den etnografiska forskningsmetoden och anknytningen till symbolisk interaktionism. Därefter följer en redogörelse av studiens genomförande och forskningsetiska övervägande, följt av analysförfarande.

I del fyra redovisas resultatet utifrån fyra teman: mästare-lärling, förmåga att hantera patientsituationer, att organisera det egna arbetet och att formas i yrket. I de fyra teman redovisas hur interaktionen mellan mästaren och novisen sker och vilka möjligheter detta ger i arbetet, novisens förmågor att bemästra patientsituationer, att organisera arbetet samt hur yrkesidentitet utvecklas i ett hierarkiskt system, följt av sammanfattningar.

Del fem är avhandlingens sista del. Här diskuteras studiens resultat i förhållande till olika aspekter som presenterats i bakgrunden. Slutligen följer en engelsk sammanfattning där arbetets centrala delar återfinns.

BAKGRUND

Sjuksköterskeutbildningen och hälso- och sjukvården i ett historiskt perspektiv

I detta avsnitt kommer ett historiskt perspektiv på sjuksköterskeutbildningen beskrivas för att tydliggöra de förändringar som skett och som påverkat sjuksköterskeutbildningen och lett fram till att hälso- och sjukvården erbjuder introduktionsprogram efter avslutad utbildning. Ändringar i sjuksköterskeutbildningen sker ofta parallellt med vad som sker inom vården under samma tidsperiod. En historisk belysning av området ger en möjlighet att förstå vad som ligger bakom olika beslut om ändringar i sjuksköterskeutbildningen och vilka konsekvenser det fått. Den historiska tillbakablickningen i avsnittet utgår från 1960-talet till 2000-talet. I studien kommer sjuksköterskor att benämnas som hon då de till övervägande delen är kvinnor.

Sjuksköterskeutbildningen under 1960 - 1970-talet

Under 1960- och 1970-talet genomgick samhället, utbildningsväsendet och hälso- och sjukvården stora förändringar. I den s.k. Thapperska utredningen (SOU, 1962:4) föreslogs bland annat en översyn av sjuksköterskeutbildningen med utgångspunkt i de arbetsuppgifter som förekom. Översynen resulterade i en ny sjuksköterskeutbildning där det föreslogs att sjuksköterskeutbildningen skulle omfatta fem terminer och leda fram till legitimation som allmänsjuksköterska. Detta innebar att den tidigare treåriga utbildningen kortades med sex veckor (SOU, 1964:45). Sjuksköterskeutbildningen formerades som en yrkesutbildning omfattande fem eller tre terminer. Den avkortade utbildningen på tre terminer var avsedd för undersköterskor och skötare inom psykiatrisk vård (SOU, 1973:58). Vid denna tid krävdes formellt endast grundskola för tillträde till sjuksköterskeutbildningen, men i och med det ökande antalet sökande med gymnasial utbildning blev enbart grundskoleutbildning mindre konkurrenskraftig (SOU, 1964:45). Det innebar att de sökande som antogs till utbildningen hade en annan teoretisk utbildningsbakgrund än vad antagningskraven angav. År 1962 startade en försöksutbildning av medicin-tekniska assistenter som exempelvis röntgen-, radioterapi- och operationsassistenter. Dessa yrkesgrupper skulle ersätta sjuksköterskor inom olika specialområden (SOU, 1964:45). En annan förändring inom utbildningen var att den länge kritiserade arbetskraftresursen som blivande sjuksköterskor utgjorde, det så kallade lärlingssystemet, nu övergavs (a.a.).

I 1962 års utredning (SOU, 1964:45) kritiserades sjuksköterskor för att de i allt för stor utsträckning ägnat sig åt tekniska uppgifter och rutinbetonat expeditionellt arbete. Detta hade till viss del fjärrmat sjuksköterskan från patienterna. Denna utveckling skulle nu brytas och omvårdnaden av patienten skulle utgöra en central uppgift för sjuksköterskan. Ett väsentligt utbildningsmål var att de blivande sjuksköterskorna skulle lära sig principerna för god sjukvård och hur dessa kunde tillämpas i olika vårdsituationer. Den praktiska yrkesförberedelsen skulle innebära upprepade dagliga kontakter med patienter och deras problem samt att träna praktiska färdigheter. Den blivande sjuksköterskan skulle under ledning lära sig utföra alltmer ansvarsfulla arbetsuppgifter. Detta för att kunna utföra de kvalificerade funktioner som ankom en sjuksköterska (SOU, 1964:45). I betänkandet (SOU, 1964:45) betonades även att den blivande sjuksköterskan skulle ges tillräcklig insikt i den medicinska vården för att på rätt sätt kunna uppfatta och fullfölja läkarnas intentioner. Utbildningsmålet skulle också vara att medvetandegöra och lära den blivande sjuksköterskan att acceptera arbetsledarrollen samt det ansvar som följer därmed (a.a. s. 68). I utredningen föreslogs vidare att en tredjedel av utbildningen skulle ägnas åt teoretisk undervisning och två tredjedelar åt praktisk tillämpning.

På 1960-talet tillsattes U 68-utredningen (SOU, 1973:3) med uppgift att göra en översyn av hela det eftergymnasiala utbildningsområdet. Utredningen lade grunden för den kanske mest genomgripande reformen för eftergymnasial utbildning. I översynen av vårdutbildningarna fanns målsättningen att anpassa utbildningarna till den medicinska utvecklingen och till de behov som uppkommit genom regionvårdsreformen, där landet delades in i regioner. I 1968 års högskoleutredning, U 68 (SOU, 1973:3) betonades utbildningsmålen som personlighetsutveckling, demokrati, internationalisering och social förändring. Dessa mål kom senare att justeras eller ändras i den högskolelag som senare trädde i kraft (SFS, 1977:218).

År 1973 presenterades huvudbetänkandet Högskolan (SOU, 1973:2). En parlamentarisk arbetsgrupp presenterade för regeringen en proposition 1975 som innebar en total reformering av högskolan. Detta gällde även sjuksköterskeutbildningen. Ett principbeslut om högskolan utarbetades som ett reformförslag till 1977 års riksdag (Evertsson, 1995; Richardson, 2004) och fick senare benämningen Vård -77.

Vård -77 reformen trädde i kraft 1982 (SFS, 1977:218). Reformen medförde förändringar på olika områden. Studenten skulle utbildas i att kunna se män-

niskans problem och behov. Fokus i utbildningen flyttades från ett medicinskt perspektiv till ett helhetsperspektiv på patienten. I den nya högskolelagen (SFS, 1977:218) handlade det om att utbildningen skulle vila på vetenskaplig grund, att studenten skulle utveckla förmågan att kritiskt bedöma företeelser av skilda slag, främja personlig utveckling, främja förståelse för andra länder samt främja sambandet mellan utbildning, forskning och utvecklingsarbete. I högskolelagen (SFS, 1977:218) ställdes bland annat kravet att utbildningen skulle vila på en vetenskaplig grund och att studenten skulle göras teorimedveten.

I och med högskolereformen (SFS, 1977:218) gavs högskolebegreppet en vidare innebörd. Utbildningar som tidigare inte varit akademiska, exempelvis för sjuksköterskor, kom att tillhöra högskolesektorn även om huvudmannskapet fortsatt skulle vara landstingskommunalt. Huvudmannskapet delades mellan stat och kommun och flera utbildningar fick landstinget som huvudman, vilket resulterade i att två högskoleutbildningar skapades (SFS, 1977:218; Richardson, 2004). Det landstingskommunala huvudmannskapet varade fram till år 2002 för flertalet vårdhögskolor (Regeringens proposition 2000/01:71). En konsekvens av detta blev att de ”nya” akademiska utbildningarna, som exempelvis sjuksköterskeutbildningen, fick svårt att etablera sig som akademisk utbildning. Sjuksköterskeutbildningen förändrades, enligt Ahlgren och Gummesson (2000), från en regelstyrd utbildning som resulterade i en yrkeskunnig sjuksköterska med detaljerade kunskaper till en akademiskt utbildad sjuksköterska.

Hälso- och sjukvårdens utveckling under 1960 – 1970-talet

Under samma tidsperiod har hälso- och sjukvården genomgått en utveckling till följd av politiska reformer. Samhällets välstånd ökade under tidsperioden och de ekonomiska förutsättningarna var goda. Hälso- och sjukvården började expandera kraftigt under 1960- och 1970-talet. Denna expansion påverkades av flera olika faktorer som exempelvis industrialiseringen, arbetsmarknadsförändringar och fortsatt kunskapsutveckling inom olika specialiteter. Expansionen inom hälso- och sjukvården bidrog till att behovet av vårdpersonal ökade markant inte minst när det gällde sjuksköterskor (SOU, 1962:4; SOU, 1964:45). Industrialismen bidrog till bättre ekonomiska möjligheter och bättre arbetstider, vilket öppnade upp möjligheter till att kvinnor kunde söka sig ut på den fria arbetsmarknaden och övergav därmed sjukvården till förmån för andra möjligheter (Erlöv & Petersson, 1992).

Sjukvården specialiserades efter olika sjukdomsgrupper och organsystem, vilket kan liknas vid industrins rationaliseringsprinciper, och organiserades efter den s.k. rondmodellen. Patienterna omhändertogs i enlighet med löpande bandprincipen och arbetsuppgifterna var i fokus. Vården skulle rationaliseras och personalens arbetskraft skulle tas tillvara bättre. Sjuksköterskans arbete dominerades av medicin-tekniska arbetsuppgifter (SOU, 1964:45; Erlöv & Petersson, 1992; Evertsson, 1995).

Den kraftiga utvecklingen inom sjukvården under denna tidsperiod ledde till ökat behov av vårdpersonal. Det var särskilt svårt att rekrytera sjuksköterskor. Bristen på sjuksköterskor uppfattades som mer och mer akut. Situationen försökte lösas på olika sätt, dels genom en ökad utbildningskapacitet vid sjuksköterskeskolorna, dels genom ändring av sjukvårdens arbetsorganisation (SOU, 1962:4; SOU, 1964:45). I den Thapperska utredningen (SOU, 1962:4) föreslogs att undersköterskor och sjukvårdsbiträden skulle kunna utföra vissa av sjuksköterskornas arbetsuppgifter för att avlasta sjuksköterskorna samt att en överföring av undersköterskors arbete skulle ske till sjukvårdsbiträden. Sjuksköterskan skulle vara läkarnas medhjälpare och behövde därför en gedigen medicinsk utbildningsbakgrund (Johansson, 1979). Detta för att förstå hur läkarna uppfattade patientens situation och åtgärders innebörd (SOU, 1964:45). I betänkandet (SOU, 1964:45) betonades sjuksköterskors behov av grundliga naturvetenskapliga kunskaper och att dessa behövde kompletteras med ökad förmåga att se patienten som människa, samt möta patienten med större intresse och psykologisk förståelse, för att kunna fullfölja sina uppgifter. Även om en naturvetenskaplig-medicinskt inriktad utbildning förespråkades betonades att omvårdnaden om patienten skulle utgöra en central uppgift för sjuksköterskor (SOU, 1964:45). Före inträde i yrkeslivet rekommenderades elever, med fem terminers sjuksköterskeutbildning, i orienteringssyfte att skaffa sig praktisk erfarenhet av sjukvård för att komma in i yrket (Kungl Maj:ts prop 1965:161).

Erlöv och Petersson (1992) menar att man under Vård -77 perioden kan spåra en ny vårdideologi som betecknas som helhetsideologins epok. Sjuksköterskan skulle betrakta patienten utifrån ett helhetsperspektiv. Helhetsideologins epok kan jämföras med vad Bevis (1982) beskriver som den fjärde av de fyra filosofiska inriktningarna; den asketiska, den romantiska, den pragmatiska och den humanistisk existentialistiska. Dessa strömningar har haft betydelse för utvecklingen av sjuksköterskeutbildningen och synen på sjuksköterskans

funktion och speglar värderingar i samhället (a.a.). Perry (1985) beskriver fyra skiften av sjuksköterskans epistemologiska kunskap vilka påverkat synen på sjuksköterskeyrket och sjuksköterskeutbildningens utveckling. Den teoretiska kunskapsutvecklingen inom omvårdnad beskrivs med utgångspunkt från Nightingales fyra begrepp; hälsa, människa, vård och miljö. Dessa begrepp kan relateras till omvårdnadens konsensusbegrepp. Därefter beskrivs en teoriutveckling med grund i en reduktionistisk syn på omvårdnad och med betoning på viljan att kunna kontrollera och manipulera människors hälsa och välbefinnande. Tredje skiftet beskriver teorier från ett humanistiskt perspektiv med betoning på sjuksköterskans mellanmännsliga kompetens. Slutligen beskrivs en teoriutveckling på empirisk grund samt utvecklingen av sjuksköterskans kognitiva kunskap. Denna fas kan relateras till Bevis (1982) humanistisk existentialistiska filosofiska inriktning som ofta idag ligger till grund för teoriutveckling inom omvårdnad.

Sjuksköterskeutbildningen under 1980-talet fram till 1993

Samhällets nya vårdpolitik ställde krav på ändringar i sjuksköterskeutbildningen. I ett nytt vårdpolitiskt betänkande (SFS, 1982:763) uttrycktes en helhetsyn i vården på människan i vilken hela livssituationen skulle tas i beaktning. Sjuksköterskeutbildningen kom i och med ändringen av Vård 77-reformen att benämnas Hälso- och sjukvårdslinjen och omfattade 80/90 poäng (SOU, 1978:50). Behörighetskraven ändrades och från och med 1982 krävdes gymnasieskolans vårdlinje, vilken ansågs utgöra en god förberedelse för vårdinriktade högskoleutbildningar, eller motsvarande (SFS, 1977:218; SOU, 1978:50). Vård 77-reformen kan ses som en av de viktigaste reformerna i ändringen av de s.k. medellånga vårdutbildningar, där fem nya allmänna utbildningslinjer inrättades, hälso- och sjukvårdslinjen med sex olika inriktningar; laboratorie-assistentlinjen, hörselvårdslinjen, rehabiliteringslinjen och sociala omsorgslinjen. Den nya studieorganisationen började gälla läsåret 1982/83 (Högskoleverket, 2006:3 R). Benämningen Hälso- och sjukvårdslinjen kritiserades på 1980-talet då det ansågs problematiskt att koppla ihop linjebeteckningen med sjuksköterskeyrket (Askling, 1987; Landstingsförbundet, 1994). Utbildningsorganisationen var av sådan konstruktion att vissa utbildningsmoment skulle kunna vara gemensamt för de allmänna utbildningslinjerna med kravet på ökad bredd i utbildningen samtidigt som kravet på specialisering fanns för att nå en yrkesförberedelse (SOU, 1978:50; Askling, 1987).

Ett viktigt beslut för ökad decentralisering inom högskolan togs genom två riksdagsbeslut år 1988 respektive 1989. De centralt fasta utbildningsplanerna för allmänna linjer och påbyggnadslinjer avskaffades. Undantag från detta var de linjer som var inriktade mot yrken med officiellt fastställda behörighetskrav och legitimation, exempelvis inom vård och undervisningssektorerna (Stenelo, 1988; Richardson, 2004). Redan med högskolereformen 1977 fanns en decentraliseringssträvan som innebar att utbildningsplaner skulle vara av ramkaraktär med lokalt fastställda kursplaner (SOU, 1978:50). I den nya utbildningsplanen påvisades tydligt att utbildningen skulle vila på vetenskaplig grund (SFS, 1977:218). Ett problem som uppmärksammades med ökad decentralisering var om utbildningskvaliteten kunde anses vara jämn god mellan de medellånga vårdutbildningarna. Problemet blev tydligast i utbildningar som gav behörighet inom den reglerade verksamhet som finns inom vårdsektorn. För att kunna följa upp och kontrollera utbildningarna beslutades att en utvärdering skulle ske (Askling, 1987).

I och med den reformerade sjuksköterskeutbildningen, som startade år 1982, uppstod en klyfta mellan utbildningsväsendet och utbildningsavsnämen. Askling (1987) konstaterade, i uppföljningen av Vård 77-reformen, att planeringsarbetet, fortbildningsinsatserna och forskningsanknytningen i den teoretiska utbildningen inte relaterades till den praktiska utbildningen. Härav uppstod en klyfta mellan skolans lärare och personalen inom vården där studenterna hade sina praktikplaceringar. Lärarna i utbildningen betonade ”hur det borde vara” och personalen ”hur man brukade göra”. Trots mycket information från vårdutbildningens lärare om den ”nya” sjuksköterskeutbildningen ansåg inte personalen att de fått tillräcklig information. Detta bidrog till att studenterna fick ta emot irritation och misstänksamhet under sina praktikplaceringar. Denna irritation och misstänksamhet var egentligen riktad mot vårdhögskolorna och den ”nya” utbildningen (Askling, 1987). Enligt Askling (a.a.) fanns en svårighet för vårdpersonalen att på ett abstrakt plan ta till sig och förstå innebörden i förändringen av utbildningen då de inte varit involverade i förändringsarbetet.

I inledningsskedet av den reformerade sjuksköterskeutbildningen stod den teoretiska utbildningen mer i fokus än vad den kliniska utbildningen gjorde. I den centrala utbildningsplanen från 1981 anges att den kliniska utbildningen skulle utgöra hälften av utbildningstiden inom fem olika vårdområden (UHÅ & SÖ, 1981). Enligt Furåker (2001) omfattade den kliniska utbildningen, före

1993, cirka 56 procent av utbildningstiden trots detta visade högskoleutredningens betänkande (SOU, 1992:1) att den praktiska utbildningen eftersatts. I betänkandet av högskoleutredningen behandlades vårdhögskolornas situation där utredarna konstaterade att de landstingskommunala vårdhögskolorna intog en särställning i förhållande till övriga högskolor. Detta ansågs hänga samman med det landstingskommunala huvudmannskapet. Högskoleutredningens arbetsgrupp (SOU, 1992:1) konstaterade vidare att utbildningen fjärrat sig från den praktiska utbildningen, vilken inte hade utvecklats i samma takt som den teoretiska utbildningen.Handledningen behövde förstärkas och ges större utrymme och lärarna behövde aktualisera sin yrkeskompetens i vården.

Sjuksköterskeutbildningen från 1990-talet och framåt

Från och med den 1 juli 1993 trädde en ny högskolereform i kraft som baserade sig på en ny högskolelag (SFS, 1992:1434). En ny examensbeskrivning ersatte tidigare utbildningsplan för Hälso- och sjukvårdslinjen (SFS, 1993:100, bilaga 3). Detta innebar att tidigare centralt styrda utbildningsplaner ersattes med en examensordning som endast angav utbildningens mål. Förutom de allmänna målen för grundläggande högskoleutbildning fanns specifika mål för sjuksköterskeexamen (SFS, 1993:100). Den målstyrda utbildningen avsågs ge grunder för att kunna arbeta självständigt som sjuksköterska (a.a.).

Under denna tidsperiod påbörjades arbetet med en mer akademiskt grundad och EU-anpassad sjuksköterskeutbildning. Sjuksköterskor som gått den ”nya” utbildningen skulle kunna arbeta i olika delar av landet och i Europa utan att komplettera utbildningen. Sjuksköterskelinjen ändrade namn till sjuksköterskeprogram. Utbildningen skulle anordnas som en bred generalistutbildning utan specialiseringar. Riksdagen beslutade om en förlängning av sjuksköterskeutbildningen från 80/90 poäng till 120 poäng, dvs. från två till tre år (Landstingsförbundet, 1992; Landstingsförbundet, 1994). I 1992 års högskolelag (SFS, 1992:1434) formulerades målen annorlunda än tidigare. I högskolelagen (SFS, 1977:218) som gällde fram till 1992, angavs att utbildningen skulle vila på vetenskaplig grund, vara personlighetsutvecklande, ge kritisk skolning, leda till en yrkesutbildning eller vidareutveckling inom ett yrke och främja förståelsen för internationalisering. I målen (SFS, 1992:1434) angavs att högskoleutbildningen skulle ge studenterna förmåga att göra självständiga och kritiska bedömningar, utveckla förmågan att följa kunskapsutvecklingen, utveckla förmågan till informationsutbyte på vetenskaplig nivå samt främja förståelsen för internationella förhållanden.

Huvudmannskapet för vårdutbildningarna hade varit en fråga som debatterats alltsedan betänkandet Högskolan (SOU, 1973:2). Frågan handlade om ett förstatligande av landstingens vårdutbildningar. Regeringen föreslog att huvudmannskapet för vårdutbildningarna skulle ändras från landstingskommunalt till statligt, och övertagande av vårdutbildningarna skedde från och med 1 januari, 2002 (Regeringens proposition 2000/01:71).

Utbildningen skulle även anpassas till EU/EES-direktiven och bestå av två delar, dels teoretisk och teknisk undervisning, dels av klinisk utbildning (Ds 1992:34). Huvudämnet omvårdnad ingick i sjuksköterskeprogrammet och varierade i omfattning mellan 40 och 95 poäng. Vid vissa lärosäten integrerades fler ämnen i omvårdnadsämnet, vilket resulterade i att omvårdnadsämnet kunde komma att omfatta 95 poäng av utbildningens totala 120 poäng. Ämnen som oftast ingick i omvårdnadsämnet var filosofi, etik och vetenskaplig metod. Andra biämnena som ofta integrerades i omvårdnadsämnet var sociologi, pedagogik och psykologi. Även patologi och folkhälsa eller folkhälsovetenskap kunde integreras (Furåker, 2001). Enligt Furåker (a.a.) var det svårt att avgöra den kliniska utbildningens ämnestillhörighet. Vad som framkom i utbildningsplanerna var att poäng togs från biämnena och omvårdnadsämnet. Hur dessa sedan integrerades och examinerades var däremot oklart. Enligt Högskolverket (2000:16 R) integrerades andra inslag av utbildningsinnehåll, förutom direkt patientarbete, i den kliniska utbildningen. Detta bidrog till att studentens tid för patientkontakt kunde variera.

Furåker (2001) konstaterar att den kliniska utbildningen värderades betydligt lägre än den teoretiska genom att den tilldelades lägre poäng, ofta saknades i kursplaner och att målen inte angavs i utbildnings- och kursplaner. I EU/EES-direktiven föreskrevs att minst hälften av utbildningen skulle utgöras av klinisk utbildning (Ds 1992:34) men enligt Furåker (2001) utgjorde den, efter 1993, enbart 30-40 procent av utbildningstiden, dvs. en minskning med cirka 20 procent. Enbart en fjärdedel av landets utbildningar följde EU-direktiven. I examensordningen (SFS, 1993:100) framkommer inte något om hur stor andel som skulle utgöras av klinisk utbildning. Detta trots att sjuksköterskeutbildningen ligger till grund för en yrkesexamen.

I många andra länder har sjuksköterskeutbildningarna, i likhet med de svenska, utvecklats från traditionella yrkesutbildningar till akademiska högskoleutbildningar (Watkins, 2000; Mikkelsen Kyrkjebø, Mekki & Rokne Hanestad, 2002;

Daly & Carnwell, 2003). I Storbritannien har behovet av en ny sjuksköterskeutbildning varit angeläget med utgångspunkt i att omvårdnadsarbetet oftast baserades på rutiner snarare än forskning (Watkins, 2000). Enligt Macleod Clark, Maben och Jones (1997) skulle ”den nya sjuksköterskan” bli en ”knowledgeable doer” och arbetet skulle baseras på forskning. En studie (Philpin, 1999) efter Storbritanniens införande av ett nytt utbildningssystem, Project 2000, visade att utbildningen har kritiserats av sjukvården för att den kliniska utbildningen hade reducerats. Sjukvården ansåg att detta var en bidragande orsak till nyutexaminerade sjuksköterskors otillräckliga kliniska yrkesfärdighet.

Enligt Franck (2001) har förhållandet mellan teori och praktik i yrkesutbildningar generellt blivit tydligare och kommit mer i fokus genom att den kliniska utbildningen kommit in i akademins område. Den kliniska utbildningen tillhörde tidigare andra utbildningsanordnare och samhällsinstitutioner, exempelvis landstingen. När yrkesutbildningarna blev en del av högskolans uppdrag förändrades bilden av den kliniska utbildningen. Franck (2001) framhåller att den kliniska utbildningen intar en annan och mer framträdande roll än tidigare, dels genom att det blir mer tydligt att en yrkesprofessions verksamhetsområde behandlas som ett kunskaps- och forskningsområde, dels att den teoretiska reflexionen får ett mer konkret fokus. Även om den kliniska utbildningen kommit in i akademien har vårdutbildningarna problem att värdera teori och klinisk utbildning på ett likvärdigt sätt. Detta trots att kliniska studier är en nödvändig utgångspunkt för teorin. Josefson (2001) menar att det skapades ett avstånd mellan den akademiska världens föreställning och vilken kunskap som är central för sjuksköterskeutbildningen och vårdens behov av kunniga sjuksköterskor. Fortfarande finns en strävan efter en bro mellan kunskapsformerna teori och praktik. Enligt Josefson (a.a.) behöver utbildningarnas kunskapssyn vidgas och utvecklas för att kunskapsformerna ska kunna mötas. Även Willman (1996) anser att kunskapsformerna teori och praktik måste förenas på ett nytt sätt för att kunna uppnå professionell praktisk kunskap. Detta skulle enligt Willman kunna ske genom att båda kunskapsformerna vilar på vetenskaplig grund. Enligt Furåker (2001) har sjuksköterskeutbildningarnas akademisering bidragit till ett idealiserat innehåll i läroplanerna och ett svårbegripligt, teoretiskt språkbruk. Detta bidrar till att gapet mellan teori och praktik tenderar öka samt att verksamhetsanknytningen blir otillräcklig.

Den kritik som framförts i Sverige att de akademiska sjuksköterskeutbildningarna är alltför teoretiska och att det finns ett gap mellan teori och praktik (Fur-

åker, 2001) framförs även i andra länder t.ex. Norge och England (Mikkelsen Kyrkjebø et al., 2002; Maben, Latter & Macleod Clark, 2006).

Hälso- och sjukvårdens utveckling och behov av kompetens under och efter 1990-talet

Flera betydande reformer har genomförts under 1990-talet och i början av 2000-talet, till exempel Ädelreformen (1992), Psykiatrireformen (1995) och Läkemedelsreformen (1997). Med Ädelreformen tog kommunen över ansvaret för den hälso- och sjukvård som riktas till särskilda boendeformer. Psykiatrireformen syftade till att ge individer med psykisk funktionsnedsättning en bättre livssituation i samhället (Landstingsförbundet, 1994; Landstingsförbundet, 2002). Dessa två reformer innebar att även kommunerna blev sjukvårdshuvudmän (Landstingsförbundet, 2002). Läkemedelsreformen tillkom med utgångspunkt i resultatet att läkemedelskostnaderna ökat kraftigt. Med reformen har läkare och sjuksköterskor fått ett ökat kostnadsansvar för läkemedelsanvändning och läkemedelsförskrivning (a.a.).

Ändrade ekonomiska förutsättningar med krav på kostnadsminskningar tillkom under nittiotalet (Landstingsförbundet, 2002). Detta bidrog till att antalet anställda inom hälso- och sjukvården minskade, främst beträffande undersköterskor. Under samma period ökade dock antalet sjuksköterskor. Därtill har antalet vårdplatser och vård dagar minskat, vilket bidragit till att vårdplatserna nyttjas effektivare och vården har blivit mer behandlingsintensiv (a.a.). Allt fler patienter har möjlighet att få behandling med målet förbättrad hälsa (Arbetsmarknadsstyrelsen, 2002:3). Landstingsförbundet (2002) anser att dessa förändringar kan vara en bidragande orsak till den förändrade personalsammansättning som skett och även till en allt högre kompetensnivå. Förändring med kortare vårdtider har inneburit att framförallt undersköterskans arbetsuppgifter minskat. Sjuksköterskan har ställts inför större krav, dels på medicinsk kompetens, dels att sjuksköterskan måste behärska undersköterskans arbetsuppgifter (Landstingsförbundet, 1994). En studie (Lundgren, 2002) visar att en bemanningsförändring, från blandad till sjuksköterskebemanning, och val av vårdgivningsmodell på en kirurgisk vårdavdelning bidragit till en breddning av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna utförde allt från medicinska arbetsuppgifter och all omvårdnad av patienterna till övrigt avdelningsarbete. Genom förändringen kunde sjuksköterskorna förändra vårdens innehåll till en patientcentrerad omvårdnad, som lärts under utbildningstiden. Ett perspektivskifte skedde från uppgiftscentrering till en helhetssyn på patienten (a.a.).

Under 1990-talet har patientens ställning stärkts bland annat genom patientens inflytande på behandlingsalternativ och kompletterande bedömningar. Patienternas kunskaper och ökade behov har ställt krav på sjuksköterskan att kunna individualisera vården och möta patienten utifrån dennes förutsättningar att kunna hantera sin sjukdom (Landstingsförbundet, 2002). SKL (2007) anser att detta kommer att ställa höga krav på professionalitet och har utifrån detta formulerat en baskompetens för att arbeta som sjuksköterska inom vårdsektorn i framtiden. Den baskompetens som beskrivs är av tre typer: kunskap och förståelse, förmågor och färdigheter samt förhållningssätt och värderingar. Motsvarande indelning finns i högskoleförordningens målbeskrivning (SFS, 2006:1053, 2008:229). Här möts vårdsektorns krav på baskompetens och utbildningssektorns målbeskrivningar (SFS, 2006:1053, 2008:229; SKL, 2007). Utöver den baskompetens som anges krävs en specifik kompetens för varje profession och utbildning på olika nivåer (SKL, 2007).

Sjuksköterskeutbildningen under 2000-talet

Genom högskolereformen enligt Bologna (Regeringskansliet, 2007) har grundutbildningen stått inför ännu en reformering (Högskoleverket, 2006:3 R). För att bidra till en svensk högre utbildnings jämförbarhet, attraktivitet och gångbarhet i ett internationellt perspektiv föreslogs av regeringen i juni 2005 förändringar i svensk utbildnings- och examensstruktur. Detta gjordes med bakgrund mot Sveriges deltagande i den så kallade Bolognaprocessen. Idag omfattar samarbetet 46 europeiska länder. Högskolereformen och Bolognaprocessen syftar till att främja rörlighet, anställningsbarhet och Europas konkurrenskraft som utbildningskontinent. För att nå målen föreslogs att högre utbildning ska ges på tre nivåer: grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå och att examina skall avläggas på någon av dessa nivåer (Regeringens proposition 2004/05:162). I juni 2006 beslutades om en förändring av högskoleförordningen (SFS, 1993:100). Inom varje kurs på grundnivå och avancerad nivå skall en nivåbestämning ske och mål skall anges för vad studenten ska uppnå inom varje kurs. Även ett nytt poängsystem ECTS-poäng, European Credit Transfer System, har införts vilket innebär att 1,5 högskolepoäng (ECTS-poäng) motsvarar en veckas heltidsstudier (1 poäng enligt det äldre systemet) (Regeringens proposition 2004/05:162).

Från den 1 juli 2007 gäller ändringarna i högskoleförordningen med avseende på ny utbildnings- och examensstruktur (SFS, 2006:1053, 2008:229) som er-

sätter tidigare högskoleförordning (SFS, 1993:100). Sjuksköterskeutbildningen återfinns på grundnivå och omfattar, 180 högskolepoäng. I målen för sjuksköterskeexamen framgår att studenten skall kunna visa sådana kunskaper inom det vårdvetenskapliga området som krävs för att arbeta självständigt som sjuksköterska. Målen är uttryckta som förväntade studieresultat, dvs. vad studenten förväntas kunna, förstå, förhålla sig till och kunna utföra efter yrkesexamen som sjuksköterska (SFS, 2006:1053, 2008:229). Förväntade studieresultat anges i learning outcomes som är ett nyckelbegrepp inom högskolepedagogiken och Bologna-processen. Det handlar om att övergå från ett lärarcentrerat till ett studentcentrerat och målorienterat pedagogiskt synsätt (Regeringens proposition, 2004/05:162). Bologna-processen kommer att påverka all bedömning och examination i de kliniska avsnitten i utbildningen då det gäller fakta, färdigheter och förhållningssätt (Mogensen et al., 2006). Hur förändringarna enligt den nya utbildnings- och examensordningen (SFS, 2006:1053, 2008:229) kommer att behandlas av den kliniska verksamheten och handledare återstår att se.

Frågan om en nationell klinisk slutexamination i sjuksköterskeprogrammet 120 poäng har väckts vid flera lärosäten i Sverige. År 2003 påbörjades ett projekt med klinisk slutexamination (Karlstads universitet, 2006). Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan fyra lärosäten: Karlstads universitet, Umeå universitet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst. Under år 2006 beslöt tre av de fyra lärosäten, med en utvärdering år 2005 som grund, att examinationen skulle införas som obligatorisk slutexamination för studenter som avslutade termin sex i sjuksköterskeutbildningen. Från och med år 2007 gick lärosätenas samverkan med klinisk slutexamination in i en fas där samverkan skulle ske via avtal mellan lärosäten som infört klinisk slutexamination som obligatorisk del i slutet av utbildningen. Utvärderingen visade att modellen för klinisk slutexamination uppfattades ha en god användbarhet och relevans för bedömning av sjuksköterskestudenters kliniska kompetens.

Högskoleverkets utvärderingar

Med en ökad frihet för universitet och högskolor följer ökade krav på uppföljning och utvärdering internt och externt. Högskoleutbildningen har krav på att hålla en hög kvalitet i internationell jämförelse (Ds 1992:1). Högskoleverket har som statlig myndighet möjlighet att återkalla examensrätten för utbildningsprogram vars resultat inte bedömts tillfredställande (Högskoleverket, 2007:23 R).

I den första utvärderingen som Högskoleverket utförde 1995/96 (Högskoleverket, 1996:7 R) var syftet att utvärdera vård- och omsorgsutbildningarnas organisation och innehåll. Resultatet visade att nära 40 procent av utbildningarna inte ansågs högskolemässiga. Detta ledde till att Högskoleverket beslöt att göra en ny utvärdering efter tre år. Första utvärderingen (a.a.) visade att det fanns en sämre anknytning till det praktiska sjukvårdsarbetet än inom läkarutbildningen, trots att landstingen var huvudmän för sjuksköterskeutbildningen och vårdverksamheten, och det fanns ett bristande samband mellan de teoretiska och kliniska/praktiska utbildningsmomenten. Högskoleverket menade att det var svårt att ur dokumentationen få en uppfattning om vårdutbildningarnas faktiska omfattning av de teoretiska och kliniskt/praktiska avsnitten speciellt i de delar som var integrerade. Högskoleverkets granskning 1995/96 (Högskoleverket, 1996:7 R) resulterade i ett intensivt arbete inom vårdutbildningarna att utveckla den kliniska utbildningen. Följande utvecklingsområden har fokuserats: utbildningens organisation och process, lärar- och handledarkompetens och klinisk/praktisk utbildningsmiljö.

I uppföljningen av Högskoleverkets utvärdering som utfördes 1995/96 (Högskoleverket, 1996:7 R, 2000:5 R) fokuserades även denna gång på om utbildningarna uppnådde en högskolemässig nivå och uppfyllde kraven för yrkesexamina. I utvärderingen bedömde Högskoleverket att knappt tio procent av utbildningarna inte kunde anses som högskolemässiga. Resultatet visade vidare att en betydande höjning av den vetenskapliga kompetensen hade skett, sambandet mellan teori och praktik hade förstärkts, nya befattningar hade inrättats inom lärosäten och hälso- och sjukvården, exempelvis hade kombinationstjänster inrättats och en utveckling av kompetensen hos lärare och kliniska handledare hade skett. Högskoleverket konstaterade att det pågick ett stort arbete bland utbildningsansvariga, lärare och verksamhetsföreträdare att höja kvaliteten i den kliniska utbildningen.

Även om ett stort utvecklingsarbete pågår inom vårdutbildningarna visar Högskoleverket i sin senaste utvärdering (Högskoleverket, 2007:23 R) att examensrätten för 31 av 131 utbildningsprogram inom vårdsektorn som utvärderats kan ifrågasättas och att det fortfarande finns brister inom den kliniska utbildningen. Det påpekas även att en gemensam vision för akademi och verksamhet behövs och att den kan bestå av bl.a. kombinationstjänster/adjungeringar. Ett framträdande problem är bristen på utbildade handledare och en otillräcklig/bristande kommunikation om den kliniska utbildningen mellan lärosäte och

vårdverksamhet. Högskoleverket menar att det ofta är vårdverksamheten som definierar utbildningsmål och upplägg för den kliniska utbildningen trots att det är utbildningens ansvar. Högskoleverkets slutsats är att det förekommer en otillräcklig uppmärksamhet på frågor om aktivitets- och resultatstyrda system för ekonomisk ersättning när det gäller handledning av studenter under de kliniska utbildningsmomenten, ottydligt uttryckta krav på praktisk kompetens i kursplanerna samt att variationer inte nyttjats i tillräcklig utsträckning för att underlätta färdighetsträning. Enligt Högskoleverkets slutsats kan detta förklara oron för bristande färdigheter efter avslutad utbildning. En lösning som Högskoleverket hänvisar till är att de praktiska momenten skall examineras för att kontrollera att förväntade utbildningsresultat har nåtts. Högskoleverket visar här att de tagit intryck av de brister som rapporterats om efter avslutad utbildning när det gäller bland annat kliniska färdigheter (Socialstyrelsen, 2002; Högskoleverket, 2007:23 R).

Introduktionsprogram

Den teoretiska utbildningen har förändrats och utvecklats och den kliniska utbildningens omfattning har minskat, vilket har lett till att vårdverksamheten anser att utbildningen blivit för teoretisk och att nyutexaminerade sjuksköterskors basala sjuksköterskekunskaper är otillräckliga såväl i Sverige som internationellt (Greenwood, 2000; Mikkelsen Kyrkjebø et al., 2002; Socialstyrelsen, 2002; Maben et al., 2006). Vårdverksamheten har krav och förväntningar på att möta en nybliven sjuksköterska med traditionella yrkeskunskaper, även om utbildningen har förändrats (SFS, 1993:100; Socialstyrelsen, 2002; SFS, 2006:1053, 2008:229). Den kliniska utbildningen har minskat efter år 1993 (Furåker, 2001), vilket bidragit till att nyutexaminerade sjuksköterskors traditionella yrkeskunnande och kliniska färdigheter har förändrats (Mogensen et al., 2006) och de kan inte längre betraktas som färdigutbildade när de avlägger examen. Socialstyrelsen rapporterar (delstudie 1, 2002) att klagomål om nyutexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande inkommit från både landstingen och den kommunala vården. Framförallt handlade det om brister i det praktiska/kliniska och tekniska handlaget. Däremot påpekades att nyutexaminerade sjuksköterskor oftast hade goda teoretiska kunskaper. En studie som genomfördes av Högskoleverket mellan åren 1996-1997 (Högskoleverket, 1997:2 R) visade att arbetsledarna ansåg att de nyutexaminerade sjuksköterskorna var yrkeskompetenta, men att de hade svårare att genomföra praktiska färdigheter. Detta framkom speciellt hos nyutexaminerade sjuksköterskor som saknade

tidigare hälso- och sjukvårdserfarenhet. En studie som genomfördes vid Karolinska Institutet mellan åren 1999-2000 (Karolinska Institutet, 2000) visade att nytexaminerade sjuksköterskor ansågs mindre kompetenta när det gällde praktiska färdigheter. Däremot var sjuksköterskorna bättre än sina föregångare när det gällde dokumentation och allmän omvårdnad.

Kritiken har även bidragit till diskussioner om att införa obligatorisk allmän-tjänstgöring för sjuksköterskor, en så kallad AT-tjänstgöring innan legitimation utfärdas. Socialstyrelsens (2002) förslag om att en allmäntjänstgöring (AT) skulle införas för sjuksköterskor och avslutas med ett nationellt kunskapsprov samt att legitimation utfärdas efter godkänt prov har kritiserats av bland annat Högscoleverket (2003) som i sitt remissvar (a.a.) till Socialdepartementet rekommenderade att förslaget skulle avslås av följande skäl: underlaget för förslaget ansågs undermåligt, att sjuksköterskors betyg skulle omprövas efter examen ansågs inte rimligt och var dessutom tveksamt ur rättsäkerhetssynpunkt, allmäntjänstgöring skulle skapa en konkurrenssituation om handledningsresurserna, en sexmånaders förlängning av utbildningen skulle försena sjuksköterskornas inträde på arbetsmarknaden och dessutom öka kostnaderna för lärosäten, studenter och arbetsgivare (Högscoleverket, 2003).

Kritiken från vårdverksamheten har lett fram till att olika introduktionsprogram erbjuds nytexaminerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2002). Introduktion och inskolning av nytexaminerade sjuksköterskor planeras och sköts av vårdverksamheten. De introduktionsprogram som förekommer innehåller olika former av stöd, exempelvis parallelltjänstgöring med en erfaren sjuksköterska under en viss individuellt anpassad tid, traineeprogram med rotation inom tre eller fyra olika avdelningar under cirka ett år eller längre samt mentorprogram (Socialstyrelsen, 2002). Socialstyrelsen (a.a.) rapporterar i sin studie att parallelltjänstgöring inom sjukvården kunde omfatta mellan en till tolv månader, men vanligast var två till fyra veckor. Socialstyrelsen framhåller vidare att det finns restriktioner, inom sjukvården, för ensam- och natttjänstgöring. Dessa restriktioner innebär att nytexaminerade sjuksköterskor inte får tjänstgöra natt under de första tre till sex månaderna i yrket och att ensamtjänstgöring inte får förekomma.

Inom de sjukhus där mentorskap erbjuds till nytexaminerade sjuksköterskor beskrevs mentorn som en erfaren sjuksköterska som arbetade på en annan avdelning och som sjuksköterskan kunde vända sig till vid behov för att diskutera

och reflektera över socialiseringen i yrket (Socialstyrelsen, 2002). Lindgren (2000) beskriver att vara mentor är ett hedersuppdrag som vanligtvis inte arveras, varken ekonomiskt eller i tid. Mentorskap handlar inte om undervisning och därför väljs inte mentorn efter sina ämneskunskaper, utan efter egenskaper som exempelvis erfarenhet, intresse av andra människor och personlig mognad. Lindgren (a.a.) beskriver vidare att den största skillnaden mellan mentorskap och handledning är att mentorskap bygger på en oberoende relation mellan mentorn och adepten. Handledning däremot är kopplat till undervisning, och därmed föreligger ett beroendeförhållande mellan handledaren och studenten som är oundvikligt genom den bedömningsfunktion som inryms i systemet.

Flera studier visar att introduktionsprogrammets omfattning kan vara olika beroende av arbetsgivare (Bjørk & Kirkevold, 1999; Thomka, 2001; Danielson & Berntsson, 2007). Omfattningen av introduktionsprogram kan variera mellan fyra dagar upp till tre månader (Bjørk & Kirkevold, 1999; Thomka, 2001). Den vanligaste omfattningen av ett introduktionsprogram var sex veckor (Thomka, 2001), vilket var mer än vad studenterna hade förväntat sig av sina arbetsgivare (Heslop, McIntyre & Ives, 2001). Dessa studenter hade förväntningar på en omfattning av introduktionsprogram om fyra veckor (Heslop et al., 2001). Omfattningen av introduktionsprogram är en viktig aspekt vid övergången från student till nytexaminerad sjuksköterska (Thomka, 2001). Enligt Socialstyrelsen (2002) anses en lång period av parallelltjänstgöring nödvändig för att kunna fungera självständigt som sjuksköterska. Greenwood (2000) poängterar att utbildningen har det primära ansvaret för studentens yrkesförberedelse och att vårdverksamheten har ansvaret för de nytexaminerade sjuksköterskornas övergång från utbildningen till arbetslivet. Löfmark (2001) anser att inskolningen borde vara en gemensam angelägenhet för såväl vårdverksamhet som utbildning och att verksamheten inte enbart ska fokusera på brister i utbildningen utan se inskolning som en viktig del i yrkessocialisationen. Även om det visat sig att olika former av introduktionsprogram underlättar övergången till yrkesverksamhet, finns ändå kritik mot nytexaminerade sjuksköterskors kliniska färdigheter och kompetens (Philpin, 1999; Greenwood, 2000; Socialstyrelsen, 2002). Greenwood (2000) påpekar att vårdverksamheten anser att nytexaminerade sjuksköterskor är otillräckligt förberedda för den kliniska praktiken. Vårdverksamheten ställer många krav på den nytexaminerade sjuksköterskan, med utgångspunkt i praktiska och tekniska färdigheter (Socialstyrelsen, 2002), att kunna klara yrkesutövningen i en komplex, specialiserad sjukvård. Därtill kommer utbildningens yrkesförberedelse till yrkeskritiskt-

och vetenskapligt förhållningssätt (SFS, 2006:1053, 2008:229). Utbildningen leder till en yrkesexamen och ger en legitimation (SOSFS, 1995:5; SOSFS, 1995:15; Socialstyrelsen, 2005) med behörighet att utöva sjuksköterskeyrket samtidigt som det även ger möjlighet till en akademisk examen (SFS, 2006:1053, 2008:229). Detta ställer krav på att den nytexaminerade sjuksköterskan integrerat de yrkesförberedande delarna i yrkesrollen och därtill vara förberedd på de yrkeskrav som finns i vårdverksamheten.

Sammanfattning

För att förstå hur ”gapet” mellan sjuksköterskeutbildning och sjukvård kan ha uppstått och kvarstår är det viktigt att denna diskrepans belyses ur ett historiskt perspektiv. Att samhälleliga förändringarna också har påverkat sjuksköterskeutbildningens utveckling, synliggörs inte minst i sjuksköterskeutbildningens utbildningsplaner. Längre har det naturvetenskapliga och medicinska perspektivet varit rådande, vilket bl.a. hade sin grund i att läkare ofta deltagit i planering av utbildningen och undervisningen. Läkarkåren hade god insyn i utbildningens utformning och kunde därför påverka innehållet och strukturen. Efter VÅRD 77 har denna insyn och påverkan minskat avsevärt. I utredningen VÅRD 77 framskrevs sjuksköterskeutbildningen som en akademisk utbildning, något som i praktiken inte skedde förrän långt senare. Utbildningen strävade efter en holistisk syn på omvårdnaden av patienten och utbildningen skulle bl.a. leda till allmänsjuksköterska.

Sjukvårdens kraftiga expansion under 1960–1970-talet då vården organiserades efter sjukdomsgrupper och organsystem och effektiviserades, bidrog till att sjuksköterskorna utbildades till läkarnas medhjälpare. Sjukvårdens starkt medicinska inriktning kan förklara varför omvårdnaden om patienten, för sjuksköterskor, blev åsidosatt.

Den högspecialiserade vården med fokus på medicinsk-teknik fick således större genomslagskraft än omvårdnaden om patienten. Samtidigt tog omvårdnadsforskningen fart, vilket var ett viktigt steg i utvecklingen av disciplinen men även för att utveckla utbildningen i den riktning som VÅRD 77 uttryckte. Den ökade teorianknytningen fick dock effekten att den kliniska utbildningen blev eftersatt. Vårdverksamheten deltog inte i utbildningens förändringsarbete, vilket kan förklara varför verksamheterna saknade kunskaper om den ”nya” ut-

bildningen. De kliniska handledarna ansvarade för den kliniska utbildningens kvalitet och de utgick från sina erfarenhetsbaserade kunskaper på sjuksköterskeyrket. Detta ledde till att det medicinska synsättet som studenterna mötte i verksamheterna kunde traderas utan insyn från utbildningen. Kontakten med utbildningen förekom endast när lärarna besökte studenterna på utbildningsplatserna. Denna brist på en gemensam vision om utbildningens innehåll saknas fortfarande. Avståndet mellan hälso- och sjukvården och utbildningen är stort, vilket har bidragit till att utbildningens innehåll får stark kritik av vårdverksamheterna.

De nytexaminerade sjuksköterskorna efter 1993 års högskolereform (SFS, 1992:1434) anses inte heller uppfylla de krav och förväntningar som finns på sjuksköterskans yrkeskunnande och kompetens, vilket har fått som konsekvens att arbetsgivarna erbjuder sjuksköterskorna ett introduktionsprogram efter utbildningen. Sjuksköterskorna som utbildats efter 1993 års högskolereform har även de haft svårigheter med att förmedla sina kunskaper på ett sådant sätt att deras kolleger inom vården förstår och ser värdet med dessa kunskaper. Sjuksköterskornas akademiska kunskaper passar inte in i hälso- och sjukvårdssystemet. Vårdverksamheten lyckas inte att förmedla till företrädarna för utbildningarna de krav och behov som ställs på en sjuksköterskas kunnande och kompetens.

Syfte

Med utgångspunkt i de förändringar som skett i sjuksköterskeutbildningen, i vårdverksamhetens yrkeskrav på den nytexaminerade sjuksköterskan och de stora ekonomiska satsningar som görs inom den offentliga sektorn på formella inskolningsprogram kommer fokus i denna studie att ligga på hur ett introduktionsprogram upplevs av nytexaminerade sjuksköterskor vid deras inträde på arbetsmarknaden.

Syftet är att analysera och beskriva hur den nytexaminerade sjuksköterskan lär i yrkesarbetet och hur hon socialiseras in i yrkeslivet och söker mening i den tillvaro hon möter.

- Hur skapar den nytexaminerade sjuksköterskan mening i det som upplevs under introduktionsprogrammet?

- Vilka hinder och möjligheter upplever den nytexaminerade sjuksköterskan i interaktionen med handledare och övrig personal?
- Vilka strategier utvecklar den nytexaminerade sjuksköterskan för att kunna lära i arbetet?

Centrala begrepp

Lärande och socialisation är ständigt pågående processer som sker både informellt och formellt. I denna studie handlar det främst om det informella lärande som sker i ett formellt system och om socialisation i yrkeslivet. Utgångspunkten för formellt lärande och socialisation är att de nyutexaminerade sjuksköterskorna genomgår ett introduktionsprogram som arbetsgivaren organiserat och att lärandet och socialisationen sker inom tjänsten. Lärande ses i studien som en pågående social, meningsskapande och aktiv process i vilken kunskap konstrueras tillsammans med andra människor. Med socialisation avses en process i vilken normer, värderingar, attityder och handlingsmönster internaliseras. Begreppen lärande respektive socialisation kan vara svåra att särskilja, men dessa skiljer sig beroende av i vilket sammanhang de framställs, pedagogik eller sociologi. I beskrivningen av centrala begrepp skiljs dessa åt. I avsnittet socialisation beskrivs även tidigare forskning om nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation.

Lärande

Lärande är ett komplext begrepp och kan förstås på olika sätt utifrån olika utgångspunkter. I begreppet lärande återfinns dimensioner som inläring och undervisning. Begreppet innesluter situationer och sammanhang, där någon försöker lära ut något till någon annan (Alerby, 2000). Lärande är för individen en livslång process som sker i olika situationer såsom i skola, familj, arbete och samhälle (Bron, 1996). I föreliggande studie lär de nyutexaminerade sjuksköterskorna att utöva yrket i olika situationer och sammanhang i en mångfacetterad vårdmiljö.

Bowden och Marton (1998) beskriver lärande som en förändring av vårt sätt att se och erfara ett fenomen i världen runt omkring oss. Lärande kan också uppfattas som varaktiga förändringar av en individs kompetens och som ett resultat av individens samspel med sin omgivning (Ellström, 1992). I situationer där den nyutexaminerade sjuksköterskan ingår uppstår alltid nya sammansättningar av aktörer, handlingar och samspel, vilket kan leda till nytt lärande i situationen.

Lärande kan beskrivas på olika sätt beroende på vilka perspektiv som antas. Det konstruktivistiska perspektivet, med företrädare som Piaget och Vygotsky, har fått stort inflytande i pedagogiska sammanhang. Synen på lärandet inom

konstruktivismen är att människan är en aktivt utforskande individ samtidigt som hon konstruerar sin förståelse av omvärlden. Människan mottar sinnesintryck från sin omvärld, men är ingen passiv mottagare av information utan en aktiv meningsskapare av sin världsbild (Säljö, 2000).

Inom symbolisk interaktionism betraktas lärande som en social process och som meningsskapande. Lärande sker inte individuellt och isolerat inom en människa (Bron & Lönnheden, 2005), utan som en social process där kunskap konstrueras tillsammans med andra. När den nyutexaminerade sjuksköterskan konstruerar kunskap sker det i interaktion med handledande sjuksköterska, sjuksköterskor, andra yrkesgrupper, patienter, litteratur och skrivna dokument såsom patientjournaler eller annat skriftligt material. När det handlar om litteratur eller annat skriftligt material sker interaktionen mellan texten och den nyutexaminerade sjuksköterskan eller den interaktion som sker i form av egen reflektion. Enligt Blais, Hayes, Kozier och Erb (2006) sker den interaktiva processen även mellan den lärande och omgivningen.

Lärande handlar även om att skapa mening med vad människan gör, ser och tänker. Detta sker genom att människor kommunicerar och interagerar med varandra, vilket möjliggörs genom ett gemensamt språk och genom att människan känner till gemensamma språkliga och kulturella symboler (Bron & Wilhelmson, 2005). Andra kan se lärandet på annat sätt. Kolb (1984) utgår från att människor lär på olika sätt och beskriver fyra dimensioner av erfarenhetsbaserat lärande, den konkreta erfarenheten, den reflekterande observationen, den abstrakta begreppsbyggnaden och det aktiva experimenterandet. Dessa dimensioner beskrivs som en lärcykel. Lärcykeln kan starta inom någon av de fyra dimensionerna. Nyutexaminerade sjuksköterskors lärcykel kan skifta beroende på sammanhang och vilken uppgift som skall lösas i vårdarbetet.

Formellt och informellt lärande

Det formella lärandet beskrivs som ett planerat och målinriktat lärande (Ellström, 1996, 1997), som sker inom ramen för utbildningsinstitutioner. Det är genom det formaliserade lärande som studenten förvärvar kunskaper som så småningom skall omsättas i den praktiska verksamheten. Enligt Ellström (1996) är det mycket lite av vad som lärs inom formella utbildningar som kan överföras och tillämpas inom det praktiska handlandet, till exempel i arbetslivet. Ellström (2006) menar att mycket av det som förmedlas i utbildningssammanhang inte är ”kodifierat” och kan därför inte användas i praktiska samman-

hang, utan det hör till en textbaserad och abstrakt verklighet. Detta bekräftas av Cope, Cuthbertson och Stoddart (2000) som beskriver att studenterna ansåg att den teoretiska kunskapen i utbildningen inte var tillämplig inom praktikplaceringarna. Ofta möter sjuksköterskan avvikande och svårbedömda fenomen i vården (Josefson, 1988), vilket innebär att det kan vara svårt att överföra och tillämpa den generella, vetenskapliga kunskapen i praktiskt handlande. Att den nyutexaminerade sjuksköterskan kan ha svårt att omsätta det hon lärt under sjuksköterskeutbildningen till praktisk verksamhet är något som uppmärksammas som ett problem av forskare och i olika undersökningar (Benner, 1984; Ellström, 1997; Högskoleverket, 1997:2 R; Rasmussen, 2000; Socialstyrelsen, 2002). Ett sätt att underlätta lärande kan vara genom vägledning (guidance) vilket, enligt Billet (1999), är en nyckelfaktor för utveckling av kunskap och ett verktyg vid arbetsplatslärande. Den direkta vägledning (guidance) som kan ges av experter inom området är en viktig faktor vid arbetsplatslärande. Om tillgången av vägledning begränsas kan kvaliteten i lärandet minska. Lärandet kan även försvåras om experten endast berättar för den lärande istället för att ställa frågor, demonstrera och använda modeller. Detta eftersom den lärande då inte kommer att engagera sig i problemlösningen och handlande (a.a.).

Det lärande som sker i yrkesutövningen fortgår hela tiden jämsides med andra aktiviteter och lärande i arbetet är enligt Boud (1999) inte något människor påbörjar och stänger av utan en pågående process. Lärande kan därför ses som ett resultat av varje dags tänkande och handlande och omfattas av det som inträffar på arbetsplatsen.

Det lärande som sker i arbetet är många gånger till sin karaktär informellt. Här saknas ett färdigt kursinnehåll och färdiga lösningar eller modeller för det som skall utföras/läras till skillnad från formellt lärande (Folkesson, 2005). Bron (1996) anser att det förekommer både icke-formellt och informellt lärande på arbetsplatser. Det icke-formella lärandet är organiserat av arbetsgivaren och sker i arbetet eller utanför i form av intern eller extern utbildning. Informellt lärande är en livslång process genom vilken individen skaffar kunskap, färdigheter, attityder och insikter från vardagserfarenheter och i samspel med andra (Bron, 1996). Enligt Illeris (2007) har försök gjorts att föra in beteckningen icke-formellt lärande, men åtskillnaden mellan informellt lärande och icke-formellt lärande anses vara vetenskapligt ohållbara, att de används med skiftande innebörd och distinktionerna har visats svåra att upprätthålla i praktiken. Därav anser Illeris (a.a.) att beteckningen vardagslärande är att föredra. Informellt lä-

rande innebär ett lärande som sker omedvetet/medvetet och oavsiktligt/avsiktligt planerat och utformat som till exempel självstyrt lärande eller genom olika former av erfarenhetsbaserat lärande. Det informella lärandet sker till största delen spontant och omedvetet och som en sidoeffekt av andra aktiviteter (Ellström, 1996, 1997; Rönnqvist, Thunborg & Ellström, 1999). Vi är inte alltid medvetna om att vi lär i det vi gör. Folkesson (2005) poängterar att när novisen överlämnat ansvar och initiativ till experten att avgöra vilka kunskaper som är användbara och nödvändiga kan inte lärandet anses som självstyrande. Lärandet ges då mer en formell karaktär än informell. Därmed betraktas lärandet som ett formellt lärande i ett informellt sammanhang även om det inte handlar om ett formellt utbildningssammanhang. Nyutexaminerade sjuksköterskor som ingår i ett formellt introduktionsprogram ges möjlighet till ett formellt lärande likväl som ett vardagslärande, vilket kommer till stånd i de vardagliga aktiviteterna och i samspel med andra.

Kunskap och lärande i praktiken

Gustavsson (2004) skiljer mellan kunskapsformerna den teoretisk-vetenskapliga och den praktiska, vilket innebär att kunskap är av både teoretisk och praktisk karaktär. Dessa skiljs genom beteckningen ”att veta” och ”veta hur”. Att veta handlar om den teoretiska medvetenheten och veta hur är den praktiska medvetenheten. Veta hur riktas mot själva utförandet, men också avsikten till utförandet. Veta hur förklaras som både att veta hur man gör och varför, och att man kan berätta vad man gör. Detta innefattar både förmågan att göra, men också att man förstår vad man gör. Man måste dessutom förstå vad man gör under hela aktiviteten. Gustavsson (a.a.) beskriver att kunskap uttrycks genom att man vet vad man gör, att det sker avsiktligt. Sjuksköterskor måste veta vad de gör och varför i exempelvis en akut patientsituation. Enligt Gustavsson (a.a.) har handlandet och förmågan till reflektion ett samband, dvs. tänkandet och görandet sker på en och samma gång. Detta i enlighet med vad Schön (1987) uttrycker som att reflektera-i-handling. Genom handlingen i relation till omgivningen uppstår kunskap. Schön skiljer mellan reflektion-i-handling och reflektion-över-handling. Reflektion-i-handling sker direkt i handlingen. Den är spontan, ofta outtalad och uppstår i en situation som förändrar sig som ett resultat av individens handlingar. Reflektion-över-handling är en reflektion som sker efter att en handling genomförts. Det brott som uppstod i handlingen kan leda till en reflektion efteråt över vad som inträffade och hur det löstes. Reflektionen är ett verktyg för att kunna finna lösningar till nästa gång (Schön, 1987, 1991).

Det är i den praktiska yrkesutövningen och vardagliga arbetsuppgifterna som kunskap konstrueras genom att den lärande prövar sig fram och finner lösningar på problem som uppstår i en sammansatt vårdmiljö. Kunskapen kan alltså sägas vara kontextualiserad. Nyutexaminerade sjuksköterskor ska lära rutinuppgifter, uppöva en vana, pröva sig fram i olika arbetsuppgifter och situationer och att finna lösningar själv eller tillsammans med kollegor. Nyutexaminerade sjuksköterskors lärande handlar främst om det Ellström (1996) uttrycker som ett reproduktivt lärande. Det reproduktiva lärandet kan ses som ett lärande av det som erfarna sjuksköterskor redan kan, och som innefattar deras erfarenhetsbaserade yrkeskunskaper. Nyutexaminerade sjuksköterskor lär sig den yrkeskunskap som hör till yrket och som reproduceras från handlande sjuksköterskor.

Benner (1984) har utifrån ett fenomenologiskt perspektiv kunnat urskilja och beskriva fem kompetensnivåer inom kliniskt omvårdnadsarbete hos intensivvårdssjuksköterskor. De fem kompetensnivåerna som Benner beskriver utgår från Dreyfus och Dreyfus (1986) utvecklingsstadier och är så allmängiltiga att de kan översättas till andra fält t.ex. de inom vilka sjuksköterskor är verksamma. I det första stadiet beskrivs att nybörjaren saknar erfarenheter av de situationer hon möter, och därför är det nödvändigt med regler som vägleder hennes handlande. Den avancerade nybörjaren kan genom ökad erfarenhet förbättra sitt utförande och själv eller av handledaren stimuleras till att överväga fler aspekter på en situation och tillämpa mer komplicerade regler. Den kompetenta sjuksköterskan börjar se sina egna handlingar i termer av långsiktiga mål eller planer, som hon är medveten om. I det fjärde stadiet beskrivs att den skicklige sjuksköterskan uppfattar situationer som helheter snarare än som aspekter och handlingarna styrs av maximer. Expertsjuksköterskan förlitar sig inte på analytiska principer för att sammankoppla det till den egna förståelsen i en situation med en lämplig åtgärd. Med sin erfarenhet kan hon intuitivt uppfatta varje situation och kan göra nedslag mitt i det aktuella problemområdet, utan att lägga onödigt tid på att välja mellan ett stort antal fruktlösa alternativa diagnoser och lösningar.

Socialisation

Socialisationsprocessen pågår från det vi föds och hela livet. Socialisation är en process i vilken människor lär sig sociala regler och blir medlemmar av grupper (Blais et al., 2006). Inom samhällsvetenskapligt perspektiv innebär

begreppet socialisation en process i vilken människan utvecklas från att enbart vara ett biologiskt väsen till att bli en social varelse (Lauvås & Handal, 2001). I Meads (1934, 1976) interaktionistiska socialisationsteori innefattar den generaliserade andre, de internaliserade samhälls- och gruppnormerna. Individens egna föreställningar om sig själv och andra internaliseras med föreställningar som är giltiga i det samhälle där individen ingår. Att den generaliserande andre finns närvarande i verksamheten i form av normer vilka kommer till uttryck i de öppna och dolda krav från omgivningen som ställs på sjuksköterskan och omvårdnadsarbetet har tidigare visats av Pilhammar Andersson (1994). I vår omgivning finns ett antal människor som är betydelsefulla för oss, dvs. våra ”signifikanta andra” (Mead, 1934, 1976). Det är människor som vi tycker om, lyssnar till och tar efter i olika avseende (Mead, 1934, 1976; Berg, Boglind, Leissner, Månson & Värnlund, 1975; Trost & Levin, 2004). Signifikant andra kan till exempel vara kollegor, läkare, undersköterskor, övrig personal och patienter och deras anhöriga som sjuksköterskan möter under socialisationsprocessen (Pilhammar Andersson, 1994).

Socialisation är en ständigt pågående process i vilken individen anpassar sig efter nya förhållanden och regler och utvecklar kreativt de möjligheter som finns för att kunna hantera sin livssituation. Det innebär att nya levnadsstrategier utformas och nya roller växer fram. I ett kulturellt inlärningsperspektiv pågår socialisationen både genom frivilligt efterliknande och genom att det ställs krav utifrån på anpassning. Ofta sker detta samtidigt (Liliequist, 1993). Nybörjaren anpassar sig till arbetsplatsens kultur genom att först tolka det hon ser. Nybörjaren internaliserar tolkningen i sitt tänkande och anpassar sig därefter till de förhållanden som hon möter (Bron, 1996).

Yrkessocialisation

Inom arbetslivet sker yrkessocialisationen och yrkesidentitet utvecklas (Berger & Luckmann, 1998; Lauvås & Handal, 2001) genom att normer, värderingar, attityder och handlingsmönster vilka hör till yrket internaliseras (Berger & Luckmann, 1998; Lauvås & Handal, 2001). Det är genom inträdet i arbetslivet som individen förvärvar kunskap, yrkesfärdigheter och utvecklar en identitet som kännetecknar professionen samt vinner medlemskap i yrkesgruppen (Cohen, 1981; Becker Hentz, 2005). Yrkessocialisationen går inte att undvika om nybörjaren önskar bli medlem av den kultur som finns inom yrket. Genom yrkessocialisation säkerställs en viss konformitet med de oskrivna regler som gäller för beteende, åsikter och attityder som professionella inom yrket uppvi-

sar (Lauvås & Handal, 2001). Individerna socialiseras in eller övar in sig i sätt att handla och sätt att tänka, i en viss kultur. Dessa sätt att handla och tänka menar Molander (1998) utgör tysta förutsättningar för att förstå andra människor och samhället.

Det handlar inte bara om att ha kompetens för det arbete som skall utföras, utan även om att bli medlem i den kultur som den nyutexaminerade sjuksköterskan skall ingå i. Enligt Hellesnes (1975), kan två former av socialisation urskiljas, anpassnings- och formningssocialisation. Anpassningssocialisation kan förstås som en passiv form där personen uppfyller den funktion som tilldelats utan att tänka på vilka maktförhållande och sociala processer som kan ligga bakom och som personen kanske bidrar till att fastlägga och upprätthålla. Personen socialiseras passivt in i rådande kultur. Formningssocialisation innebär däremot en medvetenhet om den socialisation som pågår och personen prövar att ta till sig situationen genom eget förnuft. Personen är medveten om att socialisation pågår och kan ta ställning till det som händer med sig själv under socialisationsprocessen.

Tillhörighet och acceptans i arbetsgruppen kan vara avgörande för lärandet. Ett problem som kan ses är att vissa traditioner inte bara är av godo utan kan innebära en risk för att föråldrade och mindre lämpliga normer och värderingar bevaras (Mogensen et al., 2006). Genom mötet med de handledande sjuksköterskorna reproduceras inte bara yrkeskunnande utan de nyutexaminerade sjuksköterskorna förväntas även anpassa sig till den rådande kulturen som finns på arbetsplatsen.

Sjuksköterskans yrkessocialisation

Den nyutexaminerade sjuksköterskan socialiseras in i rådande normer och värden som finns inom verksamheten, genom öppna och dolda regler. Öppna regler kan exempelvis handla om en verksamhets målsättning eller lagstiftning. Dolda regler kan handla om värderingar och lojaliteter. I en engelsk studie visade Maben et al. (2006) att nyutexaminerade sjuksköterskor socialiserades in i yrket med hjälp av förtäckta regler, brist på stöd och mindre lämpliga rollmodeller. De dolda regler som förmedlades skedde via budbärare, dvs. via övrig personal. Budbärarna förmedlade vad som var tillåtet eller inte tillåtet. Det var inte önskvärt eller tillrådligt att sjuksköterskan engagerade sig i patienten, utan de uppmanades av personalen att hålla distans till patienten. Sjuksköterskan fostrades även in i att vara snabb och effektiv vilket identifierade en ”bra

sjuusköterska”. En annan dold regel innebar att passa in i arbetsgruppen och inte oroa kulturen. De nytexaminerade sjuusköterskorna försökte anpassa sig och var angelägna om att hålla tyst och att inte göra något som var oroande i praxis efter den första tiden i yrket (Maben et al., 2006).

Det finns även studier som visar att nytexaminerade sjuusköterskor utsätts för öppen kritik. Thomka (2001) visade exempelvis att nytexaminerade sjuusköterskor kritiserades inför patienter och personal. Philpin (1999) visade ett liknande resultat då de nytexaminerade sjuusköterskorna riskerade att bli utskällda inför andra, kritiserades och blev uteslutna om de misslyckades att anpassa sig till omgivningens normer. Resultatet visade att negativa sanktioner användes för att säkerställa rollärandet. Negativa sanktioner kunde även leda till att nytexaminerade sjuusköterskor övervägde att lämna yrket under den första tiden i yrket (Thomka, 2001; McKenna, Smith, Poole & Coverdale, 2003).

I motsats till att negativa sanktioner förekommer, visar flera studier, att nytexaminerade sjuusköterskor även har positiva erfarenheter under initialperioden. En studie (Hagström, Johansson & Westerholm, 2000) om sjuusköterskors socialisation in i arbetslivet och yrket visade att sjuusköterskorna hade en känsla av att de i hög grad var accepterade av sin arbetsgrupp. Även Thomka (2001) visade i sin studie att de nytexaminerade sjuusköterskorna rapporterade positiva erfarenheter såsom att de behandlades väl, med respekt och som en jämlike av andra sjuusköterskor.

Mästare – Lärling

Mästarelärlingssystemet har av tradition varit en modell som använts för handledning av studenter och nybörjare inom praktikeryrken (Johansson, 1995; Lauvås & Handal, 2001). Yrkesutbildningar inom universitet och högskolor har ofta sina rötter i lärlingsutbildningar. Enligt Askling (1987) främjade mästare-lärlingsförhållandet modell-inläring. Lärlingen ges möjlighet att ta del av beprövad erfarenhet, ett visst förhållningssätt och en yrkeskod.

”Lärlingssystem” är en beteckning som ofta används i sammanhang där lärande sker i praktiken i samspel med andra (Rogoff, 1990; Nielsen & Kvale, 1997; Lauvås & Handal, 2001). Lave och Wenger (1991) framställer lärlingssystem som ett lärande genom ”legitimt perifert deltagande” i en praxisgemenskap. Detta innebär att lärande sker i samspelet mellan den som har mer och den som

har mindre erfarenhet. Legitimt deltagande innebär att lärlingen har tillgång till och rätt att delta i en praktik. Detta kan liknas vid att nytexaminerade sjuksköterskor har rätt till sjuksköterskors praktik. Genom att ha legitimitet får den nytexaminerade möjlighet att successivt ta del av de uppgifter som pågår inom praktiken och har möjlighet att observera hur mästaren hanterar olika uppgifter och situationer. Legitimitet innebär även att lärlingen har möjlighet att samspele med dem som ingår i praktiken. Lärlingens deltagande sker först i verksamhetens periferi, för att successivt växa sig in mot de centrala aktiviteterna, och till ”full delaktighet”. Detta är en process i socialisationen som kan pågå under lång tid (Lave & Wenger, 1991). En studie (Cope et al., 2000), om studenters lärande under praktikplaceringar, visade att studenter som inte accepterades som legitima medlemmar i arbetsgruppen kände sig isolerade under praktikplaceringen. Även korta praktikplaceringar bidrog till denna känsla. Enligt Guile och Young (1998) bör en vidgning av begreppet lärlingssystem ske genom att övergå från en traditionell syn på lärlingssystem, i vilken lärlingen är involverad i ”learning by doing” och där mästaren är rollmodell, till Lave och Wengers beskrivning av arbetsplatslärande, där lärandet sker i en praxisgemenskap.

Mycket av den kunskaps- och traditionsförmedling som sker överförs från mästare till lärling (Gustavsson, 2004). För att lära sig arbetet behöver en lärling veta vad och hur hon skall göra i det dagliga arbetet. Molander (1998) framhåller att studenten måste lära sig både *hur* och *vad* genom att göra. Både Dewey (1938) och Schön (1987) betonar ”lära genom att göra”. Innebörden av ”learning by doing”, enligt Dewey (1938), är att skolan bör vara en del av samhället och inte en isolerad institution. I ett lärlingssystem tillägnar man sig kunskaper i det sammanhang där kunskapen skall användas (Nielsen & Kvale, 2000). Lärandet är på så sätt invävt i den vardagliga verksamheten. Att ha lärt sig göra något innebär att den lärande måste stå för sin handling och sin kunskap och att kunna lita på den och Molander (1993) menar att kunskap är förankrad i och genom människans aktiviteter. I denna process kan den som lär behöva hjälp av en handledare som kan beskriva handlandet. Molander (a.a.) beskriver att ibland kallas handledaren för mästare. Den som lär utför handlingar tillsammans med den kompetente mästaren (Rasmussen, 2000). En betydelsefull princip i lärprocessen är att mästaren påverkar den lärande att tänka och handla precis som det går till i en pågående problemlösningsaktivitet (Billet, 1999). Mästaren behöver inte förknippas med en mästare, utan den som lär kanske måste lära sig av flera mästare. Den nytexaminerade sjuksköterskan behöver

hjälp med att utveckla sina kunskaper för att dessa skall kunna omsättas i konkret omvårdnadsarbete. De begrepp som lärts i formella utbildningssammanhang får en mening genom att noviser lär sig genom erfarnas handling, dvs. mästaren (Josefson, 1988). Molander (1998) framhåller att förmågan att ”se” när något avviker från det som kan ses som ”normalt”, exempelvis om patienten visar tecken på att inte ”må bra” trots att blodprovsanalyser visar normala värden, är en kunskap som inte kan förvärfvas i textbokskunskap. Förmågan att ha en ”klinisk blick” förvärfvas i vardagspraktiken. Genom att sjuksköterskan ser, känner och luktar och utvecklar det som brukar kallas en ”klinisk blick”. Förståelsen och handlingen ger orden innebörd. För nyutexaminerade sjuksköterskor i studien handlar det om att förvärva förmågan att ”se” det som avviker från det ”normala” (Molander, 1993) och bedöma patientens omvårdnadsbehov i mötet med patienten.

Tidigare forskning

I följande avsnitt kommer tidigare forskning att presenteras. Inledningsvis beskrivs sjuksköterskestuderandes föreställningar om yrket. Därefter följer handledningens betydelse, samt övergången från student till arbete som sjuksköterska.

Föreställningar

Studenters föreställningar om yrket

Redan när studenterna påbörjar utbildningen har de föreställningar om det kommande sjuksköterskeyrket. Föreställningar som finns om yrket kan, enligt Dahlborg-Lyckhage (2003), återfinnas i de dimensioner av yrket, dvs. den psykologiska, den administrativa och den intellektuella, som Nightingale beskrev i mitten av 1800-talet. Dessa föreställningar, som kan förändras under utbildningstiden, har betydelse för synen på yrkets innehåll (Dahlborg-Lyckhage, 2003; Lilja Andersson, 2007).

Flera studier (Pilhammar Andersson, 1991; Dahlborg-Lyckhage, 2003; Lilja Andersson, 2007) visar att studenterna har en traditionell medicinsk syn på sjuksköterskeyrket. Föreställningar om sjuksköterskans arbetsuppgifter utgår från ett uppgiftscentrerat synsätt med fokus på ”görandet” (Pilhammar Andersson, 1991). Studierna (Pilhammar Andersson, 1991; Dahlborg-Lyckhage, 2003; Lilja Andersson, 2007) visar också att de medicinskt orienterade före-

ställningarna som studenterna har kommer från tidigare vårdutbildning, tidigare vårderfarenhet, anhöriga, vad andra berättat, egna upplevelser av att ha varit patient eller anhörig, media och vårdverksamhetens bilder.

Dessa traditionella föreställningar påverkar även studentens syn på vilket utbildningsinnehåll som anses vara det viktigaste. Medicinsk vetenskap anses vara det viktigaste utbildningsinnehållet enligt studenterna (Lilja Andersson, 2007). Dessutom anser studenterna att det krävs omfattande medicinska kunskaper för att klara av sjuksköterskans yrkesansvar. Det är inte förrän studenternas föreställningar om vikten av medicinsk vetenskap i utbildningen omvärderas som de kan ta till sig omvårdnadsämnet och förlita sig på att klara utbildningens och yrkets krav (Lilja Andersson, 2007).

Handledningens betydelse under och efter grundutbildningen

Klinisk handledning under utbildningen

Handledning under utbildningen spelar en central roll för den kunskapsbildning som kommer till stånd hos studenter och deras insyn i sjuksköterskekulturen. Det handlar exempelvis om att få en nyanserad uppfattning om variationen i sjuksköterskans arbete och en bild av den tänkta yrkesrollen (Fagerberg & Kihlgren, 2001; Nilsson, 2004). Handledningen har även betydelse för studentens identitetsutveckling som sjuksköterska (Pilhammar Andersson, 1997). Dessutom handlar det om att få träna sig på att fungera som sjuksköterska och ta fullt ansvar för arbetet på avdelningen (Fagerberg & Kihlgren, 2001).

Handledaren har flera funktioner att uppfylla under studentens utbildning. Handledaren beskrivs i en studie (Pilhammar Andersson, 1991) som introduktör, rollmodell, den som legitimerar handlingar och den som bekräftar studentens perspektiv. De sistnämnda funktionerna överensstämmer med en annan studie (Lindberg-Sand, 1996), i vilken studenterna upplever att handledningen fyller funktionen att få bekräftelse av handledaren på utfört arbete och att få möjlighet till att självständigt få utföra sjuksköterskeuppgifter. Det handlar om att, som student, få möjlighet att i en positiv miljö träna sig på att utöva yrket. Löfmark och Wikblad (2001) påtalar att det är av betydelse att handledare och personal tillhandhåller studenten en bra klinisk utbildning.

Handledning och mentorskap efter grundutbildningen

Handledning spelar en viktig roll för nyutexaminerade sjuksköterskor under deras första tid i yrket (Bartlett, Simonite, Westcott & Taylor, 2000; Fagerberg

& Kihlgren, 2001; Hardyman & Hickey, 2001; Nilsson, 2004). Enligt Nilsson (2004) är det betydelsefullt att det finns olika stödresurser runt den nyutexaminerade sjuksköterskan som kan ge adekvat och värdefull återkoppling på hur den nya yrkesrollen fungerar. Som stödresurser är handledare och mentorer centrala personer för nyutexaminerade sjuksköterskor i utvecklingen av yrkesrollen (a.a.). Dessa stödresurser anses dessutom av nyutexaminerade sjuksköterskor vara de mest användbara resurserna under den första perioden i yrket (Brown & Edelman, 2000). Erfarna sjuksköterskor verkar vara betydelsefulla resurser för nyutexaminerade sjuksköterskor under introduktionsperioden. Erfarna sjuksköterskor kan (Ramritu & Barnard, 2001) ge värdefull assistans, råd och stöd till nyutexaminerade sjuksköterskor i vården av patienten. Viktiga aspekter som har identifierats i handledningen av nyutexaminerade sjuksköterskor är att de får konstruktiv kritik av handledare på sina yrkesfärdigheter, lär nya färdigheter och utvecklar självförtroendet (Hardyman & Hickey, 2001). Handledningen fyller dessutom en viktig funktion för att nyutexaminerade sjuksköterskor ska kunna hantera de svårigheter som de möter under sin första tid i yrket (a.a.). Det handlar om den rädsla som nyutexaminerade sjuksköterskor känner inför det ansvar som följer med yrkesrollen och de svårigheter som finns i att hantera den (a.a.). I sådana situationer ger handledarna stöd och råd till den nyutexaminerade sjuksköterskan. Maben et al. (2006) beskriver att hos de nyutexaminerade sjuksköterskor som får stöd ökar självförtroendet, förmågan att hantera omgivningens krav i arbetet och arbetstillfredsställelsen.

Även mentorskap visar sig bidra till positiva effekter. Mentorskapet kan reducera arbetsrelaterad stress som nyutexaminerade sjuksköterskor upplever när problem och svårigheter uppstår i arbetet (Beecroft, Santner, Lacy, Kunzman & Dorey, 2006). Mentorn ger vägledning och stöd, vilket underlättar stresshanteringen hos den nyutexaminerade sjuksköterskan (a.a.). Även regelbundna samtal har visat sig vara betydelsefulla för att underlätta stresshantering. Ronsten, Andersson och Gustafsson (2005) visar i sin studie att om den nyutexaminerade sjuksköterskan samtalar med mentorn kan hon lättare verbalisera sin yrkesroll och arbetssituation. Detta innebär att om ömsesidig respekt finns i dialogen mellan mentorn och den nyutexaminerade sjuksköterskan kan det underlätta att tala om den nya yrkesrollen. Mentorskapet visar sig även ge möjligheter att förstå och ökar förmågan att tolka omvårdnadssituationer, känslor, erfarenheter och värderingar (a.a.).

Även om handledning och mentorskap visar positiva effekter är det inte en självklarhet att alla nyutexaminerade sjuksköterskor får dessa stödresurser under den första tiden som yrkesverksamma. I en studie (Maben et al., 2006) framgår att få nyutexaminerade sjuksköterskor ges ett bra stöd under den första tiden i yrket. När bra stöd saknas kan den nyutexaminerade sjuksköterskan påverkas negativt. Detta kan, som i en studie (Maben et al., 2006), visa sig genom sänkt självförtroende, minskad förmåga att hantera krav i arbetet och negativ påverkan på arbetstillfredsställelsen. En bidragande orsak till att nyutexaminerade sjuksköterskors stöd minskar under övergångsperioden är när handledarnas arbetsbelastning är hög (Fox, Henderson & Malko-Nyhan, 2005). När inte handledning finns i tillräcklig omfattning uppstår en känsla av isolering och brist på stöd (a.a.).

Övergången från student till nyutexaminerad sjuksköterska

Övergången en svår upplevelse

Övergången mellan utbildning och yrkesliv upplevs svår av många nyutexaminerade sjuksköterskor och ibland rent av chockartad eller som Lindberg-Sand (1996) uttryckte det, ett ”stålbäd” (Kramer, 1974; Kapborg & Fischbein, 1995; Lindberg-Sand, 1996; Kelly, 1998). Detta beskrivs som en kulturell företeelse i övergången från studeranderollen till sjuksköterskerollen. Kramer (1974) påtalar att det finns två synbara subkulturer, den professionella yrkesroll som förstärks under utbildningstiden och den byråkratiska yrkesroll som vårdkulturen belönar, bestående av egna värdesystem. När dessa kulturer möts resulterar det i vad Kramer benämnde ”reality shock”. I en svensk studie (Nilsson, 2004), där nya sjuksköterskor deltar i ett traineeprogram, framgår inga tecken på att de varit utsatta för en kulturchock eller ett ”stålbäd”. Däremot vittnar studien om att sjuksköterskorna har en känsla av otillräcklighet i vissa situationer. Resultaten i studierna ovan skiljer sig åt vilket kan bero på den långa tidsperiod som finns mellan dem. Mellan Kramers (1974) respektive Nilssons (2004) studie skiljer tre decennier. En annan orsak kan vara olika länders kulturella skillnader och olika sjukvårdssystem. Skillnaderna kan även handla om att nyutexaminerade sjuksköterskors svårigheter under den första tiden i yrket har uppmärksammats och att nyutexaminerade sjuksköterskor ofta erbjuds introduktionsprogram (Greenwood, 2000; Socialstyrelsen, 2002). Nationella och internationella studier visar att introduktionsprogram underlättar övergången

från student till nyutexaminerad sjuksköterska (Nilsson, 2004; Ronsten et al., 2005; Beecroft et al., 2006), därför att programmen ger möjlighet att få stöd och adekvat och värdefull återkoppling på hur man klarar sitt nya yrke (Nilsson, 2004).

Stress under övergångsperioden

Stress är ett tillstånd som ofta kännetecknar nyutexaminerade sjuksköterskors första tid i yrkeslivet (Kelly, 1996; Lindberg-Sand, 1996; Oermann & Garvin, 2002; Chang & Hancock, 2003; Nilsson, 2004; Beecroft et al., 2006). Studierna visar att det finns olika orsaker till att uppleva stress under övergångsperioden från utbildning till vårdverksamhet. Det kan handla om olika krav från omgivningen, stress i yrket som associeras med känslor av belastning och tvektigheter, en ängslan över att vara nyutexaminerad sjuksköterska, de egna och omgivningens oklara förväntningar, en rädsla för att göra fel i behandlingsarbetet, att inte klara av akuta situationer och att försöka hålla samma tempo som erfarna sjuksköterskor (Kelly, 1996; Lindberg-Sand, 1996; Thomka, 2001; Oermann & Garvin, 2002; Chang & Hancock, 2003; Nilsson, 2004). Oermann och Garvin (2002) fokuserar på stress och utmaningar som nyutexaminerade sjuksköterskor upplever i USA, under den första tiden i yrket, och de identifierar flera stressfaktorer såsom att: inte känna sig säker och kompetent, göra misstag på grund av ökad arbetsbelastning och ökat ansvar, och att träffa på nya situationer, miljöer och procedurer. Studien visar vidare att det inte finns något samband mellan stress och ålder eller tidigare arbetslivserfarenhet. Flera studier beskriver att stress kan reduceras med hjälp av olika stödinsatser från handledare, mentorer, erfarna sjuksköterskor och arbetsgivare (Brown & Edelmann, 2000; Ramritu & Barnard, 2001; Nilsson, 2004; Beecroft et al., 2006). Även om stort behov av stöd finns kan det vara svårt för nyutexaminerade sjuksköterskor att få det stöd som krävs såväl under den första tiden i yrket som efter att introduktionsprogrammet avslutats (Kelly, 1998; Dearmun, 2000; Thomka, 2001; Reising, 2002; Maben et al., 2006).

Studenters förväntningar på stöd

Sjuksköterskestuderande har redan under studietiden förväntningar på att stöd finns i form av introduktionsprogram (Heslop et al., 2001) och de eftersöker introduktionsprogram som ger möjlighet till vägledning och stöd i yrkesutövningen. Dessutom förväntar sig studenterna att, som nyutexaminerade sjuksköterskor, få ett anpassat stöd av handledare under introduktionsprogram. I handledarnas stöd ingår att studenterna ska få kontinuerlig feedback på sitt

yrkesutövande. De förväntningar som finns på stöd och kontinuerlig feedback kan, enligt Heslop et al. (a.a.), handla om att studenterna inte känner sig tillräckligt förberedda för att vårda flera patienter samtidigt inom en patientgrupp, vårda patienter med komplexa hälsoproblem och kunna kommunicera vården av patienter med läkare (a.a.).

Sammanfattning

Forskning visar att samhällets syn på sjuksköterskeyrket påverkar studenter och nyutexaminerade sjuksköterskors bild av sjuksköterskeyrket. Detta kan förklaras med att sjukvården är högspecialiserad, behandlingsintensiv och att sjukvården eftersträvar effektiva arbetsätt. Dessutom har det naturvetenskapliga och medicinska perspektivet varit framträdande inom sjukvården. Detta perspektiv kan förklara de medicinskt orienterade krav och föreställningar som finns hos personalen och som studenter och nyutexaminerade sjuksköterskor möter i verksamheten. Budskapet, öppet eller dolt, som framställs från personal till studenter och nyutexaminerade sjuksköterskor är att medicinska kunskaper är det viktigaste för att klara av uppgifterna. Det kan därför vara så att de kliniska handledarna prioriterar att handleda i dessa uppgifter som studenter efterfrågar i hög grad under utbildningen. De kliniska handledarna tycks ha stor betydelse för hur studenter och nyutexaminerade sjuksköterskor betraktar sjuksköterskeyrket och vilken kunskapssyn som förmedlas. Handle-darnas betydelse innebär också att ett stort ansvar vilar på dom för vad som förmedlas och på vilket sätt. Handle-darna kan således bidra/påverka att nya sjuksköterskor upplever arbetsrelaterad stress och oro för att klara av yrkesutövningen. Om yrket framställs genom alltför höga krav kan detta understödja att nyutbildade inom yrket söker sig till arbetsplatser där introduktionsprogram ges. Kraven kan även leda till rädsla och oro över att inte klara av yrket och att göra fel i omvårdnadsarbetet.

DEL 2

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Den teoretiska utgångspunkten för att söka förståelse för hur den nyutexaminerade sjuksköterskan interagerar med andra aktörer och den miljö där interaktionen sker har tagits i symbolisk interaktionism. Studien handlar om att förstå hur den nyutexaminerade sjuksköterskan socialiseras in i yrket på arbetsplatsen i samspel med övrig personal.

Symbolisk interaktionism

I symbolisk interaktionism tas utgångspunkten i människans liv i grupp och mänskligt beteende (Blumer, 1969). Enligt Taylor och Bogdan (1984) försöker interaktionistisk forskning få svar på exempelvis frågan: ”How people define themselves, others, their settings and activities?” (s. 136). Den nyutexaminerade sjuksköterskan och personalgruppen är delar av vårdverkligheten och symbolisk interaktionism har använts som ett verktyg, för att förstå den nyutexaminerade sjuksköterskans vårdverklighet, hur hon interagerar med personalgruppen och sig själv och finner mening under introduktionsperioden (Trost & Levin, 2004). Ett sätt att förstå och finna kunskap om hur nyutexaminerade sjuksköterskors lärande och socialisation sker på arbetsplatsen är att utgå från hur de själva beskriver detta. Det handlar även om att förstå hur den sociala interaktionen sker i mötet mellan den nyutexaminerade sjuksköterskan och läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Den nyutexaminerade sjuksköterskan formas av det samhälle hon är en del av och den personal hon interagerar med. När den nyutexaminerade sjuksköterskan bryter mot de regler eller normer som finns störs den sociala ordning som råder på arbetsplatsen, och regelsystemet görs synligt och tillgängligt för forskarens analys.

Enligt Blumer (1969) hör två viktiga begrepp till symbolisk interaktionism, interaktion och handlingar. Interaktion innebär en process där den nyutexaminerade sjuksköterskan själv eller tillsammans med andra aktörer agerar på något sätt. Detta utgör en förutsättning för aktörernas förmåga att ta varandras roller och att kunna sätta sig in i hur de tänker och känner (Mead, 1934; Blumer,

1969; Trost & Levin, 2004). I studien handlar det om att den nyutexaminerade sjuksköterskan måste kunna förstå hur personalen tänker och vad de säger och gör, för att kunna lära i arbetet. Genom att den nyutexaminerade sjuksköterskan talar och samspelar med annan personal i olika vårdssituationer skapas mening med vad hon gör, ser och tänker. Detta sker genom ett gemensamt språk och symboler. Språket är en del av människans sociala beteende och utvecklas genom icke-verbala och verbala gester (Mead, 1934).

Människor är sociala och därför kommunicerar de känslor, önsknings och behov med andra och detta sker med hjälp av verbalt och icke verbalt språk. För att de talade orden, handlingar och beteenden ska uppfattas som symboler, måste de vara meningsfulla och signifikanta av alla aktörer som är berörda i ett sammanhang och att det hela skall vara avsiktligt. Den mening symbolerna har för människan är även beroende av hur personen definierar situationen. Dessutom måste de ha en likartad mening för aktörerna för att kunna utgöra signifikanta symboler (Mead, 1934; Trost & Levin, 2004). Det är genom respons från signifikanta andra som den nyutexaminerade sjuksköterskan har möjlighet att tänka efter och planera för sitt fortsatta handlande i en vårdssituation.

Blumer (1969) beskriver tre grundläggande premisser för symbolisk interaktionism: Människan handlar utifrån den mening sakerna har för dem, sakernas mening härleds ur eller uppkommer ur den sociala interaktionen människan har med andra, och meningen används och revideras genom en tolkningsprocess som används av människan när hon stöter på olika saker. Människor tolkar och definierar företeelser allteftersom de ställs inför skilda situationer. Att tolkningarna blir olika för olika människor handlar om att människor har olika erfarenheter och att de har lärt sig att olika sociala företeelser har olika meningar. Människan lär sig se företeelser på ett visst sätt och upplever situationen olika. Tolkningsprocessen är dessutom dynamisk. Hur människan tolkar något beror på vilka tolkningsmöjligheter som finns tillgängliga och vilken vikt som läggs vid meningen (Taylor & Bogdan, 1984). För att den nyutexaminerade sjuksköterskan ska förstå yrkets innehåll krävs att hon och den erfarna sjuksköterskan tolkar varandra. Den nyutexaminerade sjuksköterskan måste försöka tolka och förstå den erfarna sjuksköterskans förklaringar och den erfarna sjuksköterskan måste försöka tolka och förstå den nyutexaminerade sjuksköterskans utgångspunkt och referensram, vilket är, enligt Bron och Lönnheden (2005) en grund för att förstå.

Symbolisk interaktionism ger i denna studie en möjlighet att förstå och förklara hur nyutexaminerade sjuksköterskor lär i yrkesarbetet och hur hon socialiseras in i yrkeslivet. Det teoretiska perspektivet ger möjlighet att förstå olika skeende i olika situationer och i interaktioner som den nyutexaminerade sjuksköterskan är delaktig i. Det ger en möjlighet att förstå och förklara olika situationer och händelser som uppstår i den sociala interaktionen mellan den nyutexaminerade sjuksköterskan och dennes omgivning såsom socialt samspel och sociala processer som kan vara av betydelse för dennes lärande och yrkes-socialisation.

DEL 3

ETNOGRAFISK METOD

Inom etnografisk forskning kan utgångspunkten tas i symbolisk interaktionism, där människan ses som en social varelse och i interaktion med andra deltar i den empiriska världen. För att nå syftet med studien, att analysera och beskriva hur nyutexaminerade sjuksköterskor som ingår i ett introduktionsprogram socialiseras in i yrket, valdes etnografisk metod. Den etnografiska forskningsmetoden gav möjlighet att följa processerna som pågick och som nyutexaminerade sjuksköterskor ingick i, och därför har det varit ett naturligt val för att kunna studera interaktioner, händelser, handlingar och kulturella fenomen i naturliga situationer under sjuksköterskornas inskolning.

Vid etnografiska studier deltar forskaren öppet eller dolt i människors dagliga liv under en längre period, iakttar vad som händer, lyssnar till vad som sägs, ställer frågor och belyser problem som är i fokus i forskningen. För att kunna förstå vad människor gör och varför finns behov av att lära sig den kultur som människorna befinner sig i (McGarry, 2007). Värdet av etnografi som social forskningsmetod vilar på existensen av variationer i kulturella mönster mellan och inom samhällen och deras betydelse för att förstå sociala processer (Hammersley & Atkinson, 1997).

Målet med det etnografiska tillvägagångssättet är att upptäcka inte verifiera eller falsifiera förutbestämda hypoteser eller teorier. Detta ger möjlighet att studera människor i deras sociala miljö (Neuman, 1998). Vikten av att kunna följa processer snarare än att studera människor under en längre tidsperiod betonas av Jeffrey och Troman (2004). I studien har med Jeffrey och Tromans (a.a.) definition ett selektivt intermittent närmande valts, vilket innebär att forskningen pågått under längre tid, sju och en halv månad, men att forskaren inte varit närvarande under hela perioden. Enligt Alvesson och Sköldberg (1994) kan även kortare nedslag i empirin ses som etnografi. Anledningen är att det inte finns någon början eller slut i det sociala liv som människor lever. Det handlar om att försöka fånga hela processer och producera en tät beskrivning (Jeffrey & Troman, 2004). En etnografisk forskare undersöker och fångar multipla perspektiv i ett naturligt sammanhang. Forskningsfältet betonas inte som en förgiven naturlig enhet, utan någonting som människor konstruerar (Atkinson,

Coffey, Delamont, Lofland & Lofland, 2001). I denna studie handlar det om att studera de nyutexaminerade sjuksköterskornas sociala miljö, dvs. under deras inskolningar.

Reflektion

Något som är en väsentlig del inom den etnografiska metoden är *reflektion*. *Reflektionen* involverar forskaren som en del av den sociala värld som studeras (Alvesson & Sköldberg, 1994; Hammersley & Atkinson, 1997; Pellatt, 2003). Alvesson och Sköldberg (1994) poängterar vikten av att som forskare gå omsorgsfullt och reflektivt fram och fundera över vad det empiriska materialet betyder och varför vissa tolkningar görs innan uttalande om verkligheten görs. Genom forskningsprocessen sker en konstruktion av den sociala verklighet där forskaren interaktivt samspelar med deltagare i forskningen. Forskaren skapar bilder för sig själv och andra hur verkligheten kan förstås, vilket kan innebära att forskaren bortser från alternativa tolkningar. Reflektion handlar om att ifrågasätta svagheter i det tänkande som forskaren kan vara instängd i. I denna studie var det viktigt att inta en öppen och ifrågasättande inställning till vad jag redan visste om fältet sedan tidigare som sjuksköterska, lärare och verksamhetsutvecklare och hur detta kunde tänkas påverka vad som kom att fokuseras under observationerna och de tolkningar som gjorts.

Forskaren är själv huvudinstrumentet för datainsamlingen. Forskarens subjektiva omdöme i relation till vad som observeras, vem som intervjuas är centralt i motsats till den positivistiska forskningen, där objektivitet och kontroll betonas. En medvetenhet om subjektivitetens roll hos forskaren är betydelsefull. Även om metoden är induktiv innebär inte detta att forskaren är fri från en förförståelse.

Beroende på de val och beslut som görs av forskaren kommer forskningsresultatet att påverkas, vilket förutsätter att forskarens egna handlingar görs tillgängliga för analys på samma sätt som görs för övriga deltagare i studien. Forskaren måste medvetandegöra de beslut som tas och vilka motiv som ligger bakom dessa. Forskarens handlingar skall tydliggöras i forskningsrapporten, eftersom det ger läsaren en möjlighet att följa hur resultaten relateras till observationerna (Pilhammar Andersson, 1996; Ashworth, 1997). Detta ger läsaren en möjlighet att värdera resultatet. Precis som övriga deltagare har även jag som forskare en förförståelse och blir en del av den sociala värld som studeras.

Min förförståelse är grundad i mångårig erfarenhet inom vården, som lärare för blivande sjuksköterskor och som verksamhetsutvecklare inom landstinget. Av dessa år som verksamhetsutvecklare har jag bl.a. ägnat mig åt utveckling och genomförande av mentorprogram för nyutexaminerade sjuksköterskor och åt utbildningsfrågor med inriktning mot olika yrkeskategorier. Jag har främst erfarenhet av att arbeta inom kirurgisk vård i vårdmodeller som parvård och gruppvård där fokus varit helhetssyn på patientens omvårdnadsbehov.

Med bakgrund i den beskrivna förförståelsen och förtrogenheten med fältet och utbildningen är det viktigt med ett kritiskt förhållningssätt till studien. Det handlar om att förhålla mig kritisk till min egen roll som sjuksköterska och verksamhetsutvecklare och vara medveten om att detta kan utgöra felkälla. Förförståelsen kan dels ses som en risk, och dels som en tillgång. Fördelen kan bestå i att vara sjuksköterska och förtrogen med fältet och, som lärare vara insatt i den aktuella utbildningen. Detta ger möjligheter att förstå sjuksköterskans arbetsfält och den utbildning som nyutexaminerade sjuksköterskor genomgått och att kunna ställa relevanta frågor. Nackdelar kan dock finnas utifrån min förförståelse i såväl datainsamling, analys och tolkning. Risken finns att jag förbisett något av vikt för de nyutexaminerade sjuksköterskorna, att jag tagit deras verklighet för given eller att jag övertolkat något i de händelser som utspelat sig i verksamheten. Detta manade mig till ytterligare reflektioner. Reflektionerna har varit en aktivt pågående process om hur min bakgrund och förförståelse påverkat materialet.

Jag som forskare får hela tiden ställa mig frågor som ”Varför vet jag det här?” ”Varför tänker jag på det här sättet?” ”Kan det förhålla sig på ett annat sätt?” ”Är det min förförståelse som får mig att tolka det på detta sätt?” osv. Det handlar om att pendla mellan närhet och distans för att kunna reflektera över min egen förförståelse och den situation jag deltagit i.

Emic och etic

Två begrepp som är viktiga att ta ställning till som forskare inom den etnografiska studien är emic och etic, vilka utgör studiens epistemologiska utgångspunkt. Emic och etic är allmänna begrepp inom etnografi och de relaterar till den tidigare beskrivningen om reflexivitet (Morse, 1994). Det handlar om att se och beskriva världen utifrån deltagarnas och/eller forskarens perspektiv. Att som forskare utgå från ett emic-perspektiv innebär att utgå från deltagarnas sätt

att se, uttrycka och tolka företeelser. Streubert och Carpenter (1999) beskriver emic-perspektivet på följande sätt: ”The emic is the native’s view, which reflect the cultural group’s language, beliefs and experiences” (s. 148).

Etic-perspektivet är forskarens perspektiv. Forskarens begrepp och vetenskapliga förklaringar används för att beskriva deltagarnas kultur (Pilhammar Andersson, 1996). Etic-perspektivet beskrivs av Streubert och Carpenter (1999) så här: ”The etic view of outsiders with interpretation” (s. 148).

Båda perspektiven är viktiga för att förstå varför medlemmar i en speciell grupp gör vad de gör och de är nödvändiga för att försöka förstå och exakt beskriva situationer och beteende (Morse, 1994). Det handlar om att få fram trovärdighet i data. Ett sätt är genom att jag själv deltagit i de situationer som den nyutexaminerade sjuksköterskan befunnit sig i och kunnat ställa frågor i situationen. Det gäller att få fram den troligaste förklaringen till olika företeelser som den nyutexaminerade sjuksköterskan känner till (emic) eller den troligaste förklaringen till vad som sker i situationen (etic) (Leininger, 1994; Pilhammar Andersson, 1996).

Tonvikten läggs på olika perspektiv hos olika forskare, men oftast används båda ansatserna. Ur ett emic-perspektiv finns en risk i forskningsprocessen att forskaren blir native, vilket innebär att forskarrollen lämnats till förmån för deltagarrollen (Aspers, 2007). Detta innebär att forskaren ser fältet på samma sätt som deltagarna och att forskaren betraktar allt som naturligt och oproblemiskt, och därmed går förmågan att beskriva vad som skett förlorad (Pilhammar Andersson, 1996; Aspers, 2007). Från ett emic-perspektiv bildas begrepp och kategorier utifrån deltagarnas synsätt och vid analys och beskrivning av dess kategorier och begrepp samt hur de relaterar till varandra tas utgångspunkten i ett etic-perspektiv (Pilhammar Andersson, 1996). I denna studie handlar det om att ta fasta på de nyutexaminerade sjuksköterskornas sätt att se, uttrycka och tolka sin första tid i yrkesarbetet. I detta innefattas hur de nyutexaminerade sjuksköterskorna samspekar med andra människor i sin omgivning och hur sociala och kulturella processer kan vara meningsfulla för lärande och yrkessocialisation, dvs. att försöka förstå och beskriva de nyutexaminerade sjuksköterskornas yrkessocialisation från deras perspektiv.

Etnografisk metod och genomförande

En etnografisk studie kan delas in i fyra faser: förberedelse, fältstudie, analys- och tolkning samt skrivfasen. Under *förberedelsefasen* valdes lämpligt kontext för det som skulle studeras, kontakt togs med tänkbara nytexaminerade sjuksköterskor och tillstånd inhämtades från etisk kommitté. De nytexaminerade sjuksköterskorna kommer att benämnas noviser i studien. Under denna fas var det även viktigt att fundera över etiska aspekter. *Fältstudiefasen* var då forskaren befann sig ute i fältet. Det var då anteckningar började föras av de observationer som gjordes och intervjuer med nytexaminerade sjuksköterskor genomfördes. Redan i detta skede påbörjades analys- och tolkningsarbetet. I *Analys- och tolkningsfasen* utfördes den slutliga analysen och tolkningen av data. I *skrivfasen* skulle resultat presenteras i en forskningstext (Pilhammar Andersson, 1996). Här följer en beskrivning av studiens upplägg genom de fyra faserna.

Förberedelsefasen

Forskningsfält

Som forskningsfält har fyra kirurg- och fyra medicinavdelningar valts på ett länssjukhus i mellansverige. Karaktären på dessa avdelningar är patientnärmre vård, palliativ vård, medicinsk akutvårdsavdelning, kirurgisk akutvårdsavdelning och äldreomsorgsavdelning. Patientnärmre vård är en vårdmodell som ger vårdpersonal mer tid för att komma patienten närmare i vårdsituationen. Patientens behov sätts i centrum vad gäller organisation, förhållningssätt, kompetens och arbetsklimat (Inde, 2006). Detta innebar i praktiken att den stora sjuksköterskeexpeditionen användes som reception och på avdelningen fanns mindre arbetsstationer, dvs. platser där arbetslaget kunde arbeta med vårddokumentation och telefonsamtal. Arbetsstationen rymde plats för högst en till två personer. Detta för att inte personalen skulle bjudas in till sociala möten. Jag kunde dock iaktta, under observationerna, att sociala möten ofta förekom vid arbetsstationerna. I arbetsstationen fanns plats för dator, läkemedelvagnar och journalhandlingar för de patienter som ingick i patientgruppen. Arbetsgruppen arbetade i team, och personalen skulle ta ett gemensamt ansvar för helheten i arbetet. Det var svårt att uppfatta att det förhöll sig på detta sätt även om medicinskt ansvarig sjuksköterska fanns på arbetsstationen nära övriga i teamet. Inom arbetsteamet ingick oftast två sjuksköterskor där en var medicinskt ansvarig för patientgruppen. Den handledande sjuksköterskan och novisen kunde fungera som medicinskt ansvariga. Det verkade viktigt att novisen skolades in

i den medicinskt ansvariga sjuksköterskefunktionen. Patientgruppen bestod av cirka åtta patienter. Inom övriga avdelningar arbetade personalen i team med en patientgrupp och med en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Valet av ett stort sjukhus har varit till fördel, genom tillgången till fler nytexaminerade sjuksköterskor samt specialiteter. Även om det är en bredd som söks i olika specialiteter är inte min avsikt att söka jämförelser, utan att kunna förstå och beskriva hur nytexaminerade sjuksköterskor lär i arbetet och socialiseras in i yrkeslivet.

Urval och undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen utgörs av nytexaminerade sjuksköterskor som anställdes under januari månad 2004. Personalenheten på sjukhuset har bidragit med namn på 19 nytexaminerade sjuksköterskor. Samtliga tillfrågades av forskaren om deltagande i studien och en avböjde. Två av noviserna slutade sin tjänstgöring inom två respektive sex månader. Två av noviserna har huvudsakligen arbetat natt, men har deltagit under hela undersökningsperioden. Undersökningsgruppen består således av 18 noviser varav 2 är män. Av dessa har 16 deltagit i hela studien.

Novisernas ålder varierar mellan 23 och 46 år ($m = 29,2$ år, $md = 24,5$ år). Erfarenhetsbakgrund inom vårdverksamhet sträcker sig förutom utbildningstiden från ingen alls till 25 års erfarenhet. Några har arbetat som undersköterskor under många år. Andra har sommararbetat inom vårdområdet inom landsting och kommun. Två har annan yrkeserfarenhet. Samtliga utom två är utbildade vid samma lärosäte.

Inom etnografisk metod handlar det om att producera en rikhaltig, detaljerad data från ett mindre antal människor. Antalet är således inte det som avgör om resultatet är trovärdigt eller inte. I denna studie har det varit viktigt att etablera en mer varaktig kontakt med ett antal noviser och att lära känna den miljö de befinner sig i (Atkinson et al., 2001). Det är genom noviserna forskaren kan få ett inifrån perspektiv och en tolkning av det sammanhang de befinner sig i. Noviserna har kunskap om vad som ska studeras, vilket de är villiga att dela med sig av (Pilhammar Andersson, 1996).

Introduktionsprogram och handledning

År 2003 togs ett beslut att införa riktlinjer och råd för introduktion i landsting-

et. Inom landstinget fanns ett årslångt introduktionsprogram. Introduktionsprogrammet har planerats i samverkan mellan personal- och utvecklingsstaben och verksamheterna. Introduktion gavs på tre nivåer: landstingsgemensam nivå, länsverksamhetsnivå och arbetsplatsnivå.

Den landstingsgemensamma introduktionen, som omfattade en dag, gav information om landstingets vision, organisation, ekonomi, utvecklingsmöjligheter och personalpolitik. Utöver detta kompletterades introduktionen för nyutexaminerade sjuksköterskor med en särskild yrkesspecifik introduktion. Dagen innehöll exempelvis information om övergripande hygienfrågor, biblioteksinformation, presentation av yrkesmässig handledning i omvårdnad. Syftet med dagen var att skapa trygghet i yrkesrollen, få tillgång till nätverk och kollegors erfarenheter och dessutom att skapa möjligheter till kompetensutveckling. Inom ramen för den landstingsgemensamma introduktionen gavs också temadagar och innehållet i dessa dagar var exempelvis palliativ vård, sjukhuskyrkan, etiska reflektioner. Dessutom erbjöds mentorskap och yrkesmässig handledning i omvårdnad under första året som nyutexaminerad sjuksköterska. Mentorskap innebar att den nyutexaminerade sjuksköterskan erbjöds en mentor, vilken var en erfaren sjuksköterska som arbetade på annan avdelning än den nyutexaminerade sjuksköterskan. Mentorn var internt utbildad inom landstinget. Mentorskapet skulle genom regelbundna samtal med mentorn ge den nyutexaminerade sjuksköterskan stöd och möjlighet att utvecklas i yrkesrollen. Yrkesspecifik handledning i omvårdnad erbjöds under ett år. Målet/syftet med handledningen var att stärka och utveckla den individuella, professionella yrkesrollen i mötet med patient och närstående. Handledningen gavs i grupp om 6-8 personer. Handledningen gavs av interna och externa handledare med utbildning inom yrkesmässig handledning i omvårdnad.

På länsverksamhetsnivå gavs information om länsverksamhetens organisation, funktion, ledning, mål, budget och samverkan.

Basen under introduktionen var den egna arbetsplatsen där presentation av arbetskamrater, rutiner och praktiska frågor kunde ställas för att få arbetet att fungera. Mål för arbetsplatsinskolningen sänkades och hur handledningen skulle ske fanns inte beskrivet. I introduktionen ingick parallelltjänstgöring med en erfaren sjuksköterska. Inom kirurgen hade ett beslut fattats att parallelltjänstgöring skulle omfatta tre månader med möjlighet till individuell anpassning. Inom medicin sänkades ett liknande beslut och där var parallell-

tjänstgöringen individuellt anpassad. Parallelltjänstgöringen omfattade, på de flesta avdelningarna, två steg där första steget omfattade en till fyra månader med erfaren sjuksköterska. Efter dessa månader planerades nästa steg i parallelltjänstgöringen då novisen successivt skulle bli mer självständig i yrkesutövandet. Den erfarna sjuksköterskan var då placerad i samma patientgrupp som novisen eller fanns som en resurs för två noviser.

Kliniska handledare och handledning

Under parallelltjänstgöringen ansvarade en erfaren sjuksköterska som handledare för novisens inskolning.

Handledarna hade fem års yrkeserfarenhet eller längre, och de hade tillfrågats av avdelningschefen om de var intresserade av att delta i klinisk handledning av nyutexaminerade sjuksköterskor. Flera handledare hade genomgått en tre-årig sjuksköterskeutbildning och några hade en 5 poängs (7,5 högskolepoängs) handledarutbildning. Något krav på genomgången handledarutbildning fanns inte. Noviserna följde mestadels handledande sjuksköterska under inskolningen förutom vid sjukdom eller då arbetspasset ändrats. Vid dessa tillfällen ersattes handledaren med en annan erfaren sjuksköterska. Oftast ansvarade handledaren och novisen för samma patientgrupp dagen efter ett kvällspass. De arbetade oftast tillsammans i olika vårdsituationer. Handledaren handledde främst i praktiska arbetsuppgifter, som exempelvis i medicin-tekniska uppgifter, förberedelser inför operation eller andra undersökningar och administrativa uppgifter.

Tillträde till forskningsfältet

För att få tillträde till forskningsfältet har flera tillstånd inhämtats inom landstinget. Skriftlig information (bilaga 2) har även delgivits berörd fackförening och till personalsekreterare. Genom denna information öppnades vägar för att få vetskap om hur många nyutexaminerade sjuksköterskor som skulle anställas under januari 2004 och inom vilka avdelningar som de skulle anställas. Personalsekreterarna kan därmed ses som gatekeepers. De öppnade vägen fram till nyutexaminerade sjuksköterskor som skulle anställas vid sjukhuset. Personalsekreterarna bidrog med listor över data som behövdes för att kunna ta kontakt med noviserna. Efter detta togs kontakt med länsverksamhetscheferna och platscheferna för att informera både muntligt, och skriftligt (bilaga 2) för att få skriftligt tillstånd att genomföra studien. En av platscheferna förstod först inte att det var en forskningsstudie, utan trodde att intervjuerna kunde ske samtidigt

med en annan studie. Platschefen fick ta del av ytterligare muntlig information och ansökan till forskningsetikkommittén.

Nästa steg var att ta kontakt med respektive vårdenhet för att informera avdelningscheferna både skriftligt (bilaga 2) och muntligt för att erhålla tillstånd för studiens genomförande. En av personalsekretärerna hjälpte till med att informera cheferna inom länsverksamhet medicin och kirurgi. En av personalsekretärerna bokade in mig på ett klinikledningsmöte inom kirurgin där jag kunde informera platschef och alla avdelningschefer på samma gång. Inom länsverksamhet medicin gavs information till var och en avdelningschef eftersom något motsvarande möte inte fanns planerat under tidsperioden. Studien mottogs på ett positivt sätt av alla cheferna. Alla berörda chefer gav tillstånd (bilaga 2) till att studien genomfördes på respektive vårdavdelning.

Att ge informationen till berörda både skriftligt och muntligt bidrog till att oklarheter kring studien kunde redas ut, exempelvis hur studien skulle gå till och min klädsel under observationerna. På flera avdelningar lämnade avdelningschefen information om studien till personalen. Detta inträffade när inte något lämpligt informationstillfälle för mig fanns att tillgå. Om något visade sig vara oklart om studien kontaktades forskaren. En undran från personalen var hur studien skulle gå till rent praktiskt och när jag skulle finnas med som observatör. Ytterligare information om detta gavs till avdelningschefen som sedan vidarebefordrade detta till vårdpersonalen. Ingen ytterligare fråga uppstod.

Nästa steg var att ta reda på vilka av de nytexaminerade sjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien. Första informationen om förfrågan och om villighet gjordes via telefon. Nitton nytexaminerade sjuksköterskor kontaktades och en avböjde deltagande. De 18 sjuksköterskor som var intresserade av att delta bokades in för muntlig och skriftlig information (bilaga 4) innan ett informerat samtycke kunde inhämtas. Den information (bilaga 4) som gavs till dem rörde forskningens upplägg, syfte, vilka som skulle ingå, längden på varje observationstillfälle respektive intervjuerna, hur länge undersökningen skulle pågå, hur resultaten skulle publiceras och att jag skulle följa de regler som gäller för tystnadsplikt beträffande patienter.

De 18 sjuksköterskor som skulle handleda de nytexaminerade sjuksköterskorna informerades skriftligt (bilaga 2) och muntligt, och informerat samtycke inhämtades. Samtliga samtyckte till medverkan.

Eftersom studien kom att bedrivas på vårdavdelningar och patientsalar påverkades även patienter av studien. Det var således viktigt att även informera patienterna, vilket gjordes av mig eller novisen i samband med dennes kontakt med patienten. Detta löstes med att jag själv så långt det var möjligt informerade patienterna om forskningsstudien. Om något skulle utföras med patienten, såsom exempelvis insättning av urinkateter, efterfrågades tillstånd från patienten om jag kunde närvara. Om ytterligare information ansågs behövas som komplement till den muntliga informationen till patienterna fanns även en skriftlig information (bilaga 1) att tillgå. Ingen patient efterfrågade dock detta. De patienter som yttrade sig något om studien ansåg att det var viktigt att studien genomfördes. Det har varit svårt att informera alla berörda parter i detalj, eftersom den etnografiska designen är flexibel i sig. Det är också svårt att informera med full öppenhet med tanke på att det sker förändringar i syfte och upplägg allteftersom nya kunskaper och insikter bildas under undersökningens gång. Det kan även vara olämpligt att informera alltför detaljerat, eftersom det kan äventyra förstahandsinformationen vid datainsamlingen (Hammersley & Atkinson, 1996).

Forskningsetiska överväganden

Med tanke på att det finns flera etiska frågeställningar i denna studie har en ansökan till etisk kommitté gjorts, där de etiska frågeställningarna kunde bedömas och därmed avgöras om studien var lämplig att utföra. En etisk ansökan skickades in hösten 2003. Problem uppstod i och med att de forskningsetiska kommittéerna skulle upphöra efter årsskiftet 2003-2004. Efter flera kontakter med Göteborgs universitets forskningskommitté och kontakt med den nya organisationen för behandling av etiska ansökningar framkom att någon etisk ansökan inte behövdes, eftersom det inte berörde patienter, utan den nyutexaminerade sjuksköterskan (SFS, 2003:460). Detta innebär dock att jag som forskare fortfarande har lika stort ansvar för forskningen som om en etisk ansökan har behandlats och godkänts. Det var exempelvis viktigt att informera om eventuella risker och fördelar som kunde vara förenat med ett deltagande i studien (Kvale, 1997). Forskningsstudien följer de etikregler som finns för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002. Hämtad 10 november, 2005, från www.vetenskapsradet.se), beträffande krav på information, samtycke, anonymitet och konfidentialitet.

Med en etnografisk metod kan flera forskningsetiska problem lyftas. Inför de nyutexaminerade sjuksköterskorna (bilaga 4) betonades att deltagandet var fri-

villigt, att vederbörande kunde dra sig ur när helst så önskades. Informerat samtycke från patienterna har inhämtats. I de patientsituationer jag har deltagit i har frågan om samtycke ställts till patienter. Vid varje möte med patienten har jag presenterat mig och bitt om tillstånd att närvara, vilket har godkänts av de patienter jag mött. Jag har även frågat om de önskar få skriftlig information om studien (bilaga 1), men ingen patient har önskat detta. Ett informationsblad (bilaga 3) om studien har även funnits på avdelningens anslagstavla. Jag har följt samma tystnadsplikt som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal (SFS, 1997:142) och som avser kännedom om enskild patient, dennes hälsotillstånd, innehåll i journaler och hur patientens rättssäkerhet kan skyddas i relation till det (SOU, 2003:99). Det har inte varit svårt att inhämta ett informerat samtycke från patienterna och ingen av dem har nekat till mitt deltagande. Jag har däremot själv valt att inte delta vid några situationer som jag uppfattat som känsliga.

Metoden innebär att många personer kommer att beröras av studien, även om det endast var den nyutexaminerade sjuksköterskan som var i fokus. En fråga som följt mig under arbetet är: Hur kan jag framställa citat och fältanteckningar på ett sådant sätt att inte noviserna skulle kunna identifieras av den läsekrets som kommer att läsa publiceringen av studien. Det är viktigt att ändra personuppgifter och andra igenkännbara data i personlighetsbeskrivningar och citat till mer neutrala beskrivningar. För att inte avslöja identiteten har information som delgivits under observationsstudien kodats med siffror och bokstäver. Att studien utförts vid ett stort sjukhus kan bidra till att det är svårare att känna igen de personer som deltagit och den miljö som finns med i studien (Holloway & Wheeler, 1995). Kvinnor såväl som män kommer att benämnas hon i resultatet med bakgrund av att endast två män deltar i studien.

Konfidentialiteten var viktig att poängtera för noviserna, att jag kommer att ha tillgång till den data och de personuppgifter som samlats in och att detta förvaras så att inga obehöriga kan ta del av dessa. Forskaren informerade även om vilka personer som kommer att kunna ha tillgång till det empiriska materialet (Hermerén, 1996). Däremot kunde inga garantier ges för att det skulle vara helt uteslutet att kunna identifiera någon av de medverkande.

Min roll som forskare

Det är viktigt att vara klar över forskarrollen under studien. Att försöka dela individernas sätt att se på sin värld utan att själv hamna i rollen som native, att

bli en av dem (Neuman, 1998). Min roll var som forskare, inte sjuksköterska eller verksamhetsutvecklare, och jag fanns där för att studera novisernas sätt att se på verkligheten.

Under observationerna intog jag rollen som deltagande observatör. Enligt Spradly (1979) använder etnografer deltagande observation som en strategi för att lyssna till människor och iaktta dem i deras vardagliga miljö. Min roll under observationerna beskrivs som närvarande i det sammanhang som noviserna befann sig inom. Att försöka gå en balansgång mellan att vara öppen för det som visar sig i sammanhanget och på samma gång försöka att så lite som möjligt träda in i de aktiviteter som pågick i vårdarbetet. Jag har endast trätt in i vårdarbetet vid tillfällen då patienten skulle förflyttas i säng på operationsavdelningen. Vid dessa tillfällen har jag och novisen förflyttat patienten tillsammans. Jag har även bidragit med en hjälpande hand om en patient skulle förflyttas högre upp eller ändra läge i sängen. Vid något tillfälle har jag hämtat ett glas vatten till patienter som bett mig om detta.

Vid ett tillfälle fick forskningen avbrytas då en novis inte behärskade injektionstekniken vid intramuskulär injektion. Jag upptäckte vid första tillfället att inte rätt injektionsteknik användes när novisen skulle ge patienten en intramuskulär injektion. När patienten efter ett tag ordinerades en upprepad dos av smärtstillande började novisen upprepa samma tillvägagångssätt som vid första tillfället. Observationen avbröts då risken fanns att patienten kunde skadas. En fråga ställdes till novisen om hur hon går tillväga vid intramuskulär injektion. Det visade sig att novisen endast hade gett intramuskulär injektion en gång tidigare under sin verksamhetsförlagda utbildning och att hon kände sig osäker. Vi diskuterade injektionstekniken för att novisen skulle ha möjlighet att försöka erinra sig rätt injektionsteknik. När novisen började reflektera och berätta hur många gånger hon utfört momentet tidigare och att hon kände sig osäker kunde detta registreras som data. Det har även förekommit vid något tillfälle att novisen ställt frågor till mig under observationstillfället. Vid dessa tillfällen var det möjligt att säga att jag inte visste, eller också kom novisen själv på varför jag var där. Vid något tillfälle har jag ändock varit i en sådan känslig situation att jag inte kunnat avstyra frågan. Det har exempelvis inträffat vid ett fåtal tillfällen i en patientsituation. Jag har då försökt svara genom att ställa en följdfråga, så att novisen varit tvungen att tänka efter själv för att komma fram till ett svar.

Genom att novisen och övrig personal varit införstådda med min forskarroll har det inte inneburit några problem med att jag inte deltagit i vårdarbetet. Vårdpersonalen har snarare betraktat mig som en ”skugga” på avdelningen. På vissa avdelningar har jag benämnts som ”skuggan”. Även patienterna har förstått att min roll var att observera novisen i vårdverksamheten och bara vid enstaka tillfällen har de bett mig utföra någon tjänst.

Min förförståelse kan ha varit både till för- och nackdel för studien. Fördel genom att jag kände till området och kunde koncentrera mig på den aktuella frågeställningen och att iaktta och förstå om något avvikande höll på att inträffa. Att jag är sjuksköterska och känd med fältet har även inneburit att jag lättare kunnat smälta in och få möjlighet att närvara under alla aktiviteter som förekom. Nackdelen kan ha varit att saker och ting tagits för självklara och att viktig data därmed missats. Genom att vara känd med området fick jag hela tiden ställa frågor till mig själv om det som iakttogs, lyssnades till och tolkades.

Klädseln under den etnografiska studien var viktigt att fundera över innan studien påbörjades. En neutral klädsel valdes för att smälta in, den markerade även att jag inte tillhörde personalgruppen (Hammersley & Atkinson, 1996). Valet föll på att använda en vit rock, en ljus t-tröja, beigefärgade byxor och svarta skor. Jag bar även namnskylt och en id-bricka. Id-bricka för att följa de bestämmelser som finns inom sjukhuset och namnskylt för att alla skulle ha möjlighet att veta mitt namn. Det här kändes viktigt eftersom forskningen var öppen och alla visste att jag fanns bland dem.

En liten anteckningsbok med hårda pärmar användes för fältanteckningar. Anteckningsboken fick precis plats i min rockficka. Den lilla anteckningsboken väckte intresse, vilket bidrog till att personalen och noviserna ofta ställde frågor om vad jag skrev. Mitt svar var att anteckningar skrevs för att kunna minnas vad som skett vid observationstillfällena. Allteftersom tiden förflöt minskade intresset för mina anteckningar.

Under de första två-tre veckorna iakttogs jag av all personal. De kontrollerade vad jag gjorde, som exempel frågade personalen vad jag iakttog i en situation. Flertalet ur personalgruppen, alla kategorier, ”skärpte” till sig, enligt mina iakttagelser. De försökte följa de regler som finns exempelvis att inte sätta sig i patientens säng under rondan. Ju mer tiden gick ju mindre iakttagen blev jag,

vilket efter ett tag resulterade i att ingen noterade var jag fanns i omgivningen. Personalen var avslappnad och gjorde som de tänkt sig oavsett om jag fanns med i situationen eller inte. Hellberg (2007) visade ett liknande scenario i sin studie, där elever och lärare vande sig vid hennes närvaro efter en tid.

Fältstudiefasen

I denna etnografiska studie har observation och intervju utgjort de datainsamlingsmetoder som använts. Deltagande observation är den övergripande strategin i studien och omfattar såväl observationer som intervjuer.

Observation

Deltagande observation handlar om att söka data i en naturlig miljö, där forskaren vistas under en längre tid i avsikt att undersöka, erfara, upptäcka det sociala liv och de sociala processer som sker i denna miljö (Emerson, Fretz & Shaw, 2001). Informella samtal har skett med noviserna under observationerna liksom bandade intervjuer.

Observationen inleddes med några heldagars pilotobservationer, för att bli bekant med sammanhanget. Observationerna har pågått under sju och en halv månad från februari till mitten av september år 2004. Intervjuerna har genomförts från mitten av januari 2004 till och med januari 2005 (figur 1).

År 2004 - 2005	Jan	Febr	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan
Observation		■	■	■	■	■	■	■	■				
Intervju	■	■		■				■	■				■

Figur 1. Tablå över observationsperiod och intervjutillfällen

Efter sju och en halv månad började en mättnad i data framträda och när några nya fynd inte kunde tillföra en utveckling i data avslutades observationerna.

Omfattningen av varje observation har varit svårt att i förväg avgöra beroende på aktivitet. Därför iaktogs vad som hände under dag- och kvällspass. För att kunna täcka in de olika aktiviteterna delades arbetspassen in i tvåtimmarsperioder under vilka observationerna skedde. Totalt har 116 observationstillfällen genomförts. Varje observation varade som minst 1,5 timmar och som mest 5,5 timmar och den sammanlagda tiden för observationerna uppgick till 299 timmar. Nattpass har uteslutits under studien.

Fältanteckningar

Under observationerna har fältanteckningar förts såväl simultant, som retrospektivt (Pilhammar Andersson, 1996). Det har varit viktigt att kunna anteckna så snart som möjligt efter avslutad observation, för att inte glömma för mycket information. Fältanteckningar vid ett observationstillfälle har omfattat cirka 15 A4 sidor med radavstånd 1,5.

Det var särskilt svårt i början att avgöra vad som var viktigt att anteckna. Därför valde jag att anteckna så mycket som möjligt. Det kändes värdefullt att kunna täcka de sammanhang som senare visade sig ha ett värde för studien. Det var viktigt att anteckna det som forskaren såg, hörde och upplevde (Hammersley & Atkinson, 1996; Streubert & Carpenter, 1999).

Anteckningarna har förts i löpande text på ena sidan av anteckningsboken. Den motsatta sidan lämnades för att där kunna skriva reflektioner och frågor. I och med de snabba skeenden som fanns i vårdsituationen fanns ingen annan möjlighet än att skriva fältanteckningarna i löpande text. I fältanteckningarna har även tider, platser, personer, situationer, handlingar och samtal noterats ner. Mitt fokus kom mer och mer att riktas mot syftet och frågorna i studien det vill säga hur noviserna lär sig i arbetet och socialiseras in på arbetsplatsen.

Pilhammar Andersson (1996) anger att fältanteckningar inte följer något givet mönster, men följande uppgifter bör finnas med: observation, tid, plats, aktivitet, innehåll och reflektion (figur 2). Detta sätt användes för att skapa ordning i materialet, för att en analys skulle kunna starta. I (figur 2) denna studie var det viktigt att lägga fokus på interaktionen mellan novis – handledare, sjuksköterska, novis – läkare och novis – undersköterska.

Observation	Plats/ Tid	Aktörer	Aktivitet	Innehåll	Reflektion
O1.N4.1 Handledande sjuksköterska kommer fram till N4 när hon skriver. Hon säger till N4 att hon ska vara med när läkaren pratar med patienten innan hemgång. Handledande sjuksköterska visar N4 vad hon ska ta upp med patienten. Att det är viktigt att säga till patienten att skriva upp avdelningens telefonnummer annars glömmar patienten det här.	Exp	Hssk, N4	Arbets- organisation	Hssk instruerar N4 att delta vid läkarsamtalet Hssk instruerar N4 om vad som skall tas upp med patienten.	Vad är detta uttryck för? bristande tilltro Förutsätter att novis inte kan Hur betraktas novisen? Okunnig? Hssk organiserar arbetet ger instruktioner

Figur 2. Ett exempel på arbetsprocessen (enl. Pilhammar Andersson, 1966).

Under datainsamlingen utgjorde reflektion ett viktigt arbetsredskap. Hur novisen betraktades av handledaren (figur 2), och i vilket sammanhang detta skedde är ett exempel. Detta låg senare till grund för att fästa uppmärksamhet på liknande eller andra sammanhang. Vissa reflektioner ledde fram till att det observerade gavs nya innebörder, nya frågor eller intuitiva hypoteser skapades (Pilhammar Andersson, 1996) vilka ledde analysarbetet framåt, medan andra förkastades då de inte ledde vidare. Att reflektera var ett sätt att öka förståelsen för hur novisen interagerade, talade och handlade i ett sammanhang.

Intervju

Intervjuer har genomförts under ett år (figur 3). Vid fyra tillfällen med 14 noviser, vid tre tillfällen med de två nattarbetande noviserna och vid två tillfällen med de två noviserna som slutade sina anställningar. Med de två sistnämnda noviserna genomfördes en intervju för att följa upp den korta period då de varit nytexaminerade sjuksköterskor inom landstinget. Totalt ingick 16 noviser under hela undersökningsperioden.

Intervjutillfällen/novis	1	2	3	4
Antal deltagande noviser		2	2	14

Figur 3. Antal utförda intervjuer.

Samtidigt med observationerna startade analysarbetet för att därigenom väcka frågeställningar och formulera frågor till intervjuerna. Syftet med intervjuerna, som bandades, var att följa upp olika händelser som uppkommit under observationen och även att fördjupa och förtydliga vissa frågeställningar som framkommit ur det som observerats. Första intervjun syftade till att novisen skulle få berätta om sin bakgrund. Det var även ett sätt för att kunna mötas på avskilt ställe innan observationen påbörjades. Andra intervjun utgick från att novisen fick berätta hur situationen förhöll sig i nuläget när ett antal veckor av inskolningen genomförts och även mot någon händelse som uppkommit under observationen. Tredje intervjun inleddes med att novisen fick berätta om hur sommarperioden varit och sista intervjun utgick från vad som varit mest utmärkande under första året som sjuksköterska i vårdverksamheten. Följdfrågor ställdes för att novisen skulle kunna utveckla sitt svar och att jag bättre skulle förstå vad som sagts och hänt under observationerna.

Intervjun har utförts på olika platser inne på vårdavdelningen. Det har varit svårt att hitta en plats för att kunna sitta ostört. Intervjuerna har utförts i dag-

rum, avdelningschefens expedition, konferensrum och personalrum. Tidslängden på intervjuerna har varierat från 30-50 minuter.

En kombination av metoder

Att använda flera metoder kan bidra till en metodtriangulering (Pilhammar Andersson, 1996; Hammersley & Atkinson, 1997), genom att fenomen beskrivs utifrån olika typer av data. Hammersley och Atkinson (1996) menar att en kombination av deltagande observation och intervjuer kan ha sina fördelar. Data från den ena metoden kan användas för att belysa den andra. Det finns även en risk med detta. Det novisen säger i intervjun kan göra att forskaren ser saker på ett annat sätt när forskaren observerar fältet. Här finns ingen färdig lösning för vad som är rätt eller fel, utan bedömning och beslut av hur forskaren skall gå tillväga ligger hos forskaren själv. Inom etnografiska studier används ofta en kombination av flera metoder för att pröva validiteten i den data som framträtt och att undersöka om data relaterar till samma begrepp från deltagande observation, intervju och/eller dokument (Hammersley & Atkinson, 1997). I denna studie har deltagande observation och intervju kombinerats för att kunna följa upp och se om data från observation och intervju relaterat till samma fenomen.

Analys- och tolkningsfasen

I analys- och tolkningsarbetet leds forskaren till att leta efter sociala perspektiv och vilken mening som, ur deltagarnas perspektiv, ges olika företeelser samt dess specifika särdrag. Utgångspunkten för denna studie är den sociala mening (jfr Blumer s. 49) människor förknippar med omvärlden och medvetenheten om det egna jaget.

Analys och tolkningsarbete började redan vid första kontakten med fältet och insamlad data. Detta hjälpte mig att bestämma nästa steg i datainsamlingen. Tolkningar är något som hela tiden pågår i fältforskning och forskaren tolkar datamaterialet genom att ge det mening, översätta det eller göra det förståbart. Ehn och Löfgren (1982) menar att tolkning är ett slags hypotes om vilken innebörd saker och ting har och svarar på frågan: Vad händer här? Tolkningar grundas på de begrepp, värden och synsätt som deltagarna själva ger uttryck åt, hur de ser på världen, hur de definierar situationer och vad det betyder för dem (Neuman, 1998). Det som är viktigt är att presentera tolkningar på ett sådant sätt att läsaren kan följa med i tolkningsarbetet. Rimligheten i tolk-

ningar kan bedömas genom att citat och utdrag ur fältanteckningar redovisas tillsammans med forskarens tolkning. Detta bidrar till att läsaren ges möjlighet att följa forskarens ställningstagande och värdera rimligheten i de tolkningar som gjorts, liksom om teman och kategorier framställts på ett kommunicerbart sätt.

I denna studie är en tema-kategorianalys utgångspunkten. Syftet med analysen är att kunna upptäcka, avslöja, tolka och beskriva hur novisen lär sig innehållet i arbetet och socialiseras in i yrket på arbetsplatsen. I analysen handlar det om att sönderdela och fingranska datamaterialet för att därefter sätta samman de meningsbärande enheterna till nya enheter som kan utgöra grunden för att finna mening eller innebörder som förklarar det mänskliga handlandet (Pillhammar Andersson, 1996).

Analyssteg I

Analysprocessen sträcker sig över en lång tid då etnografisk metod används, vilket innebär att analysprocessen startade då observationerna började. Reflektioner över det observerade utgjorde ett viktigt arbetsredskap och kom att bilda underlag till att frågor kunde formuleras till intervjuer (Figur 2). Intervjuerna gav i sin tur möjlighet till att forskaren vid efterföljande observationer kunde fästa uppmärksamhet på sådant som framkommit under intervjuerna.

De strukturerade fältanteckningarna samt de transkriberade intervjuerna har lästs upprepade gånger för att få en förståelse av vad hela materialet handlade om, dvs. hur novisen lär i arbetet och socialiseras in i yrkeslivet. Av analysen framkom att novisen sökte olika sätt för att hantera olika arbetsuppgifter och att lärande skedde i olika vårdsituationer i interaktion med handledare och övrig personal. Utifrån detta formulerades preliminära arbetshypoteser vilka utgick från novisens lärande, sätt att hantera arbetsuppgifter, patientsituationer och hennes interaktion med personalen. Arbetshypoteserna blev ett redskap att använda i den fortsatta datainsamlingen och analysen av fältanteckningar och intervjuer. Utifrån detta analyssteg kunde fyra preliminära teman formuleras: lärande, olika tekniker, patientsituationer och olika beteenden.

Analyssteg II

Efter steg I analyserades observationerna och intervjuerna var för sig, för att kunna ge varje tema ett innehåll och en innebörd. Varje tema lästes med sikte på att söka efter variationer i innebörder och innehåll i det empiriska materia-

let och utifrån detta kunde kategorier identifieras. Frågor ställdes till de olika observationssituationerna: Vad säger denna situation om lärande, tekniker, patientsituationer och beteenden. I exemplet (figur 4) visas att innehållet i temat ”Att hantera patientsituationer”, centreras kring en oförutsedd patientsituation. Novisen talar om svårigheter att hantera en patientsituation som uppstått utanför det vanliga rutinarbetet och att hon då fått stöd av andra sjuksköterskor. De preliminära teman gavs mening allteftersom analysen framskred och fick sin slutliga utformning då allt material var analyserat och hållbarheten granskats.

Fältanteckning	Innehåll	Kategori	Tema
N18 berättade att igår kväll tyckte hon att det var så rörigt att hon inte hann med, men då hade två sjuksköterskor gått in och hjälpt henne. N18 säger att det hade varit full fart på dem. Hon hade haft jobbigt under kvällen med en patient som blev arg. Patienten hade vägrat gå av toaletten, för att han inte hade fått som han ville tidigare. Patienten ville ha urinkateter. När de väl skulle sätta urinkatetern gick han inte med på det heller.	Svårigheter att hantera oförutsedd patientsituation	Att hantera oförutsedda patientsituationer	Förmåga att hantera patientsituationer

Figur 4. Exempel på analys av fältanteckningar.

Efter analysen av fältanteckningarna genomlästes intervjumaterialet i sin helhet för att få en uppfattning om innehållet. Därefter lästes materialet med utgångspunkt i de preliminära teman som emanerat ur analysen av fältanteckningarna. I exemplet nedan (figur 5) visas analysgången av intervjuer under temat. I det första ledet identifierades meningsbärande enheter, med koppling till temat, vilka kodades och sattes i relation till kategorierna. Vid analysen av intervjuerna modifierades några kategorier och från fältanteckningarna fanns det några kategorier som inte blev synliga i intervjuerna.

Intervjutext	Kod	Kategori	Tema
I: Du nämnde lite om tempo förut och så, hm...		Att hantera oförutsedda patientsituationer	Förmåga att hantera patientsituationer
N14: Ja, jo för det går bra så länge som allting liksom flyter på i vanliga banor och jag vet vad jag har, <i>men händer det någonting utöver det vanliga då blir jag rörig.</i>	Saknar beredskap för det oförutsedda.		
I: Då blir du rörig?			
N14: Ja, då blir jag jätte rörig och <i>kan tycka att det är kaotiskt</i> för ett tag då, men att <i>det brukar reda upp sig i slutändan.</i>	Upplever kaos. Tro på att det ska lösa sig.		

Figur 5. Exempel på analys av intervjuer.

Skrivfasen

I skrivfasen kommer resultaten att presenteras i en forskningstext. Det har här varit viktigt att kunna väva samman datan från observationen och intervjun till en sammanhängande helhet som speglar den verklighet som studeras. Ett sätt att kunna presentera resultaten har varit att använda teman med tillhörande kategorier. I resultatet kommer citat från intervjuer och fältanteckningar att illustrera på vilka grunder som slutsatser är dragna.

DEL 4

RESULTAT

Inledning

Resultatet kommer att redovisas i form av fyra teman:

- Mästare – Lärling
- Förmåga att hantera patientsituationer
- Att organisera det egna arbetet
- Att formas i yrket

Dessa teman bildar tillsammans en helhet över vilka möjligheter nytexaminerade sjuksköterskor har att lära, hur de organiserar arbetet och fostras in i yrket.

I det första temat mästare-lärling redovisas hur interaktionen mellan mästaren och novisen sker och vilka möjligheter detta ger i arbetet. Temat skiljer sig från de tre övriga i det att såväl mästarens som novisens perspektiv redovisas.

Övriga teman handlar om novisens förmågor att bemästra patientsituationer, att organisera arbetet samt hur yrkesidentitet utvecklas i ett hierarkiskt system.

I resultatet kommer utdrag ur fältanteckningar och citat ur intervjuer att presenteras. Varje observation har kodats med bokstaven O och med siffran 1-10 vilken anger vilken observation av novisen som uttalandet är hämtat från. Noviserna har kodats med bokstaven N och siffran 1-18. Siffrorna visar numreringen av noviserna. Detta resulterar i en kodning enligt följande exempel: O2.N1.10. Varje citat ur intervjuerna har kodats på följande sätt: noviserna har kodats med bokstaven N och siffrorna 1-18. Siffrorna anger respektive deltagande novis. Slutligen anges siffrorna 1-4 vilket anger vilken intervju som åsyftas. Citat ur intervjuerna kodas enligt följande exempel: N1.4.

Män och kvinnor kommer att benämnas hon i resultatet på grund av identifieringsskäl (se s. 61). I resultatet markeras sådant som utelämnats ur fältanteckningarna och intervjuцитat med /.../. Pauser under intervjuer har markerats med

Mästare - Lärling

Inom temat mästare-lärling beskrivs hur interaktionen sker mellan mästare och novis och vilka förutsättningar detta ger för novisens lärande av sjuksköterskans arbete i vårdverksamheten. Det handlar om vilka strategier handledande sjuksköterska och övrig personal använder sig av under novisens inskolning och hur novisen tillägnar sig kunskap. Mästaren är en sjuksköterska eller vårdpersonal med erfarenhet och lärlingen en novis som skall introduceras i yrket.

Subtema	Kategori
Mästarens handlingsstrategier	- Att ge instruktion - Att kontrollera och tillrättavisa - Att ta över
Novisen använder olika lärsituationer	- Att lära genom mästarna - Att lära genom imitation

Figur 6. Tema: Mästare - lärling.

Mästarens handlingsstrategier

I det följande presenteras strategier som mästaren använder sig av under novisens inskolning samt novisens reaktion på mästarens handlande.

Att ge instruktion

Handledarstrategin utgår från ett synsätt som bygger på att novisen lär sig genom att ta del av hur olika praktiska, tekniska och administrativa arbetsuppgifter genomförs och hur arbetet organiseras. Regler och rutiner synliggörs vid den instruktion som ges av mästare. Noviserna instrueras muntligt steg för steg under eget utförande eller då handledande, erfaren sjuksköterska eller undersköterska utför uppgiften. Instruktioner kan ses som sätt att underlätta lärande av hur vanligt förekommande sjuksköterskeuppgifter utförs och hanteras i olika vårdssituationer med avsikt att noviserna skall lära sig utföra handlingen på förevisat sätt.

Följande utdrag ur fältanteckningarna beskriver hur novisen instrueras av handledaren när det gäller regler, riktlinjer, praktiskt och tekniskt tillvägagångssätt i samband med byte av porta-cath nål (subkutan venportsnål). Genom att delta i en vårdssituation kan novisen dels ges möjlighet att observera hur erfarna sjuksköterskor går tillväga i olika arbetsuppgifter, dels få instruktioner hur hon

bör/skall agera som sjuksköterska. Novisen och handledaren befinner sig på en patientsal. Situationen utspelar sig under tidigt kvällspass på en medicinavdelning.

./.../ Handledande sjuksköterska berättar moment för moment för N16 hur hon skall gå tillväga vid byte av porta-cath nål. ./.../ Hon berättar vidare för N16 under tiden hon spolrar igenom, att det heparin som finns i trevägskranen får gå in, eftersom det inte gick att få ett backflöde. Hon stänger sedan kranen. N16 står alldeles tyst intill handledande sjuksköterska. ./.../ Handledande sjuksköterska fortsätter sedan med att visa hur hon spolrar porta-cath:en och trevägskranen så att natriumklorid går igenom så att det fungerar. Därefter visar hon det grepp man ska ha när porta-cath nålen förs in. Hon håller med två fingrar på varje sida om själva plattan på en kompress med ett finger i mitten. Hon fattar sedan tag om porta-cath nålen och drar ut den i en rörelse. Hon ber N16 sticka ner nålen i rondskaalen så att hon inte sticker sig. Ingången inspekteras. Handledande sjuksköterska förklarar för N16 att de två hålen som finns vid plattan är efter tidigare byten. Handledande sjuksköterska berättar för N16 att man bör vända bort munnen från insticksstället i porta-cath:en när man pratar för munbakteriers skull. ./.../ Handledande sjuksköterska förklarar för N16 att hon sticker ner nålen och när hon känner att det tar i som på en platta är det riktigt. Nålen skjuter upp lite ovanför insticksstället. Handledande sjuksköterska visar N16 hur hon lägger en liten hopvikt kompress under nålen så att det blir stadigt. Därefter sätter hon på en tegaderm över nålen och en bit av trevägskranen. Kontrollerar att det går att spola och att det finns ett backflöde. Det fungerar och handledande sjuksköterska byter spruta, stänger kranarna innan, och sprutar in heparin stänger kranarna och sätter på proppen (Fältanteckning O4.N16.2).

När handledaren instruerar förklarar hon för novisen hur det praktiska och tekniska tillvägagångssättet går till. Det handlar om att deluppgifter genomförs i en viss ordning för att följa en viss procedur. Instruktion är en så kallad procedurhandling och används i avsikt att ge noviserna anvisningar om lämpligt tillvägagångssätt. Vissa delar av det innehåll som instrueras kan anses som viktigare att komma ihåg än andra. När dessa delar av innehållet poängteras används uttryck som exempelvis ”skall man tänka på”. Instruktionser kan även innefatta förklaringar varför ett moment skall utföras på ett visst sätt eller vad som är viktigt att tänka på vid vissa moment. Detta kan leda till att risken minskar för att ”fel” tillvägagångssätt används och att vissa moment inte glöms bort. Det innebär att successivt ta del av och lära sig ”hur” olika arbetsuppgifter hanteras. Mästarnas strategi kan här vara att göra noviserna vaksamma på vad som är viktigt att komma ihåg och att göra ”rätt” från början. Det handlar om att visa vilka moment som är kritiska i mängden av de handlingar som utförs och att använda dessa som en sorts kontroll. I exemplet instruerar handledaren novisen på ett detaljerat sätt hur hon skall gå tillväga vid skötsel av

porta-cath. Detta kan dels ha att göra med att novisen aldrig varit med om att sköta en porta-cath tidigare, dels om att novisen skall lära sig att utföra handlingen själv på det sätt som instruerats. Skötsel av porta-cath är en vanligt förekommande arbetsuppgift på avdelningen. Instruktioner ger sällan möjlighet till dialog eftersom avsikten är att noviserna ska lära sig utföra handlingen på det sätt som visas. Däremot finns möjligheter att ställa frågor eller att kommentera det handledaren säger, som exempelvis ”Å, det kan man ju missa lätt”.

Nedanstående citat visar inte på handledarens strategi utan är en kommentar från en novis som visar hur hon uppfattar värdet att bli instruerad. Det handlar om att lära sig ”hur handledaren gör”. Klockan är halv tio på förmiddagen. Novisen och jag går in och sätter oss i en brun hörnsoffa som finns i personalrummet. I personalrummet finns tv:n påslagen. Övrig personal har lämnat personalrummet.

N16 berättar för mig att hon äntligen fått sätta en venflon (perifer venkateter) igår. Hon berättar att hon bara fått sätta tre nålar sedan hon kom hit. Berättar att hon känner sig mycket osäker på detta. Känner att hon måste försöka träna på sådana saker nu som hon behöver inför den tjänst hon fått på akuten. N16 säger att nålen gick bra att sätta trots att kärlet var ”krokigt”. Hon har sagt till sjuksköterskorna på avdelningen att de ska säga till henne när det är någon som skall ha en nål, så att hon får sätta den. Berättar vidare att hon haft med sig en av sjuksköterskorna igår när hon skulle sätta en nål. Sjuksköterskan hade fått säga exakt hur hon skulle gå tillväga. Rutinen för detta sitter inte säger N16. Det finns inget flyt i det. Sjuksköterskan har instruerat steg för steg. Hon säger att hon tycker nålsättning är svårt, eftersom hon inte har någon rutin på detta. /.../ (Fältanteckning O6.N16.1).

När rutiner saknas eller osäkerhet finns inför att utföra en arbetsuppgift visar noviserna behov av att bli instruerade. I exemplet har novisen bett om att bli instruerad under arbetsmomentet av en sjuksköterska. Behovet av att instrueras steg för steg kan vara fråga om okunskap och osäkerhet inför att inte klara av att utföra en arbetsuppgift, att inte ”göra fel” eller att inte ”göra bort sig”. Noviserna kan ha påverkats av omgivningens krav på ett korrekt handlande. Det kan även vara fråga om novisernas krav på att genomföra arbetsuppgifter komplikationsfritt. Att ”göra rätt” innebär att inte behöva utsätta sig för negativ kritik. Negativ kritik kan tas personligt och upplevas som ett nederlag. Handledaren kan genom att ge instruktioner bidra till att noviserna upplever mindre osäkerhet under arbetsuppgifters genomförande. Noviserna ges även möjlighet att uppöva sina praktiska/tekniska färdighet. Sjuksköterskans yrke

har ofta karaktären av ett hantverk, vilket gör att tillvägagångssätt behöver tränas i vardagspraktiken för att uppnå ett bra resultat. Genom att novisen ber om att instrueras av handledaren kan ett praktiskt/tekniskt tillvägagångssätt övas vid flera tillfällen och i olika vårdssituationer.

Osäkerhet kan även förekomma vid andra arbetsuppgifter till exempel inför ett telefonsamtal till medicinjouren, där novisen ber om instruktioner av handledaren. Novisen och handledande sjuksköterska sitter vid skrivbordet inne på en medicinavdelnings expeditioner. Klockan är halv fyra på eftermiddagen.

Efter en liten stund går vi ut till expeditionen. N1 skall ringa till medicinjouren om ett röntgensvar. N1 tycker det är lite pirrigt. Hon har svårt att veta vad hon skall säga. Hon verkar nervös över detta. Ser ut som om hon blir stressad över vad hon skall säga. N1 frågar sin handledande sjuksköterska vad hon skall säga när hon ringer medicinjouren. Handledande sjuksköterska berättar exakt vad hon skall säga till medicinjouren. /.../ N1 repeterar för sig själv det som handledande sjuksköterska sagt att hon skall säga. Hon tar fram patientens journal som sitter i patientpärmerna och sina egna anteckningar som hon har skrivit ner från läsrapporten. Läger upp detta framför sig för att kunna läsa om det skulle vara så att medicinjouren frågar efter något som N1 inte kan svara på (Fältanteckning O2.N1.1).

Genom att noviserna instrueras på detaljerat sätt kan instruktionerna repeteras om och om igen innan en arbetsuppgift utförs eller organiseras. Repetitionen sker genom att novisen talar högt med sig själv. Detta kan liknas vid en monolog och fyller funktionen att förstå och lättare komma ihåg de olika stegen i genomförandet och få en struktur. Förberedelsen med exakta instruktioner tycks viktig för känslan av säkerhet inför uppgiften och för att undvika misstag. Sättet att instruera kan handla om att handledarna förvissar sig om att noviserna lär de regler och riktlinjer som finns för att vårdarbetet ska utföras med hög kvalitet.

Följande exempel visar hur handledaren frångår riktlinjer beträffande såväl ordinationer som ansvar. Dessa avsteg visar på de förutsättningar novisen har för att lära sig ett felaktigt handlande. Här frångås kravet på att handla på ett för patienten betryggande sätt. Instruktioners avigsidor är när ingen dialog eller eftertanke sker mellan handledare och novis i en handledningssituation. Genom de anvisningar som instruktioner innehåller förväntas novisen tillägna sig det sätt som handledaren tillämpar. Novisen och handledaren går in till en enkelsal på en kirurgavdelning. Det är strax innan lunch.

Vi går in till patienten som är ganska smärtpåverkad nu. Ligger på 7-8 på VAS-skalan. Handledande sjuksköterska sätter sig ner och börjar spruta. Patienten har det jobbigt. Handledande sjuksköterska ger mer än vad hon angett till N10. Säger till N10 att de väntar lite efter att de gett injektionen, för att se att allt gått bra. Patienten har sådan smärta att han vill ha allt i sprutan. Handledande sjuksköterska ger patienten lite till. Handledande sjuksköterska säger sedan till N10 att hon kan gå in sedan till patienten för att se hur det gått för patienten. Handledande sjuksköterska kopplar sedan bort sprutan och vi går ut från salen (Fältanteckning O2.N10.7).

Även om handledaren utfört en arbetsuppgift kan instruktioner ändå ges till novisen om hur dessa skall följas upp eller hur det fortsatta patientarbetet skall hanteras. Instruktioner ges ofta i handledningssituationer för att noviserna ska kunna utföra det fortsatta patientarbetet på egen hand. Instruktionen ovan handlar om att kontrollera så att det har gått bra för patienten efter att han fått injektionen. I sjuksköterskans arbete ingår att kontrollera resultatet av utförda behandlingar. Kontroller är dessutom ett led i bedömningen av patientens tillstånd. I given instruktion anger inte handledaren att hon gett en högre dos än vad som ordinerats. Detta visar att regler överskrids utan att det kommenteras och att novisen dessutom får ta ansvar för att kontrollera efterförloppet av överskridna regler. Att ge injektioner är ingen ny uppgift för novisen utan vad som är nytt är att hon får ta över ansvaret efter att injektionen getts och kontrollera patientens reaktion efter injektionsgivning.

Att kontrollera och tillrättavisa

Kontroll som en handledarstrategi innebär att handledaren och undersköterska bevakar noviserna genom att kontrollera dem i yrkesutövningen. Kontroll har en nära relation med tillrättavisning genom att kontroll av novisens yrkesutövning föregår innan en tillrättavisning av ”felaktigheter” sker. På så sätt kan felaktigt handlande korrigeras direkt. Mästaren kan även ifrågasätta det novisen säger och kontrollera om det stämmer med någon annan aktör. Kontroll handlar om att hålla uppsikt och leda noviserna så att allt går rätt till i vårdutövandet.

Följande exempel visar hur handledaren kontrollerar novisen vid enteral sondnedsättning. Novisen och handledaren befinner sig, dels i korridoren och dels inne på en patientsal. Situationen utspelar sig under eftermiddagen på en kirurgavdelning.

Handledande sjuksköterska säger att N4 kan gå och plocka ihop de saker hon behöver för att sätta sonden. N4 säger att det ska hon göra. Handledande sjuk-

sköterska säger: Så får vi se om N4 får med sig allt som skall vara med, om hon hittar allt sprutor och så där (Fältanteckning O2.N4.1).

/.../ N4 lämnar salen igen. Handledande sjuksköterska berättar att nu har hon glömt tvätta händerna både före och efter. /.../ Hon fortsätter att säga att hon (novisen) inte har kommit in i detta än (Fältanteckning O2.N4.6).

I handledningssituationer kontrollerar handledaren hur noviserna utför arbetet och olika deluppgifter i en arbetsuppgift. Kontrollen kan tyda på tveksamhet till novisernas förmåga att klara av det arbete eller den arbetsuppgift som ska utföras. Den kontroll som sker innefattar en omedelbar granskning och utvärdering av utförd handling. Det innebär att handlingen kan korrigeras och ledas i rätt riktning under pågående arbete. I exemplet klarar inte novisen att följa de hygieniska principer som finns i samband enteral sondnedläggning, vilket kommenteras av handledaren.

Det sker även en kontroll av omfattning av tid som behövs för att utföra en arbetsuppgift. Inom hälso- och sjukvården finns viss tidspress mellan olika arbetsuppgifter som ska utföras, eftersom det oftast finns en tydlig struktur över hur arbetet är organiserat. Arbetsuppgifter tar olika lång tid att utföra, och vid förseningar kan andra arbetsuppgifter förskjutas och kräva en omstrukturering av planerade arbetsuppgifter. Sekreteraren och novisen befinner sig på expeditionen. Det är förmiddag.

Sekreteraren vänder sig sedan till N16 och ber henne gå till behandlingsrummet för att skriva i listan för blodsockerprov på patienterna. N16 reser sig direkt och går bort till behandlingsrummet. Behandlingsrummet ligger vägg i vägg med expeditionen. /.../ N16 fyller i de nya patienterna på listorna. Listorna stämmer inte riktigt. Efter en stund kommer sekreteraren in i behandlingsrummet. Hon frågar hur det går för N16 (fältanteckning O2.N16.3).

Att tiden kontrolleras kan syfta till att novisen ska lära sig hur lång tid en arbetsuppgift förväntas ta. Det handlar om att novisen ska medvetandegöras om att arbetsuppgifter måste utföras snabbt och effektivt eftersom andra är beroende av hur snabbt hon kan utföra arbetsuppgiften. I exemplet stämmer inte listorna, vilket gör att det tar längre tid att genomföra uppgiften än sekreteraren förväntat sig. I handledningssituationer förekommer att handledaren bedömer att novisen inte arbetar tillräckligt snabbt, som i följande exempel ”att hon inte förstår hur N16 ska klara allt, eftersom det går så sakta”.

Att ett lärtillfälle blir möjligt utifrån handledarens kontroll exemplifieras genom följande fältanteckning. Detta är ett utdrag ur en längre fältanteckning där novisen ska sätta en urinkateter. Novisen utför arbetsuppgiften under handledning en sen förmiddag på en kirurgavdelning.

Handledande sjuksköterska tar upp med N12 att de måste ha urinpåsar med sig in. N12 berättar att hon redan hämtat detta. N12 lägger till att hon tagit med sig påsar med både lång och kort slang. Handledande sjuksköterska skojar och säger att nu var N12 före henne igen. Hon berättar att N12 varit före henne två gånger tidigare. /.../ (Fältanteckning O3.N12.2).

/.../ N12 tar tag i katetern med pincetten. Hon börjar därefter försöka föra in katetern i urinröret. Hon ber samtidigt patienten att dra ett djupt andetag. Patienten tar ett djupt andetag. Handledande sjuksköterska ler lite och ber patienten andas ut också. Det gör patienten. Därefter tar han ett nytt djupt andetag. /.../ (Fältanteckning O3.N12.11).

I handledningssituationer kan kontroller av novisernas utförande av arbete eller arbetsuppgifter ske med utgångspunkt i ett humoristiskt perspektiv. Humorn fyller då funktionen att kontrollen inte ska uppfattas som negativ och därmed blir situationen mer avslappnad. Att kontrollen sker i en positiv anda kan underlätta lärandet. Även om novisen kontrolleras av handledaren under hela arbetsuppgiften, i sistnämnda exemplet, sker kontrollen i en positiv anda. Detta skiljer sig från den tillrättavisning som sker på ett negativt sätt.

Att novisen är medveten om att hon kontrolleras i sitt arbete visar sig i följande citat.

I: Vad har varit mest utmärkande under första året som ny sjuksköterska i verksamheten?

N6: Jag tyckte i början så var det väl det att dom litade inte riktigt på det man sa utan dom var tvungna att dubbelkolla, det vet jag ibland att det har varit. Om jag har sagt någonting så ja, nej, men kan det verkligen vara så, så har man kollat med någon annan då om det verkligen är så. /.../ (Intervju N6.4).

I exemplet menar novisen att när medarbetare är osäkra på om hon kan utföra arbetet sker en granskning. En extra kontroll av novisens arbete kan även ske genom att arbetet kontrolleras av annan aktör. Det visar att arbetets utförande inte är den enskildes ansvar utan ansvarstagandet delas av kollektivet. Inskolningsperioden innefattas av att samtliga i personalgruppen har ett gransknings-

ansvar för hur noviserna genomför arbetet. Kontroll kan användas som ett sätt att styra noviserna i den riktning som anses vara den ”rätta”.

Medvetenheten om att en arbetsuppgift granskas utgör då en möjlighet att lära av konsekvenserna av utfört arbete. Novisen beskriver det på följande sätt.

N6: Man tror inte på sig själv heller att, är det verkligen så här, kan det vara så, gjorde jag rätt nu (Intervju N6.4).

Förutom kontroll används tillrättavisning, vilket innebär att på ett negativt sätt överföra de regler, som novisen måste följa i sin yrkesutövning för att inte misstag skall begås. Genom de förväntningar personalen har på sjuksköterskan i hennes yrkesutövning traderas värderingar och traditioner till noviserna. Tillrättavisningar från sjuksköterskor, läkare och undersköterskor kan innehålla förmaningar, anmärkningar och negativ kritik. Tillrättavisningar är ett sätt att visa ”felaktigheter” i yrkesutövandet. Tillrättavisningar sker både muntligt och skriftligt när misstag begåtts, upptäcks eller måste förhindras.

Följande fältanteckning beskriver hur en överläkare tillrättavisar novisen under morgonens sittrond utifrån novisens beskrivning av patientens symtom vid en läkemedelsreaktion. Novisen, två överläkare och en undersköterska sitter runt ett bord inne på en läkarexpedition på en kirurgavdelning. Novisen har åtta patienter att ansvara för under arbetsdagen. Klockan är kvart i nio på förmiddagen.

N7 sitter på rond med två överläkare, läkare som jobbat väldigt länge på denna avdelning. Den ena är platschef på kirurgen. Även en undersköterska sitter med. N7 är ansvarig sjuksköterska för sin modul idag. I gruppen finns åtta patienter. /.../ Klockan är nu ca 08.45. /.../ Bland annat handlar det om en patient som fått en reaktion på ett läkemedel där N7 beskriver detta som urtikaria. Läkarna frågar hur det ser ut. N7 förklarar det som en rodnad och inte som ett utslag. Läkaren förklarar att urtikaria är ett mer allvarligt tillstånd på överkänslighet därför är det viktigt att beskriva att det är rodnad i huden och inte utslag. N7 rodnar och håller med om detta (Fältanteckning O4.N7.2).

Tillrättavisningar är ett tydligt sätt att visa om de ”rätta” handlingarna gjorts och om de gjorts på ett ”rätt” sätt. Tillrättavisning kan ske till noviserna när inte tillräcklig information ges av noviserna till läkare eller om felaktigheter om patientens symtom eller i omvårdnaden av patienten. Noviserna har i dessa

situationer haft svårigheter att kunna rapportera exakta symtom vilket innebär att symtombilden blir ofullständig eller visat att kunskap om patientens vård saknats, som exempelvis sängens lutning vid subduralhematom. I dessa situationer upptäcks att noviserna inte har tillräckliga kunskaper för att kunna rapportera en fullständig bild av patientens symtom eller vårda patienten på det sätt som är ordinerat. Tillrättavisningar sker omgående även om sjuksköterskor, läkare och undersköterskor finns närvarande i en situation. Detta kan tyda på att när felaktigheter upptäcks ska dessa rättas till direkt. Att tillrättavisas för okunskap inför läkare, sjuksköterskor och undersköterskor kan medföra att novisen känner sig förorättad och upplever sig misslyckad. I exemplet upptäcks novisens okunskap och hon får en tillrättavisning av överläkaren. Tillrättavisning av läkare övergår ofta i ett undervisningstillfälle då hon/han förklarar och visar i handling vad som är viktigt att kunna i sammanhanget och vilka regler och riktlinjer som måste följas. Det kan också vara ett sätt att säkerställa patientsäkerhet. Förklaringar är viktiga i lärprocessen för att förstå vad som är viktigt att kunna. Läkares tillrättavisning och undervisning kan ses som ett sätt att visa vad som förväntas av novisen i arbetet.

Följande fältanteckning visar hur tillrättavisning av novisens misstag sker direkt i patientsituationen. Tillrättavisning är ett sätt att tala om *hur* det skall vara. När läkaren börjar diskutera patientens läkemedel upptäcks novisens misstag i utdelning av läkemedel. Novis, ST-läkare och underläkare befinner sig på en sal med plats för två patienter. Klockan är tjugo minuter över tio och situationen utspelar sig på en medicinavdelning.

När klockan är 10.20 kommer ST-läkaren fram till N6. Nu är det hennes tur att ronda. /.../ Läkaren tar två patientpärmor med sig in till den första salen. Det är en sal för två personer. Just nu är det två patienter som finns på salen. /.../ Med på rondan finns även en annan läkare. /.../ Läkaren börjar prata med patienten om hennes läkemedel. Läkaren plockar medicinburkar ur en påse på sängbordet. Kollar i medicinkoppen och säger sedan att det här är fel. Läkaren menar att det är någon tablett i medicinkoppen som inte stämmer med listan. Hon fortsätter och säger att patienten skall ha comp istället, inte den vanliga. Hon skickar över medicinkoppen till N6. Läkaren säger till henne att dela medicinerna eftersom det är hon som är ansvarig. N6 tar emot en medicinburk som läkaren skickar över. Läser och delar efter vad det står på medicinburken. Så fortsätter det tills det är klart. N6 får lägga de feldelade tablettorna i sin ficka för att orka hålla i allt. När det är klart kontrollerar läkaren att det stämmer med det som finns i medicinkoppen. N6 räknar och säger att det blev sex stycken. Ja, det stämmer enligt listan säger läkaren (Fältanteckning O6.N6.9).

Misstag som upptäcks i en patientsituation tillrättavisas direkt trots att det sker inför patienten. Misstagen anses allvarliga och behöver korrigeras direkt för att inte riskera patienternas säkerhet. Tillrättavisning visar att noviserna måste ta ansvar för sina misstag och sedan korrigera dem. Vid några tillfällen har läkaren korrigerat misstag som novisen begått. Det talas inte om varför misstag skett. Noviserna förhåller sig oftast tyst och korrigerar sitt misstag. Noviserna anpassar sig för att handlingen ska bli ”rätt” utförd. Vid något tillfälle har novisen försökt försvara sig genom att hålla fast vid att misstag inte begåtts. Vid dessa tillfällen har läkaren upprepat tillsägelsen. Tillsägelsen är ett normativt sätt att påpeka yrkesansvaret. I detta ingår även att följa de riktlinjer och regler som gäller i vården av patienter. I exemplet anmärker läkaren på att läkemedel är felaktigt delat och poängterar novisens yrkesansvar vid utdelning av läkemedel. Medicindelning, som är en daglig uppgift för sjuksköterskor kräver att hanteringen sker på ett betryggande sätt till patienten.

Tillrättavisning sker även när novisen inte följer de regler och riktlinjer som finns på vårdavdelningen. Den kan handla om att tradera den arbetsplatskultur som finns till noviserna t.ex. att inte tillåta anhöriga få tillträde till avdelningens kök, att inte faxa Apodoslistor till apoteket förrän de kontrollerats eller att trycka ner sekretessknapp på telefonen. Följande utdrag ur fältanteckningar beskriver hur novisen tillrättavisas av sekreteraren om att inte tillåta att patienter och anhöriga använder köket på avdelningen. Situationen utspelar sig på en medicinavdelning.

Klockan är 10.10. Plötsligt kommer sekreteraren till köket. Sekreteraren ställer sig i dörröppningen. Hon säger till N16 med bestämd röst att N16 inte får släppa in patienter eller anhöriga i köket. Hon tittar med bestämd blick på N16 när hon säger detta. N16 tittar inte på hennes först, men vänder på huvudet när hon ställer frågan: ”Inte till kylan heller?” Sekreteraren svarar att de inte får gå in i köket alls, varken patienter eller anhöriga. N16 svarar: ”Nähej.” Sekreteraren går snabbt ut därifrån. /.../ N16 blir tyst och hennes färg i ansiktet bleknar. Det ser ut som hon tycker det är jobbigt att bli tillsagd på det här sättet. Hon gör en min mot mig med ansiktet när hon går mot mig. Hon går ut från köket (Fältanteckning O8.N16.2).

Tillrättavisning som handlar om regler på avdelningen är vanligen uppfodrande, genom att den ofta ges i en hård och bestämd ton. Även blicken fokuseras bestämt mot novisen. I dessa situationer reagerar noviserna som regel med att exempelvis skifta färg i ansiktet, bli tysta och grimasera, vilket kan tyda på att

de blir känslomässigt berörda av tillrättavisningen. Reglerna kan vara formellt uttalade eller dolda. De dolda regler som finns kan vara svåra för noviserna att upptäcka. Även om vissa regler är formellt uttalade finns det ingen garanti för att noviserna uppfattat att de finns och då sker en tillrättavisning. Vem som helst kan ge tillrättavisningar så att noviserna medvetandegörs om vilka regler som finns och ska efterföljas. Noviserna ges på detta sätt möjlighet att internalisera vad som är tillåtet eller inte tillåtet. Att ge tillrättavisning kan även vara ett sätt för läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare, i detta fall sekreteraren, att visa makt som härrör från att tillhöra en kulturell gemenskap som noviserna ännu inte omfattas av.

Tillrättavisningar av misstag sker inte bara muntligt utan även skriftligt exempelvis i omvårdnadsjournaler.

N6: Mm. Nej, men det är roligare att inte hela tiden höra några kommentarer självklart, men det kommer med jämna mellanrum eller att det står i texten att du har glömt och gjort det. Du vet vissa skriver alltid i texterna så här skulle man ha gjort och det är inte gjort och så vidare.

I: Vart skriver man det någonstans?

N6: På omvårdnadsjournalen (Intervju N6.4).

Hur sjuksköterskegruppen anser att novisen skall utöva sitt yrke framkommer både muntligt och skriftligt. Handlingar som är önskvärda eller icke-önskvärda överförs genom de regler som sjuksköterskorna utgår från i yrkesutövningen. Genom att regelöverträdelser uttalas muntligt och skriftligt överförs de kompetenskrav som finns på avdelningen och dessa kan skilja mellan olika avdelningar och specialitet. Tillrättavisningar av sjuksköterskor överförs även genom att visa irritation och ge ironiska kommentarer. Vilken innebörd kommentarerna ges beror på hur det sägs. Sjuksköterskan visar irritation genom att exempelvis säga ”nu måste du ta ett nytt prov”. Ironiska kommentarer uttrycks genom röstläge och motsatt betydelse, vilket exempelvis kan visas genom uttryck som ”Det är bra N2”. De tillrättavisningar som sker skriftligt i omvårdnadsjournal med färgpenna kommer att stå kvar. Sjuksköterskornas tillrättavisning visar sig till skillnad mot läkarnas inte övergå i något undervisningstillfälle.

Att ta över

Strategin innebär att handledaren eller undersköterskan tar över och planerar de åtgärder som behöver vidtagas, när en uppgift ska utföras eller ett sam-

tal ska genomföras. När mästaren, dvs. handledaren eller undersköterskan, tar över utförande av eller ansvar för en uppgift träder noviserna tillbaka och gör vad de bli tillsagda att göra eller lyssnar till vad som sägs i situationen. Handledare kan genom sin erfarenhet bedöma vad noviserna anses klara av att utföra i yrkesutövningen.

Handledaren tar ofta över och planerar hur patientsituationen ska hanteras när novisen som i exemplet nedan t.ex. inte klarat av att ge tillräcklig mängd kontrastmedel inom given tidsram. Novisen har ansvaret för att ge patienten kontrasten inom given tidsram. Novisen och handledaren befinner sig strax utanför en expedition på en kirurgavdelning.

Handledande sjuksköterska frågar N4 hur det går med kontrasten. N4 berättar att de har börjat få i patienten kontrast och att det verkar gå bra. Handledande sjuksköterska säger att det måste vara någon som tar ansvar för detta. Handledande sjuksköterska säger till N4 att hon får säga till någon av personalen att ta ansvar för att patienten får i sig kontrasten. Annars måste de sätta en sond. Handledande sjuksköterska säger att hon gör detta själv (Fältanteckning O3.N4.6).

I patientsituationer av brådskande karaktär eller som omfattas av en angiven tidsram tar handledare över och handleder novisen. Detta kan bero på att novisen inte anses tillräcklig kunnig för att klara av att organisera arbetet eller att arbetet i en patientsituation måste fungera och utföras snabbt för att följa givna ramar och att patientsäkerheten inte får åsidosättas. Att handledare träder in och organiserar arbetet betyder att noviserna inte ges möjlighet att ta ansvar för situationen.

Följande exempel visar hur en erfaren sjuksköterska går in i vårdsituationen och tar över under pågående samtal mellan novisen och en anhörig till en patient som just avlidit. Patienten ingår i novisens patientgrupp. Samtalet utspelar sig vid sjuksköterskeexpeditionens dörröppning under förmiddagen.

Klockan när nu 10.45. En anhörig till den patient som avlidit dyker upp i dörröppningen. N3 går fram till henne och börjar prata. Jag kan inte höra vad som sägs. Den erfarna sjuksköterskan som varit med kommer och deltar i samtalet. Hon tar över samtalet och N3 står bredvid och lyssnar. N3 går ut i korridoren mot sköljen. N3 säger att det här är svårt. Jag nickar tillbaka (Fältanteckning O6.N3.6).

I situationer där handledare eller erfarna sjuksköterskor avbryter ett pågående samtal med anhöriga och patienter träder noviserna tillbaka. Noviserna slutar

prata och börjar lyssna till vad som sägs. Handledare genomför ofta patient-samtal själv, exempelvis när de går runt tillsammans för att hälsa på patienterna och få en överblick inför kvällspasset. Noviserna ges ingen möjlighet att starta samtal med patienter eftersom handledare inleder samtal direkt i mötet med patienter. Handledare gör en bedömning av, om och när noviserna klarar av att genomföra en arbetsuppgift självständigt. Detta innebär att noviserna måste anpassa sig för att så småningom bli mer självständiga i förhållande till handledaren. Att erfarna sjuksköterskor avbryter noviserna i en samtals-situation kan handla om en hierarkisk markering genom att de har mer erfarenhet än noviserna och därmed en annan ställning på arbetsplatsen. En högre hierarkisk position ger erfarna sjuksköterskor mandat att avbryta noviserna under samtals-situationen. Markeringen kan göra att noviserna inte vågar genomföra patientsamtal i handledare eller erfarna sjuksköterskors närvaro, eftersom det finns en risk att bli avbruten eller kritiserad, vilket kan upplevas som ett misslyckande.

Följande fältanteckning visar hur novisen påbörjar och genomför ett patient-samtal när handledande sjuksköterska lämnar salen för att utföra en arbetsuppgift. Handledaren och novisen går runt tillsammans och hälsar på patienterna inför kvällens arbete. Handledaren och novisen befinner sig inne på en patientsal.

Vi börjar gå runt till första patienten. /.../ Handledande sjuksköterska börjar samtala med patienten. Hon frågar om patienten är trött, vilket patienten säger att hon är. Handledande sjuksköterska småpratar lite med patienten. Handledande sjuksköterska sätter sig på det lilla bordet intill fönstret. En fätölj är placerad intill fönstret. N2 står framför patienten. /.../ Handledande sjuksköterska avslutar samtalet genom att prata lite om vädret. Vi lämnar patienten. Vi fortsätter in till en sal som ligger spegelvänt mot föregående sal. /.../ N2 och handledande sjuksköterska går fram till den sängplats som är precis intill handfatet. N2 går till höger sida om sängen och placerar sig där, och handledande sjuksköterska ställer sig på vänster sida. Även här är det handledande sjuksköterska som håller i samtalet med patienten. Samtalet handlar här om att ta ett beslut inför operation. Handledande sjuksköterska går fram till uribagen och kommenterar att påsen ligger i sängen och att det dessutom är fullt i påsen. Hon säger att hon tömmer påsen. Handledande sjuksköterska går iväg. N2 börjar prata med patienten. Frågar hur han mår och hur det har gått med dryck idag. Patienten har inte fått i sig speciellt mycket. De småpratar lite. /.../ N2 avslutar samtalet och vi lämnar salen (Fältanteckning O2.N2.4).

Handledaren tar även över när muntlig rapport skall ges om patienter och under planeringssamtalet med läkaren av patienters fortsatta vård. Novisen,

handledaren, överläkare och AT-läkare finns med under rondsituationen på en medicinavdelning. Det är förmiddag och klockan är några minuter efter tio.

Handledande sjuksköterska är placerad strax intill N3. Handledande sjuksköterska påminner N3 om att patientens urin är koncentrerad. N3 säger: ”Ja, koncentrerad urin.” Patienten ska inte ha dropp. Det handlar här om palliativ vård av patienten. Handledande sjuksköterska fortsätter hjälpa N3 att svara utifrån vad överläkaren säger om patienten. N3 träder tillbaka under samtalet i och med detta. N3 börjar med att träda fram i samtalet för att sedan träda tillbaka mer och låta handledande sjuksköterska ta över. Handledande sjuksköterska fortsätter påpeka att patienten är slemmig. N3 är lite försiktig i det hon nu säger till överläkaren. Hon får en svag framtoning under samtalet. /.../ (Fältanteckning O1.N3.3).

Det förekommer även att handledare tar över och samtalar med läkaren under rondens utan att involvera noviserna i samtalet. Även om noviserna försöker rapportera muntligt och samtala med läkaren under rondens tar handledare över samtalet mer och mer. I dessa situationer träder noviserna tillbaka successivt och intar rollen som åskådare. Detta kan jämföras med att personen anpassar sig till situationen och uppfyller den funktion som tilldelats utan att vara medveten om de maktförhållande som råder. Genom att erfarna sjuksköterskor har en yrkeserfarenhet och yrkeskunskap i vården av patienten som noviserna saknar skapar det osäkerhet hos noviserna att själv kunna genomföra rondsituationer med läkare.

Novisen använder olika lärsituationer

Här presenteras hur noviserna använder olika situationer för att lära sig arbetet, vilket kan bidra till en förståelse för hur de går tillväga för att tillägna sig kunskap.

Att lära genom mästarna

Mästarrollen kan skifta mellan olika yrkeskategorier, som handledaren, undersköterska, överläkare eller underläkare. Det handlar om att lära sig olika handlingsalternativ. I samspelet mellan novisen och andra medarbetare finns tillsynes en vilja bland dessa att förmedla sina erfarenheter och praktiska kunskaper till novisen. Novisen tycks visa en vilja, intresse och nyfikenhet för att lära och söker sig till de tillfällen som finns i sammanhanget. De erfarenheter och praktiska tillvägagångssätt novisen kommer i kontakt med är ofta koplade till någon av de patienter i patientgruppen som novisen ansvarar för. På så vis sker lärandet i ett sammanhang som novisen känner till.

Följande utdrag ur fältanteckningarna beskriver ett lärtillfälle som uppkommer när novisen blir osäker på om det är rätt tillfälle att informera läkaren om ett provsvar som kommit. Novisen sitter vid skrivbordet när mästaren kommer in på expeditionen. Det är sen eftermiddagen på en medicinavdelning.

Vi fortsätter till intilliggande expedition där N5 kollar upp syra-bas status på den andra manliga patienten som låg på samma sal. N5 berättar att hon inte tar det här provet utan det gör de sjuksköterskor som har delegering. Det är en annan sjuksköterska som hjälpt henne med provet denna gång. N5 sätter sig vid skrivbordet. N5 tittar på provsvaret och funderar på om hon skall informera läkaren om det här. Den sjuksköterska som hjälpt N5 kommer till expeditionen. N5 frågar om läkaren är kvar på avdelningen. Sjuksköterskan svarar att det tror hon inte. De diskuterar provet och sjuksköterskan förmedlar vad hon anser och vad hon själv skulle göra i samma situation. Hon skulle inte söka läkaren utan låta det vara till nästa dags rond. N5 följer sjuksköterskans ställningstagande, vilket innebär att hon väntar (Fältanteckning O1.N5.2).

Vem noviserna vänder sig till för att ta reda på hur de skall handla i en situation beror på vilken yrkeserfarenhet och yrkeskunnande personalen har av vissa arbetsuppgifter och situationer. Noviserna kan genom att ta del av mästarnas muntliga förmedling av yrkeskunskap klara av att genomföra en arbetsprocedur utan handledning eller kunna fatta ett eget beslut i vården av en patient. I exemplet ovan har mästaren delegering på en viss arbetsuppgift och det är hos henne som novisen söker kunskap när hon är osäker på ett provsvar. En delegering ger i sig en garanti för att personen har yrkeskunskap för att utföra en viss arbetsuppgift. Mästaren förmedlar sin erfarenhet om hur hon skulle handla i en liknande situation. Den som har mer erfarenhet kan dela med sig av sina erfarenheter till den som är mindre erfaren. Detta ger noviserna en möjlighet att av de erfarna sjuksköterskorna lära sig att bedöma när det är dags att kontakta läkare.

Att novisens lärande sker i samspel med överläkaren påvisas i följande utdrag ur fältanteckning. Överläkaren förklarar i situationen varför patienten ska behandlas med smärtstillande läkemedel på ett visst sätt. Situationen utspelar sig på en läkarexpedition.

/.../ N7 frågar överläkaren om han kan sätta in patienten med subduralhematom på något smärtstillande läkemedel. Det blir inget annat än panodil, visst menar han att man kan "skvätta" på med lite ketogan då och då, men helst inte för vakenhetsgradens skull. De måste kunna registrera att patienten inte blir slö. Överläkaren förklarar noga för N7 varför man gör som man gör med smärtstillande läkemedel till dessa patienter (Fältanteckning O6.N7.3).

Andra yrkeskategorier beskriver och förklarar olika logiska samband som finns inom diagnostik, behandling, förebyggande vård och omvårdnad. Oftast handlar det om kunskapsutbyte i en direkt patientsituation som exempelvis inom diagnostik och behandling eller genom iakttagelse, identifiering, analys och värdering av t.ex. registrerad hjärtfrekvens. I dessa situationer har noviserna möjlighet att lyssna och ställa frågor till sjuksköterskor, läkare och undersköterskor som förmedlar sitt yrkeskunnande och sin yrkeserfarenhet. Noviserna har därmed möjlighet att tillägna sig kunskaper i samspel med erfaren personal. I exemplet sätts den medicinska kunskapen i sitt sammanhang. Mästaren förklarar sambandet mellan patientens diagnos och vakenhetsgrad och hur det kan påverkas av olika läkemedel.

Hur novisen uppmärksammar och utnyttjar ett lärtillfälle beskrivs i följande fältanteckning där två erfarna sjuksköterskor diskuterar kapillärprovtagning. Novisen blir uppmärksam på lärtillfället när hon själv håller på med att fylla på läkemedel i läkemedelsvagnen. Situationen utspelar sig tjugo i fyra en eftermiddag i ett behandlingsrum.

Det finns inga nycklar. N2 säger att hon får gå ut till den sjuksköterska som är handledande sjuksköterska och låna hennes nycklar. N2 blir borta en kort stund och kommer sedan tillbaka och börjar fylla på första lådan med mediciner. Tar lådan och patientpärmarna med sig in i läkemedelsrummet. /.../ In i behandlingsrummet kommer en sjuksköterska och börjar dra iväg med stickvagnen. N2:s handledande sjuksköterska kommer också in. Sjuksköterskan stannar upp och frågar handledande sjuksköterska hur hon brukar göra med kapillärprov. Handledande sjuksköterska börjar förklara väldigt noga steg för steg hur hon fattar tag om fingret, hur röret skall hållas, hur hon pumpar trycket och släpper efter för att inte förstöra blodkropparna. Hon tycker att sticket blir djupare om man håller ett tryck när man sticker. N2 lyssnar och går fram för att ta del av det som sägs. Hon lyssnar mycket noga till det som samtals. När samtalet börjar gå mot sitt slut ber N2 att hon skall få följa med sjuksköterskan när han tar kapillärprovet. Sjuksköterskan lovar att säga till N2 när han skall ta provet. N2 fortsätter till läkemedelsvagnen (Fältanteckning O2.N2.6).

Novisens lärtillfälle innefattar en specifik situation där möjlighet att ta del av kunskaper och färdigheter förmedlas. Det innebär att noviserna har möjlighet att ta del av hur sjuksköterskor praktiskt brukar gå tillväga och deras yrkeserfarenheter. Lärandet sker oftast genom att noviserna lyssnar till vad mästare förmedlar. I exemplet intar novisen en aktiv roll och lyssnar till det som sägs mellan de erfarna sjuksköterskorna och genom att visa intresse av att få öva. Tillfället uppkom spontant och vid sidan av den aktivitet som novisen egentligen höll på med.

Vikten av att kunna lära av fler erfarna sjuksköterskor medvetandegörs när handledaren inte finns tillgänglig. Följande citat ur ett intervjutillfälle visar hur novisen påtalar behovet av att få tillgång till flera erfarna sjuksköterskors sätt att lösa problem.

N4: Jo, för att Karin (fingerat namn) min handledare har varit ledig då i torsdags så då gick jag med en annan tjej och i måndags gick jag dag och då gick jag med en annan tjej. Men det tycker jag inte är någon nackdel heller faktiskt. För det finns ju inte bara ett sätt att göra en sak på.

I: Nej.

N4: Så jag tror faktiskt att det, att kanske inte ska byta varje dag, men någon gång då tror jag inte det är fel att byta.

I: Nej.

N4: Faktiskt inte.

I: Nej.

N4: Man kanske får någon annans syn på, ja så här kan man också lösa problemet på. Annars blir man så styrd av sin handledare (Intervju N4.1).

Noviserna ser en möjlighet i att få tillgång till fler sätt att lösa problem genom flera handledare. Novisen i exemplet har en hypotes om att byte av handledare kan ge ett vidgat perspektiv på hur problem kan lösas. Genom att lägga märke till mästarnas skilda sätt att lösa problem blir hon medveten om att problem kan lösas på olika sätt. Det ger en möjlighet att ”tänka” självständigt hur en handling kan genomföras.

Att lära genom imitation

Noviserna använder imitation som ett sätt att tillägna sig sjuksköterskans yrkeskunskap. Härigenom försöker noviserna efterlikna handledares handlingsmönster och deras sätt att agera och tala i olika vårdsituationer. Att följa handledarens handlingsmönster innebär att följa exakt samma ordningsföljd, att steg för steg upprepa handledarens agerande. Imitation handlar om att lära sig göra och utföra vårdarbetet på handledarens sätt.

Följande exempel visar hur novisen imiterar handledarens svar direkt i situationen. Novisen och handledaren befinner sig inne på en enkelsal under förmiddagen.

/.../ N12 frågar patienten om han vill ha kort eller lång slang på kateterpåsen. Patienten vill ha en kort slang på påsen. N12 kopplar på en påse med kort slang. /.../ N12 klistrar därefter på en slanghållare. N12 förklarar för patienten att den skall ligga uppåt. Patienten frågar varför den skall ligga uppåt. N12 frågar: "Ja, varför skall den göra det?" Handledande sjuksköterska förklarar att det rätar ut urinröret. Patienten säger att han trodde att det var bättre om det gick nedåt, för då borde det rinna nedåt bra tycker han. N12 upprepar det handledande sjuksköterska sagt att det är för att det rätar ut urinröret (Fältanteckning O3.N12.14).

Det är inte bara praktiska färdigheter som kan imiteras utan även sådant som en erfaren sjuksköterska säger i en situation, hur en erfaren sjuksköterska yttrar sig när hon, som i exemplet, förklarar ett anatomiskt läge för patienten. I patientsituationer handlar det om att sjuksköterskan ska kunna uttrycka sig på ett sätt som patienten kan förstå. Noviserna tillägnar sig *vad* sjuksköterskan säger och *hur* hon uttrycker sig. Imitationen tydliggörs i exemplet genom att novisen upprepar handledarens förklaring. Att upprepa vad en läkare, sjuksköterska eller undersköterska uttryckt i ord kan också vara ett sätt för novisen att lättare minnas det som förmedlas.

Även handledarens handlingar imiteras steg för steg i vårdsituationen. Rondsituationen utspelar sig under en lördag förmiddag på en kirurgavdelning. Novisen, handledaren och överläkaren går in på en patientsal för två patienter.

Stegen styrs med snabb fart till nästa patientsal, som ingår i gruppen. Det är en tvåsal där två kvinnor ligger. /.../ Handledande sjuksköterska vänder sig om. På väggen hänger gula rockar. Handledande sjuksköterska greppar en och sätter på sig den. Går sedan vidare till handfatet för att hämta handskar som finns vid sidan om handfatet på hyllan. N7 går och hämtar handskar också. N7 följer efter vad handledande sjuksköterska gör. Handledande sjuksköterska börjar inspektera foten, vilket även N7 försöker göra. Handledande sjuksköterska tar i foten och klämmer även under foten. N7 följer efter och känner även hon på foten, och under foten. Läkaren kommer ner till sänggaveln (Fältanteckning O2.N7.1).

I imitationen inbegrips här en observation av *vad* och *hur* något görs i en situation. Detta för att "själv göra" och upprepa en personals handlingsmönster. Handledaren kan ses som en kunnig förebild. I situationer där imitation förekommer förs inte en dialog, inte eftertanke eller förklaring under eller efter arbetets genomförande. Detta innebär att noviserna observerar och upprepar vad handledaren säger och gör, utan att det sker någon gemensam kritisk granskning av hur eller varför något genomförts. Handledare riskerar därmed inte utsättas för kritik av noviserna eller tvärtom. I sjuksköterskans yrke ingår

att ”se” och tänka över det egna handlandet, för att få perspektiv. Novisernas lärande kan här ses som ett tillägnande av mästarens hantverk. Genom att noviserna härmar mästarens yrkesutövande har de möjlighet att öva mästarens tillvägagångssätt. I exemplet imiteras handledarens handlingsmönster både utifrån hygieniskt handlings sätt och hur handledaren går tillväga vid inspektion av patientens fot.

Sammanfattning

I resultatet framträder att mästare-lärlingsförhållandet är den modell som tillämpas som handledningsmodell under inskolningsperioden. Modellen varken beskrivs eller förordas i inskolningsprogrammet. Trots detta tillämpas modellen inom alla åtta avdelningarna där studien genomförts. Mästare-lärlingsförhållandet ger möjlighet att träna framförallt tekniska färdigheter, vilket ger noviserna säkerhet i hantverkskunnandet. I mästare-lärlingsförhållandet tycks det vara viktigt att noviserna lär sig att genomföra de praktiska uppgifterna moment för moment på det sätt som mästarna anser vara det mest korrekta sättet, för att undvika att misstag sker. Noviserna tycks efterfråga och anse att detaljrika, noggranna och utförliga genomgångar är betydelsefulla, vilket kan bero på att de saknar det hantverkskunnande som krävs och att de behöver en klar struktur för hur uppgifter skall lösas. Genom att handledningen i så hög grad fokuserar handlandet kommer möjligheten att se patienten ur ett helhetsperspektiv i skymundan, och omvårdnadsarbetet utförs således på ett reduktionistiskt sätt. För att styra noviserna i rätt riktning använder sig mästarna av kontroll och tillrättavisning, vilket är effektiva medel/strategier för att korrigera felaktigheter men som i mindre utsträckning bäddar för förståelse för uppgifterna. I mästare-lärlingsförhållandet förmedlas även oacceptabelt handlande till noviserna. I handledningssituationerna instruerar mästarna hur noviserna ska genomföra omvårdnadsarbetet, för att de successivt ska kunna arbeta mer och mer självständigt allt enligt den modell som mästaren representerar. På detta vis traderas såväl hantverkskunnandet som de värderingar som råder inom verksamheten.

Under inskolningen är det svårt för noviserna att upptäcka det rådande regelsystemet. Vad som är tillåtet eller inte tillåtet blir uppenbart då noviserna bryter mot regelsystemet eller genom personalens kontroll och tillrättavisning. De dolda regler som finns ställer krav på hur novisen utövar yrket.

Vardagslärandet sker hela tiden, men noviserna söker i första hand aktivt kunskap genom mästarna. Novisernas vardagslärande sker i kontakten med en eller flera mästare och det sker till stor del genom imitation. Resultatet visar att imitationen både är passiv där novisen utan ifrågasättande gör som mästaren visat men också aktiv då novisen både tar ställning till vem som i en viss situation skall bli mästaren och vilken uppgift som skall utföras. Detta är en möjlighet novisen har under introduktionsprogrammet; att kunna ta del av olika mästars kunskaper och erfarenheter utan krav att följa hela den organisatoriska arbetsprocessen.

Förmåga att hantera patientsituationer

I temat redovisas hur novisen skaffar sig erfarenhet från/av akuta patientsituationer samt hur de hanterar oförutsägbara och komplexa arbetsuppgifter och situationer. Det handlar om att lära sig hantera arbetsuppgifter och att utveckla handlingsberedskap.

Kategori

- Att utveckla handlingsberedskap i patientsituationer
 - Att hantera oförutsedda patientsituationer
 - Att utveckla säkerhet i arbetet
 - Att prioritera
 - Att fatta beslut
 - Att ha kunskap om befogenheter
-

Figur 7. Tema: Förmåga att hantera patientsituationer.

Att utveckla handlingsberedskap i patientsituationer

Genom att delta i olika patientsituationer och utföra olika arbetsmoment har noviserna lärt *hur* de ska gå tillväga och *varför*. Det innebär att ”veta hur” ett tillvägagångssätt går till, exempelvis när en patient hastigt försämras, vilka läkemedel som ska användas och vilken behandling som kan ges och *varför*. Noviserna skaffar erfarenhet från akuta patientsituationer redan under den första tiden i yrket.

Novisen beskriver i intervjun hur hon lär sig hantera akuta patientsituationer.

N1: Mm. I början var det ju, då var det ju inte så bra då blev det ju mer kaos så, så att då var man ju inte van vissa akuta tillfällen och så. Visste inte riktigt vad man skulle göra. Nu har man ju lärt sig det och frågar dom andra syrrorna.

I: Hur menar du att du har lärt dig?

N1: Ja, alltså man vet vid vissa tillfällen vid vissa akuta vet man hur man ska gå tillväga på ett speciellt sätt då (Intervju N1.3).

Genom att komma i kontakt med akuta patientsituationer och arbetsmoment får noviserna möjlighet att skaffa erfarenhet om olika tillvägagångssätt. Det kan handla om att noviserna lär *hur* de kan gå tillväga och *varför* i andra liknande situationer, vilket bidrar till att de vet *hur* en situation ska hanteras och *varför* tillvägagångssättet sker på ett visst sätt. När förtrogenhet med olika patientsituationer saknas och då flera moment skall hanteras samtidigt upplever

noviserna att situationen blir svåröverskådlig. I exemplet beskriver novisen att när förtrogenhet saknas är det svårt att veta vad som ska göras. När situationen upplevs svåröverskådlig kan det innebära att hon inte fungerar i yrkesutövningen och att hon inte kommer ihåg vissa arbetsmoment.

I de sista intervjuerna beskriver noviserna vad som varit mest utmärkande under första året. Första året har inneburit möjlighet att få erfara olika patientsituationer och skaffa den erfarenhet som krävs för att känna sig säkrare. Den säkerhet som novisen upplever i slutet av introduktionsperioden handlar om att känna igen det som upprepar sig i liknande patientsituationer.

N8: Ja. Nej, men det om man känner att man har en ökad kunskap och, och känner sig att, ja att man känner sig säkrare med den. Ja.

I: Vad är det som gör att du är säkrare?

...

I: Att du känner att du är säkrare?

N8: Det är att jag har, det är ju samma patienter man har. Och det är ju liksom man känner ju igen delarna liksom. Känner igen olika operationer och man vet ungefär hur det brukar gå och man känner till olika tillstånd som kan komma efter en operation och då förstår man vad det kanske kan vara och ja, det, det är att man erfarenheten som man har fått under det här året har ju lett till att man får mer kunskap (Intervju N8.4).

Sjuksköterskan tillägnar sig erfarenhet genom att delta i akuta patientsituationer under dag- och nattskift. Under nattskiftet skiljer sig förutsättningarna åt i en patientsituation från vad som sker dagtid. I följande citat beskriver novisen att observationen av patientens sjukdomstillstånd sker på ett annorlunda sätt när man arbetar natt.

I: Är det någon skillnad på när du jobbat dag och natt? Kan du se någon skillnad där?

N9: Det är nog det här lite mer att man får, man observerar patienten på ett annat vis tycker jag nattetid. Man eh, och det är väl lite det här att man har hela biten också.

I: Mm.

N9: För annars har man så mycket, undersköterskan gör så mycket och det. Det är oftast dom som ser patienten dagtid, mest.

I: Mm.

N9: För man har så mycket annat på dagtid. Det är ronder och det är papper hit och dit och det är anhöriga. Man ska prata i telefon och, så man ser inte patienten lika mycket då, utan då får man ju gå på, på undersköterskan då vad hon säger. Så det tycker jag att man, man tränar ögat mer och ser ett samband utav dom här tre stycken. Symtom och kropp ser man mycket bättre nattetid.

I: Mm (Intervju N9.1).

Arbetet på natten är organiserat på ett annat sätt än på dagen. På natten arbetar noviserna tillsammans med en erfaren sjuksköterska som även är handledare och en undersköterska. Ofta tjänstgör en extra undersköterska utöver ordinarie bemanning. I och med att vissa arbetsuppgifter minskar eller inte görs nattetid, som till exempel rondarbete, visst administrativt arbete, mindre kontakt med anhöriga, ökar omfattningen av tid för patienten. Även om sjuksköterskan ansvarar för fler patienter under nattskiftet har hon ökad möjlighet att observera förändringar i patientens sjukdomstillstånd. Tid är en väsentlig dimension för att kunna ”stanna till” hos patienten när sjuksköterskan ska iaktta förändringar. Genom att tillbringa mer tid med patienten kan noviserna lära sig iaktta förändringar i sjukdomstillståndet under längre och mer sammanhängande tid. Under nattskiftet är personalgruppen färre än under dagskiftet, och arbetet fördelas på färre antal personer och därmed får noviserna möjlighet att kunna öva på att observera förändringar i patientens sjukdomstillstånd. Det handlar om att ”se vad” som händer med patienten när förändringar i sjukdomstillståndet uppkommer och kunna tolka detta. I exemplet beskriver novisen att undersköterskan utför mycket omvårdnadsarbete med patienten under dagtid, vilket betyder att novisens möjlighet att observera patientens sjukdomsförändringar begränsas under dagtid. Att personalgruppen är mindre nattetid innebär att det är färre medarbetare och ett fåtal att rådgöra med, vilket medför ökat ansvar för novisen.

Att hantera oförutsedda patientsituationer

Noviserna har svårt att hantera patientsituationer som uppstår utanför det vanliga rutinarbetet med patienten. Det kan handla om oförutsedda akuta situationer eller situationer då patienten inte reagerar som novisen förväntat sig. Vid oförutsedda patientsituationer kan händelser som inträffar förbises eller inte klaras av. Det kan även inträffa att noviserna lämnar situationen ouppklarad eller att sjuksköterskor eller undersköterskor måste träda in och hjälpa till.

Följande utdrag ur fältanteckningarna beskriver hur novisen ej tar notis om en akut händelse. Novisen och undersköterskan arbetar tillsammans med morgonarbetet på en kirurgavdelning. På patientsalen finns fyra inneliggande patienter som behöver hjälp med olika moment vid morgontoalet. Novisen och undersköterskan arbetar med varsin patient på salen.

Den patient N13 jobbar med har fått sin bricka till det bord som står i mitten intill fönstret. Den patient som precis kommit in på salen har också fått sin frukostbricka. Han sitter upphöjd i sin säng och försöker äta. Han börjar hosta och det låter som han sätter i halsen. Låter tjockt och slemmigt. Jag väntar för att se om N13 och undersköterskan reagerar. Undersköterskan reagerar när hon går förbi honom andra gången. Hon tittar på honom, säger sedan frågande till N13 vad blir det med honom. N13 rycker på axlarna och säger: "Vet inte." Fortsätter sedan direkt till den patient hon varit hos tidigare. Går tillbaka innanför draperiet. Patienten hostar och det ser jobbigt ut. Ingen går fram till honom. Patienten hostar till och tar sin hand till munnen och spottar ut tre stora tabletter (Fältanteckning O8.N13.1).

Noviserna kan låta bli att lägga märke till en förändring hos patienten eller lämna en patientsituation ouppklarad. Detta tyder på att de inte har den yrkeskunskap och förmåga att kunna klara av att hantera oförutsedda patientsituationer, som exempelvis när patienten svält tabletter fel (vilket visas i exemplet ovan), uttalat missnöje med vårdssituationen, vid försämring av sjukdomstillstånd eller vid ordinerad medicinsk behandling. I situationer där det inträffar att noviserna förbiser en förändring av patientens sjukdomstillstånd eller lämnar patient eller medarbetare tar de inte heller något initiativ till att reda ut hur det ligger till. De rådgör inte med medarbetare om hur patientsituationer ska hanteras, vilket kan tolkas som att de har svårt att förstå konsekvenserna av sitt handlande. I lärprocessen ingår att lära sig *hur* olika förändringar i patientsituationer ska hanteras. I exemplet förbiser novisen medvetet situationen eftersom undersköterskan påpekar att patientens tillstånd förändrats. Att direkt fortsätta med annat arbete eller lämna en situation kan innebära att övrig personal och patient kanske inte uppfattar novisens oförmåga. Novisen har därmed ingen möjlighet att få stöd/hjälp av personalen.

Hur en annan novis går tillväga i en oförutsedd patientsituation beskrivs i följande utdrag ur fältanteckning. Novisen finns inne på en patientsal när en patient hastigt försämras. I situationen delar undersköterskan ut matbrickor samtidigt som hon försöker hålla uppsikt över den patient som senare försämras.

Patienten har svårt att klara matsituationen själv. Situationen utspelar sig under sen eftermiddag på en medicinavdelning.

Under tiden N5 sitter och matar patienten blir helt plötsligt patienten intill dålig. /.../ Undersköterskan hjälper sedan henne tillbaka i sängen. N5 säger till undersköterskan att patienten inte ser riktigt bra ut. Hon ber därefter undersköterskan att ta en saturation på patienten. Undersköterskan går iväg för att komma tillbaka med saturationsmätare. Hon kopplar mätaren till patientens finger. Undersköterskan frågar N5 hur hon läser av mätaren, om det är det översta värdet. N5 svarar att det är det. Mätaren piper efter en liten stund. Saturationen visar på 80. N5 säger till undersköterskan att hon ska gå ut till ansvarig sjuksköterska och berätta att patienten inte mår bra och att saturationen ligger på 80. N5 sitter fortfarande kvar hos den andra patienten och matar (Fältanteckning O1.N5.1).

För att hantera en oförutsedd patientsituation krävs att sjuksköterskan har erfarenhet av och kunskap om hur hon ska gå tillväga. Att ”veta hur” kan innebära att kunskap och förståelse finns för vad som händer i situationen. I exemplet skulle det kunna vara en anledning till att novisen uppmärksammar att en av patienterna försämras på salen. Trots denna erfarenhet prioriterar hon matningen av patienten och delegerar arbetsuppgifter till undersköterskan. Detta kan innebära att novisen inte bedömer att situationen är akut. Sjuksköterskan måste kunna ”se vad” som hänt, håller på att hända och ”tolka dessa tecken”. Utifrån detta har sjuksköterskan att bilda sig en uppfattning om patientens tillstånd för att kunna fatta ett beslut om vad som är nästa led i processen. Detta är något som ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter och det är hon som, av annan personal, förväntas ha kunskaper och handlingsberedskap när en patient insjuknar akut. Citatet kan också tolkas som att novisen har kontroll över situationen och att hon gör bedömningen att hon inte behöver göra något mer än att kalla på ansvarig sjuksköterska.

Följande utdrag ur fältanteckningarna beskriver ett samtal mellan novisen och mig om inskolningen. Inskolningen är individuellt anpassad på alla arbetsplatserna. På kirurgavdelningen omfattas första steget i parallelltjänstgöring av tre månader med möjlighet till individuell förlängning. Samtalet sker på en av flera mindre sjuksköterskeexpeditioner.

N4 sätter sig igen och fortsätter skriva i det utskrivningspapper hon påbörjat tidigare. Jag frågar om det är bestämt hur länge N4 skall gå inskolning. N4 svarar att: ”De säger ju att vi har så här lång inskolningsperiod och då blir det ju att man fortsätter och går.” N4 menar de tre månader som är bestämt inom kirurgavdelningarna. Hon fortsätter: ”Det måste nog vara någon som säger till

en att nu är det slut. Det tror jag inte att man gör själv. Det behöver vara någon som säger till att nu är det dags att gå själv”. Jag frågar: ”Känner du som att du skulle kunna gå själv nu?” N4: ”Både och. Det kanske skulle gå, men skulle det bli något akut så skulle jag nog inte fixa det. Det här andra skulle säkert gå bra” (Fältanteckning O4.N4.4).

Den osäkerhet som finns inför oförutsedda och akuta patientsituationer kan bidra till att novisen har svårt att avgöra när det är dags att avbryta inskolningen. En inskolningsperiod innebär inte alltid att noviserna får tillräckligt med möjligheter att erfara och själv handla i komplicerade patientsituationer, vilket innebär att handlingsberedskap inte utvecklats till fullo under denna period. Novisernas oförmåga att hantera oförutsedda patientsituationer kan bero på att dessa situationer inte förekommit eller förekommit sällan under utbildningstiden och under den första tiden i yrket. Detta skiljer dessa situationer från rutinarbete vilket ges stora möjligheter till träning. I exemplet menar novisen att hon förmodligen skulle klara av rutinarbetet men är tveksam till om hon skulle klara av en akut situation. När oförutsedda patientsituationer uppstår uttrycker novisen därför behov av stöd av handledaren.

Följande utdrag ur fältanteckningarna visar novisens behov av stöd när hon inte upplever sig klara av situationen. Novisen och erfaren sjuksköterska befinner sig på expeditionen under sen förmiddag.

En sjuksköterska säger till N6 att ringa till en anhörig att det är viktigt. N6 har fullt upp och säger att hon inte vet hur hon skall hinna allt. Det blir för mycket för N6. /.../ N6 börjar gråta och berättar hur mycket hon har att göra. Sjuksköterskan hjälper henne att reda i detta. Vad hon skall prioritera. Att hon skall ringa först och ge injektionen med Impugan sedan. N6 berättar om undersökningen som skall göras och att hon aldrig gjort det tidigare. Sjuksköterskan frågar henne när det skall göras. N6 vet inte. Att en patient skall rapporteras över och hon vet inte vad hon skall säga. Sjuksköterskan säger till henne att ringa om detta först. Ge injektionen sedan och därefter droppet (Fältanteckning O4.N6.12).

Noviserna har behov av stöd av sjuksköterskor i situationer som de inte kan klara av att hantera själva. Det kan handla om situationer som innefattar flera oförutsedda händelser, arbetsuppgifter och rutinarbete som skall hanteras samtidigt. Noviserna har inte förmåga att ”se hur” flera oförutsedda händelser ska klaras av och *hur* de ska prioriteras samtidigt med rutinarbetet. Det förekommer även att händelser och arbetsuppgifter ska hanteras för första gången av noviserna, som exempelvis överrapportering av patient, akut sjukdomstill-

stånd, undersökning, och då noviserna inte vet hur allt detta ska klaras av. Att inte ”veta hur” arbetsuppgifter skall klaras av och *hur* de skall prioriteras kan leda till frustration och tveksamheter. En erfaren sjuksköterska har då möjlighet att skapa struktur och underlätta novisens läroprocess.

Att utveckla säkerhet i arbetet

Den osäkerhet som uppstår vid oklarheter kring uppgifter som skall utföras eller inför nya arbetsuppgifter hindrar noviserna i omvårdnadsarbetet. Osäkerhet finns inför arbetsuppgifter som uppfattas svåra att förstå, som utförts ett mindre antal gånger eller inte utförts alls tidigare. Exempel på svårigheter är att utföra EKG undersökning, hantering av central venkateter, hantering av EDA-pumpar, hantering av avlidna, provtagningar, byte av subkutan venports nål.

I: Vad har det varit för någonting som du varit osäker på?

N8: Det kan ha varit eh, EDA-pumpar och eh, porta-cath:er och CVK:er. Det hade jag kvar länge som jag tyckte var lite jobbigt, eftersom jag inte hade gjort det så många gånger så blir det att man tycker det, man drar sig för och göra det.

I: Mm (Intervju N8.4).

Osäkerhetskänsla kan uppstå när erfarenhet saknas *hur* en arbetsuppgift ska hanteras. Att erfara och skaffa sig erfarenhet är delar som ingår i läroprocessen för att utveckla yrkeskompetens. När osäkerhet uppstår kan noviserna välja mellan att avvakta med att utföra arbetsuppgiften, delegera den till medarbetare eller utföra arbetsuppgiften. När novisen inte vågar erkänna osäkerhet eller upplever oro kan det leda till ett hinder i utförandet av arbetsuppgiften. Detta kan innebära att noviserna inte erkänner för övrig personal sin osäkerhet inför att utföra en arbetsuppgift. Att inte våga berätta om sin osäkerhet kan leda till att de inte utför arbetsuppgiften eller håller sig borta från den under en tidsperiod med följd att annan personal utför den.

Följande utdrag ur fältanteckningarna beskriver hur novisen försöker delegera en arbetsuppgift på grund av osäkerhet inför att utföra uppgiften själv. Novisen, undersköterska och sjuksköterska befinner sig i korridoren strax utanför expeditionen under sen förmiddag. Situationen utspelar sig på en medicinavdelning strax efter rond. Novisen arbetar självständigt med möjlighet till stöd av handledande sjuksköterska.

N1 säger att hon får gå ut och se om det finns någon som kan ta ett EKG på patienten. I annat fall får hon göra det själv säger hon. Vi går ut i korridoren igen. Denna gång ser hon en undersköterska direkt. N1 går fram till en undersköterska som precis varit in till en patient och lagt om ett sår. /.../ N1 går fram och frågar henne om hon kan ta ett EKG på en patient. Hon svarar att det kan hon inte, eftersom hon måste åka hem. Det är någon av hennes barn som fått magsjuka. N1 blir lite ställd. Det märks att hon funderar på vem hon nu skall fråga. Istället kommer den sjuksköterska som hon bett ta ett blodprov tidigare. /.../ N1 går fram till henne och frågar om hon kan ta EKG. Hon svarar att hon inte kan ta EKG så därför kan hon inte göra det åt henne. Det kommer en annan undersköterska mot oss och då frågar sjuksköterskan henne om hon kan ta EKG. Hon svarar att det kan hon. /.../ N1 berättar även att hon inte kan ta EKG tillräckligt bra och skulle egentligen behöva vara med för att lära sig. Sjuksköterskan och N1 pratar lite om det här att de inte kan ta EKG och att de måste få vara med för att lära sig (Fältanteckning O4.N1.5).

Vid osäkerhet för en arbetsuppgift kan novisen delegera arbetsuppgiften till annan personal. Delegering kan pågå under så lång period att novisen inser att ett avslöjande kan komma att ske. Oron för att bli avslöjad av någon personal finns hos novisen. Känslan av osäkerhet uppstår när noviserna inte har/haft möjlighet att öva i tillräcklig utsträckning eller fått stå bredvid när handledare utfört arbetsuppgiften. Novisens möjlighet att lära sig genomföra arbetsuppgiften fördröjs därmed. I utvecklingen av yrkeskunnande ingår att handla självständigt. Det handlar om att skaffa sig erfarenhet om olika handlingsätt. I exemplet berättar inte novisen först om sin osäkerhet utan delegerar arbetsuppgiften till en undersköterska. När den erfarna sjuksköterskan berättar att hon inte kan ta EKG erkänner novisen detsamma. Den erfarna sjuksköterskan är nyanställd på avdelningen.

I följande citat beskriver novisen den osäkerhet som finns innan hon själv har utfört en ny uppgift.

I: Vilka situationer kan det vara?

N8: Jo, men det kan vara rent praktiska saker, man till exempel lägger om en PVK. Såna grejer som man inte har gjort själv någon gång.

I: Nej, utan man kanske bara...

N8: Allt som är nytt.

I: Allt som är nytt?

N8: Mm. Först in, alltså första gången innan jag har gjort det själv liksom då är

jag väldigt osäker. Men när jag väl har gjort det då går det jättebra. Det kan jag bara ja, lägga om CVK till exempel det har jag aldrig gjort själv.

I: Nej.

N8: Så att det drar jag mig för att göra fast liksom bara för att jag inte gjort det, mm. Det har jag inte ens gjort än vet du (Intervju N8.2).

Det finns en osäkerhet hos noviserna inför arbetsuppgifter som ska utföras för första gången under handledning eller på egen hand. Osäkerhetskänslan inför att hantera nya arbetsuppgifter självständigt kan handla om att noviserna inte vet *hur* en arbetsuppgift ska genomföras. En sjuksköterska ska behärska tekniken och skötseln av platskateter som lagts in i en perifer eller central ven i syfte att bl.a. tillföra infusioner och läkemedel. För att kunna hantera tekniken och skötsel av katetrarna krävs att noviserna förstår *hur* tillvägagångssätten går till. Dessa uppgifter kräver ständig övning för att noviserna ska kunna uppgifterna.

Att prioritera

Det är svårt att ”veta vad” som är viktigt att rapportera till exempel i en rond- eller rapportsituation. Det upplevs som frustrerande och oroligt att exempelvis inte veta vad som är viktigt att prioritera i patientinformationen med utgångspunkt i frågor som ställs under rond- och rapportsituation eller i den mängd information som finns i dokumentationen om patientens hälsotillstånd. Den oro som upplevs finns både före och under en rond- och rapportsituation.

Novisen beskriver i följande utdrag ur fältanteckningarna att rond- och rapportsituationen varit svåra moment. Novisen, jag och sekreterare befinner oss på en medicinavdelnings expedition. Det är förmiddag.

Jag frågar hur N17 tycker att det är på ronderna. N17 säger att hon känner sig avslappnad nu, men ronden har varit jättejobbig. I börjar var hon jättespänd berättar hon. Även rapporteringen tycker hon är väldigt jobbigt. Att veta vad hon skall ta upp är svårt, vad som är viktigt (Fältanteckning O2.N17.5).

Noviserna anser att rond och rapport är svåra moment att klara av och svårigheterna består i att kunna prioritera vad som är viktigt i patientinformationen, att ”veta vad” som har en väsentlig innebörd. Noviserna har svårt att slappna av i dessa situationer och är koncentrerad på att försöka förstå vad som är vik-

tigt. Detta kan handla om att mängden patientinformation är för stor och det blir därmed svårt att sortera och prioritera vad som är viktigt. Detta kräver en betydande ansträngning av noviserna.

I följande citat beskrivs novisens upplevelse att ”veta vad” som är viktigt att rapportera muntligt om till medarbetare.

N13: ... Det ser man när man rapporterar över patienter det är ju också svårt. Sen när man har lärt sig tycker jag inte det är svårt. För då vet man ändå liksom vad dom behöver veta.

I: Ja.

N13: Men när man bara har haft dom en liten stund så där, då tycker jag, då är det väldigt svårt veta vad dom, vad man behöver rapportera över och vad dom kan läsa sig till. För jag menar man kan inte dra allt.

I: Nej (Intervju N13.1).

Svårigheten är att ”veta vad” som ska prioriteras och vad personalen redan vet. Det finns förväntningar, från övrig personal, på att sjuksköterskan har kunskaper om vad som är väsentligt att veta om patienten. Ofta är det till sjuksköterskan som övrig personal vänder sig till för att få aktuell patientinformation. Novisen känner osäkerhet inför att viktig patientinformation inte rapporteras. I exemplet har novisen inte haft ansvar för patienten någon längre tid, vilket innebär krav på att snabbt kunna bilda sig en uppfattning om vad som är väsentligt. Att inte ha tillräcklig kunskap om patienten är viktiga faktorer som kan påverka prioriteringen.

Att inte ha patientkännedom och att inte vara uppdaterad, gör det omöjligt att informera övrig personal om väsentligheter under rondan. Detta kan, som i exemplet nedan, förklara varför novisen i början av introduktionsperioden inte vågar erkänna att patientkännedom saknas. Personalen vet därför inte varför novisen inte kan svara. Novisen har heller inte någon att dela sin oro med. Med större erfarenhet har novisen lärt sig att hantera dessa situationer och inser att hon inte kan veta allt.

N8: Men nu kan man liksom komma, alltså man försöker sitta och läsa igenom patienterna så klart, men man kan, jag kan komma till rondan ibland och säga att eh, faktiskt inte träffat dom förut, så jag vågade inte svara på det och det och

det. Men förut skulle jag ha panik och komma och säga så. ... Och nu vet man liksom att ja, men jag får väl sätta mig och läsa sedan helt enkelt och ja, göra det som är viktigast just nu sedan får jag ta det andra sen.

I: Mm (Intervju N8.3).

Oro både före och/eller under rond handlar även om ovissheten om vilka frågor som kommer att ställas till novisen. I utdraget ur fältanteckningen beskrivs oron inför vilka frågor läkarna ska ställa i rondsituationen.

N18 berättar att hon tycker det är jobbigt med ronder. N18 berättar att hon är orolig för att läkarna skall ställa frågor till henne som hon inte kan svara på (Fältanteckning O1.N18.5).

Den oro som upplevs föranleds av en rädsla inför att få frågor från personalen och att inte kunna besvara dessa. Det handlar om vad som kan anses vara väsentligt att ställa frågor om, dvs. vad som är viktigt att veta något om. Ovissheten kan handla om att inte veta skälet till varför något är viktigt att veta. Skälet är grund för varför en viss kunskap behövs. Noviserna upplever även att kravet på dem som sjuksköterskor är att de skall kunna ge information.

Att fatta beslut

I sjuksköterskans funktion ingår att fatta beslut om att omvårdnadsuppgifter ska utföras, hur de ska utföras och av vem. Detta är en nödvändighet för att omvårdnadsarbetet ska fungera, vilket också lärs under utbildningstiden och under den första tiden i yrket. I vissa situationer händer det dock att noviserna fattar beslut på oklara grunder som t.ex. om läkemedel som skall ges till patienter, beslut under vårdplanering, om hur urin ska hanteras i samband med smittorisk, vid mätning eller vid hantering av teknisk apparatur. Trots att noviserna är osäkra på hur arbetsuppgiften ska genomföras kan de ibland utföra den ändå.

Följande utdrag ur fältanteckningarna beskriver hur novisen fattar eget beslut om hur mycket injektionsvätskan Lanacrist ska spädas trots att oklarhet om lämplig mängd saknas i FASS instruktioner. Novisen är hos en patient som skall injiceras med Lanacrist. Hon befinner sig på en enkelsal intill sköljrummet på en kirurgavdelning. Det är morgon och klockan närmar sig halv nio och novisen administrerar morgonens läkemedel till patienterna.

Berättar även att hon läst om injektion Lanacrist och att det bara stått i FASS att injektionsvätskan skulle spädas vid i.v injektion men inte med hur mycket, därför har hon bara bestämt själv hur mycket hon skulle späda med (Fältanteckning O5.N15.2).

Problemet kan vara att novisen inte vill visa sin osäkerhet inför annan personal och rådgör därför inte med någon annan personal innan beslut fattas. Att fatta egna beslut om val av handlingsalternativ kan å andra sidan handla om en frigörelseprocess från bundenheten till erfarna sjuksköterskor. I exemplet framgår att novisen inte vet hur mycket en injektionsvätska ska spädas innan injektionen ges till patient. Novisen bestämmer sig för hur mycket hon antar att injektionsvätskan ska spädas med. Om sjuksköterskan fattar beslut utan underlag innebär detta att hon chansar på att det blir rätt. I sjuksköterskans beslutsfattande ingår att kunna avgöra vad hon kan fatta beslut om med utgångspunkt dels i att tillförsäkra patienten en säker vård, dels i det egna kunnandet. I situationer där novisen inte handlar ensam utan där sjuksköterskor, läkare eller undersköterskor deltar kan felaktiga beslut hindras eller korrigeras.

Även om novisen har svårt att tyda läkarnas läkemedelsordinationer i läkemedelsjournalen fattar hon beslut om att administrera läkemedelsdosen till patienten, vilket beskrivs i följande utdrag ur fältanteckning. Novisen befinner sig inne på en kirurgavdelnings patientsal. Klockan är kvart över åtta på morgonen. Novisen delar ut morgonmedicinen.

N15 berättar för mig hur otydligt läkarna skrivit in injektion Lanacrist i läkemedelslistan. Snart händer det att något blir fel säger hon vidare. Berättar att hon har frågat flera av sjuksköterskorna hur de tolkar det som står ordinerat. I rutan där ordinationen skrivs in står att läsa injektion Lanacrist 0,25 mg/ml och längre ut i de rutor där ändring av ordination skrivs står 0,5 ml. N15 upprepar att så här får det ju bara inte stå att det är hur lätt som helst att göra fel. Och det är ju viktigt att det inte blir fel säger hon till patienten som nickar. N15 berättar att hon gett patienten 0,5 ml trots att hon är osäker på om det är rätt (Fältanteckning O5.N15.1).

När sjuksköterskor inte kan tyda läkares läkemedelsordinationer uppstår en risk att administrera fel läkemedelsdos till patienten. Även om novisen i exemplet känner oro inför att göra misstag fattas beslut om att administrera läkemedlet kanske för att inte visa osäkerhet inför patienten, men hon utsätter därmed patienten för en uppenbar risk. Novisen ger inte någon förklaring till varför hon valt att ge den mängd injektionsvätska som ordinerats sist.

Ytterligare ett exempel är när en novis fattar beslut om att hantera teknisk apparatur utan att veta hur det ska gå till. Patienten är kopplad till droppräknare. Novisen och undersköterska befinner sig på en sal med fyra patienter under sen förmiddag. Situationen utspelar sig på en kirurgavdelning.

N14 går bort för att koppla bort ett dropp på en patient som skall få nya kläder. Vi går in på en tvåsal, där två kvinnor har sina platser. /.../ Patienten har en EDA-pump och infusionspump. Det är slangar som går till olika ställen. Nu skall patienten ha nålen kvar vilket gör att det måste kopplas ifrån, därför har hon hämtat N14. N14 kopplar bort detta snabbt. Det märks att bortkopplingen har hon gjort många gånger nu. När hon ska få igång infusionspumpen blir hon osäker. Trycker på knapparna. Vänder sig till mig och frågar om jag vet hur det här skall göras, för hon är inte så bra på droppräknare (infusionspump). Jag går inte fram och hjälper henne utan hon får fixa detta själv. Helt plötsligt går det igång utan att hon egentligen förstår hur det gick till. Den registrerar på 100 ml. Hon säger högt: ”Men hur blev detta. Ja, ja nu går den i alla fall” (Fältanteckning O7.N14.21).

Att novisen fattar beslut att hantera teknisk apparatur utan att veta hur den fungerar samtidigt som patienten är kopplad till den tyder på att hon inte är medveten om de risker som finns i samband med sådant handhavande. Novisen visar stor osäkerhet vid hantering av teknisk apparatur genom att trycka osystematiskt på knappar. Novisen tycks ha ett begränsat handlingsperspektiv och handlar spontant utifrån den tanke som först dyker upp i medvetandet. I denna beslutsprocess saknas eftertanke om sin ”novishet” och om de konsekvenser som kan uppstå. I sjuksköterskans yrke ingår att kunna rådfråga eller rådgöra med andra sjuksköterskor, läkare och undersköterskor när problem uppstår vilket inte novisen gör. Det förekommer vid något tillfälle att en undersköterska upptäckt att inställningen av teknisk apparatur varit fel och sagt till novisen att korrigerat felet. Att hantera teknisk apparatur utan att ”veta hur” kan bl.a. handla om okunskap om gällande föreskrifter, säkerhetsrutiner och/eller att hon inte haft möjlighet att öva på olika moment i tillräcklig utsträckning under utbildning och den första tiden i yrket. Trots osäkerhet inför hantering av infusionspump beslutar hon sig ändå att starta infusionspumpen. Hon följer således inte de föreskrifter och säkerhetsrutiner som finns, vilket får betraktas som ett icke professionellt handlande.

När noviserna upplever att de inte klarar av sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt är det lätt att lägga skulden på utbildningen vilket följande citat visar.

N2: ... jag struntar i om folk tycker att jag borde kunna det.

I: Mm.

N2: För det är inte mitt fel att jag inte fått reda på det, reda på det i min utbildning (Intervju N2.2).

Att ha kunskap om befogenheter

Att inte ha kunskap om de befogenheter som sjuksköterskan och undersköterskan har i sin yrkesutövning kan innebära att noviserna kan överträda dessa. Det kan till exempel handla om att de inte har kunskap om vem som får utföra vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, vilket regleras av Socialstyrelsen.

I följande utdrag ur fältanteckningarna beskrivs hur handledaren stoppar novisen från att berätta för en patient om ett röntgensvar som kommit. Situationen uppkommer på en av medicinavdelningens expeditioner under sen eftermiddag. Novisen, handledaren och en undersköterska befinner sig på expeditionen.

N1 går in på expeditionen igen. Handledande sjuksköterska sitter inne vid skrivbordet. Hon söker den kvinnliga underläkaren för att hon är osäker på vad det skall bli för den patient som skall hem. Handledande sjuksköterska pratar med en av personalen och under tiden läser N1 det röntgensvar som kommit på den patient som eventuellt skall gå hem. N1 frågar handledande sjuksköterska om hon skall gå in och lämna svaret till patienten. Handledande sjuksköterska svarar ”Nej, nej, det får du inte göra” (Fältanteckning O5.N1.9).

Även om kunskaper om befogenheter saknas rådfrågar noviserna inte alltid någon annan personal om vad som får informeras. Möjligheten finns att misstag begås. Vilka konsekvenser som skulle kunna uppstå är svårt att veta, men det skulle exempelvis kunna leda till att patient och/eller anhöriga delges information som läkaren skulle ha delgett. Vid några tillfällen har erfaren sjuksköterska ingripit och kunnat avstyra misstag. Misstagen har då handlat om vad novisen planerat att utföra. Svaret kan ses som en markering till novisen vad en sjuksköterska har rätt till i yrkesutövningen. En sjuksköterska måste vara påläst och insatt i *vad* hon får utföra i sitt arbete.

Att insikt om undersköterskans befogenheter också kan saknas beskrivs i följande utdrag ur fältanteckningarna. Novisen och undersköterskan befinner sig

i personalrummet. Novisen rapporterar till undersköterskan om vad som framkommit under rondan. Klockan är cirka halv elva på förmiddagen. Novisen och undersköterskan är ensamma i personalrummet på en medicinavdelning.

N3 tar upp att sonden skall dras, N3 frågar undersköterskan: "Har du gjort det?"
Undersköterskan: "Nej." Hon berättar att hon inte får göra detta utan det skall sjuksköterskorna göra. N3 berättar att hon aldrig dragit ut en sond och nu undrar hon hur man gör. Undersköterskan berättar att hon varit med och satt en sond, men inte när de dragit ut den. /.../ (Fältanteckning O4.N3.6).

I detta citat framgår att novisen inte vet vilka befogenheter olika yrkesgrupper har. Ett sätt för novisen att klargöra vad som gäller är att fråga personalen. När kunskap om olika yrkesgruppers befogenheter saknas handlar det även om förståelse om vissa yrkesgruppers formella och reella kompetens att utföra vissa arbetsuppgifter. I sjuksköterskans yrke ingår att veta vilken kompetens som krävs för att kunna utföra vissa arbetsuppgifter och hon har möjlighet att delegera arbetsuppgifter till annan personal med formell och reell kompetens. Okunskap om olika yrkesgruppers formella kompetenser kan innebära att noviserna inte kan förutse de konsekvenser som kan uppstå av ett handlande och hur detta ska hanteras. I exemplet har novisen formell kompetens för uppgiften. Novisen saknar dock kunskap om orsaken till att en sjuksköterska ska utföra uppgiften. Svaret som ges av undersköterskan kan vara en markering till novisen och ett klargörande om olika yrkesgruppers befogenheter när det gäller denna uppgift.

Sammanfattning

Inskolningsprogrammet omfattade ett år och under detta pågick parallelltjänstgöringen med erfaren sjuksköterska under en begränsad tid. Resultatet visar att noviserna fick begränsade möjligheter att under inskolningsperioden handledas i komplicerade och oförutsedda patientsituationer. Det är främst rutinuppgifter som handledarna handleder i och som övas, vilket får konsekvenser då noviserna efter inskolningen ska försöka klara av komplicerade och akuta patientsituationer självständigt. För att kunna klara de tekniska uppgifterna krävs övning och utbildningen har inte givit möjlighet till detta. Får inte en sjuksköterska tillräcklig undervisning i hantverket kan det medföra risker för att patienter felbehandlas. Noviserna vet att uppgifter ska utföras, men de saknar det hantverkskunnande som krävs. Det finns även krav från personalen att noviserna successivt ska arbeta självständigt, vilket noviserna även försöker. Kravet från omgivningen gör att de ibland utför uppgifter utan att vara riktigt

säkra på hur dessa ska hanteras. De fattar beslut utan kunskapsunderlag och ibland överträder de sina befogenheter. Vilka befogenheter och ansvarsområden de har är oklara liksom vilka konsekvenser detta kan få. En uppenbar risk finns således att de utför arbetsuppgifter som de inte har kompetens eller befogenheter för och utsätter patienten för risker. Novisernas begränsade erfarenhet av olika patientsituationer bidrar till att de har svårt att förstå konsekvenserna av sitt handlande. För att förstå *vad* något handlar om och *hur* något går till och *varför* något görs på ett visst sätt krävs att noviserna får erfara och utveckla sin kompetens. Trots att de har begränsad erfarenhet av komplicerade och oförutsedda patientsituationer och ingår i ett introduktionsprogram flyttas ändå två av noviserna över på nattjänstgöring. På natten har de betydligt svårare att få handledning i olika patientsituationer, eftersom färre personer arbetar på natten. För dessa noviser ställs ännu högre krav på att arbeta självständigt.

Det verkar inte som att noviserna är förberedda för de yrkeskrav som vårdverksamheten ställer. Möjligtvis har utbildningen förberett de nyutexaminerade sjuksköterskorna för isolerade uppgifter, men verksamheten är mer komplicerad än så där kravet finns att arbeta med en mängd avancerade uppgifter, vilket kräver andra förmågor. Det är kanske här överbryggningen borde vara mellan utbildningen och vårdverksamheten.

Att organisera det egna arbetet

Temat beskriver hur novisen utvecklar hjälpmedel för att organisera vårdarbetet och för att skaffa information.

Kategori

- Att göra egna anteckningar
 - Att jämföra anteckningar med kollega
 - Att använda anteckningar
 - Att ställa frågor
-

Figur 8. Tema: Att organisera det egna arbetet.

Inom sjukvården används datorbaserade informationssystem i syfte att höja kvalitet och effektivitet i sjukvården. Olika datorbaserade informationssystem som används är exempelvis Melior och Cambio Cosmic. I systemen finns exempelvis moduler för vårddokumentation, provtagning och läkemedel. Utöver databaserade informationssystem används pappersjournal eller ”pappersdatorjournal” via datajournalutskrift. Omvårdnadsjournal förs ibland på papper och sätts i patientpärm. Detta innebär att flera system används parallellt med datainformationssystemet. Datorbaserade informationssystem och/eller patientpärmar med pappersjournal används antingen av flera yrkeskategorier eller av den egna yrkesgruppen, vilket innebär att tillgängligheten till datorer och patientpärmar försvåras. Det förekommer även att personalen upplever att datorerna fungerar långsamt mellan olika system. Trots de utvecklade informationssystemen utvecklar sjuksköterskor egna system där patientinformation överförs från datorbaserade informationssystem och pappersjournal till egna anteckningar. Kortare anteckningar om varje patient skrivs på anteckningsblock och är ofta indelade efter ett system, med olika sektioner och texter skrivs med olika färgpennor. Anteckningarna används i den dagliga patientvården och under rond- och rapportsituationer. Metoden att skriva egna anteckningar utvecklas i vårdverksamheten och sker parallellt med det officiella kravet på dokumentation. Det är lätt för bl.a. sjuksköterskor att använda egna anteckningar eftersom de går snabbt att revidera och de kan alltid hållas aktuella genom att de uppdateras efter hand i kontakten med kollegor, patienter och då olika beslut fattas. Men det föreligger en risk med att information som överförs och skrivs vid flera gånger lätt kan leda till att uppgifterna blir felaktiga.

Att göra egna anteckningar

Noviserna skriver och strukturerar anteckningar som senare används som ett hjälpmedel i vårdarbetet. Den text som skrivs följer en viss struktur och skrivs med olika färgpennor. Struktur och färgmarkering utvecklas successivt av noviserna på ett personligt sätt. Anteckningar är en kortare nedskrivna text som används som ett stöd för minnet där vissa delar är skrivna i punktform eller indelade i olika sektioner. Anteckningarna handlar om ett sätt att organisera patientinformation och de arbetsuppgifter som skall utföras, genom att skapa ordning och mening, för att kunna hantera komplex information. Egna anteckningar skrivs under muntlig- och läsrapport, före/under rond och vid tillfällen då patientinformationen förändras. Noviserna använder ett eller två anteckningsblock då anteckningar skrivs.

I följande fältanteckning beskriver novisen svårigheten att skriva anteckningar och att finna en struktur för hur innehållet ska organiseras. Novisen och handledaren befinner sig på en medicinavdelnings expedition under förmiddagen.

N3 tar upp hur hon skriver egna anteckningar med handledande sjuksköterska. N3 tycker att det här är svårt. Det är svårt att formulera så att jag förstår vad jag har skrivit menar N3. Hennes system är att skriva upp allt som är viktigt och allt som skall göras i ett slags punktsystem. Hon berättar att när hon sedan börjar jobba med arbetsuppgifterna bockar hon av dem en efter en. N3 tycker att det skulle vara bra om hon kunde få lite tips om hur anteckningar kan skrivas, för det här är svårt (Fältanteckning O1.N3.6).

Att skriva anteckningar upplevs svårt av noviserna. Svårigheten är att sortera och strukturera innehållet till ett system som kan förstås och användas i arbetet under arbetsdagen. I exemplet eftersöker novisen exempel på hur egna anteckningar kan skrivas. Egna anteckningar kan struktureras på olika sätt som exempelvis i löpande text, punktform, kolumner, sektioner och löpande text med marginal. Anteckningarna innehåller även siffror och symboler. Siffror anger exempelvis klockslag, ordinerad mängd läkemedel och symboler som används kan exempelvis vara rektangel. Rektangel symboliserar en ruta i vilken utförd arbetsuppgift bockas av i. Detta kan vara ett sätt att inte glömma arbetsuppgifter som ska utföras eller utföras vid bestämda klockslag. Det handlar om att organisera och skapa en innebörd i materialet för att minnas. Noviserna använder alltid olika färgpennor för att särskilja patientinformation. Under/direkt efter läsrapport skriver noviserna av väsentlig patientinformation från

omvårdnads- och medicinsk dokumentation till egna anteckningar. När två anteckningsblock används antecknas exempelvis anamnes, diagnos och utförda undersökningar på ett block. På nästa block antecknas exempelvis läkemedel, behandling och åtgärder.

Svårigheter att skriva egna anteckningar kan leda till att noviserna försöker utveckla och pröva olika sätt att strukturera egna anteckningar. Novisen beskriver i följande fältanteckning att hon skall pröva ett nytt sätt att strukturera sina anteckningar. Situationen utspelar sig på expeditionen under eftermiddagen.

N16 säger att hon ska prova en ny struktur nu. Jag svarar: ”Jaha”. N16 börjar skriva salsnamn och namn på patient med blå bläckpenna. Grön bläckpenna med det som skall tas upp vid ronden. Det som kommer fram under ronden skall hon skriva med röd bläckpenna förklarar N16 för mig. N16 börjar skriva upp på lika sätt för alla sju patienter som hon ansvarar för. Drar ett blått vågigt streck mellan patienterna för att avgränsa platsen mellan patienterna. För övrigt har hon sina anteckningar som förut. Flera anteckningsblad från läsrapport och ett blad med rutor på för tider som hon skall komma ihåg. Där kryssas också när hon gett antibiotika eller annan medicin till patienten. Skriver klart det som behövs inför ronden (Fältanteckning O9.N16.1).

Att pröva ett nytt sätt att strukturera och använda olika färgpennor handlar om att utveckla ett sätt att skriva anteckningar som är kortfattade, lätt att läsa och som markerar olika delar av patientinformationen. Detta kan innebära att noviserna blivit medvetna om hur väsentlig patientinformation kan skiljas ut och struktureras. Röd färgpenna kan användas då patientinformation anses viktig, som exempelvis vid åtgärder som ska utföras, när något skall uppmärksammas och informeras om under rond eller när ny patientinformation tillkommit under rond. Färg i kombination med visst ord refererar således till en innebörd. Patientinformation som antecknats med röd färgpenna kan dessutom strykas under i texten, vilket ytterligare förstärker dess vikt. I exemplet beskriver novisen att det som skall informeras om under rond antecknas nu med grön färgpenna. Blå färgpenna används vid anteckningar som handlar om patientens anamnes, diagnos, undersökningar som är utförda och läkemedel som patienten är ordinerad.

Att jämföra anteckningar med kollega

Genom att jämföra egna anteckningar med en erfaren kollega värderas egna anteckningar i förhållande till kollegans anteckningar och kan lättare förstås och överföras. Novisen ser därmed vad som är viktigt att anteckna. Det handlar också om att bedöma likheter och skillnader i anteckningarna och när skill-

nader upptäcks korrigerar noviserna de egna anteckningarna. Jämförelsen av anteckningar kan ske under rond- och rapportsituation.

Hur novisen går tillväga när en jämförelse av anteckningar sker beskrivs i följande fältanteckning. Situationen utspelar sig under en förmiddagsrond på en medicinavdelning.

N1 ställer sig intill sin handledare. Jag placerar mig strax intill N1. Handledande sjuksköterska och N1 står beredda med varsitt anteckningsblock och pennor. Beredda för att skriva ner vad överläkaren säger. N1 iakttar handledarens anteckningar och skriver lite i sina egna anteckningar (Fältanteckning O1.N1.3).

När jämförelser av anteckningar sker placerar sig noviserna intill handledare och erfarna sjuksköterskor eller flyttar sig närmare sjuksköterskan för att lättare kunna iaktta vad hon antecknat. Handledaren kan ses som en modell, för hur anteckningar kan skrivas. Att iaktta handledarens anteckningar underlättar och förenklar egen värdering av innehållet i anteckningarna. En jämförelse kan även ske när en sjuksköterskas anteckningar tas över av novisen efter att hon slutar sin arbetsdag. Att jämföra anteckningar bidrar till att förstå *vad* som anses väsentligt att anteckna under rond- eller rapportsituation. I exemplet fyller novisen på med egna anteckningar efter jämförelse. Detta tyder på att novisen missat anteckna information under rondsituationen. Däremot säger det inte något om den nya informationen är väsentlig för patientens fortsatta vård.

Följande fältanteckning beskriver hur novisen kontrollerar handledarens anteckningar om rapporterad patients läkemedelsordination. Novisen och medarbetare befinner sig på avdelningschefens expedition under eftermiddagens rapport. Situationen utspelar sig på en kirurgavdelning.

N15 iakttar handledande sjuksköterskas anteckningar. Rapportrande sjuksköterska växlar med nästa sjuksköterska som ska rapportera två patienter. N15 frågar: "Är det D-salen vi har också då?" Handledande sjuksköterska svarar: "Ja." N15 iakttar återigen handledande sjuksköterskas anteckningsblock, för att iaktta en patients rapporterade läkemedelsdos (Fältanteckning O1.N15.2).

Handledare är oftast placerad intill noviserna under rond- och rapportsituation. Handledare placerar ofta anteckningsblocket på ett sätt att noviserna kan iaktta deras anteckningar. Detta kan tyda på att handledare är medvetna om novisernas behov av att kunna kontrollera och jämföra anteckningar. Även om noviserna antecknat patientinformation som rapporterats eller ordinerats kan behov

ändå finnas att kontrollera om uppgiften stämmer med kollegas anteckning, för att vara säker på att hon uppfattat patientformationen korrekt.

Att använda anteckningar

Noviserna använder egna anteckningar som ett hjälpmedel för att dels söka faktainformation om patienten, dels prioritera olika arbetsuppgifter. Anteckningar används i exempelvis rondsituation, i patientsituation och när läkare eller medarbetare söker viss patientinformation. Det är till sjuksköterskan övrig personal, patient och anhöriga vänder sig med sina frågor och det finns förväntningar på att hon ska kunna besvara de frågor som ställs. Egna anteckningar används som ett stöd för att underlätta eftersökning av patientinformation och som ett stöd när vårdhandlingar ska utföras.

Följande fältanteckning beskriver hur och när novisen använder egna anteckningar när läkare efterfrågar patientens nuvarande behandling. Rondsituationen utspelar sig på läkarexpedition på en kirurgisk vårdavdelning och novisen, handledaren och underläkare är placerade runt ett bord.

/.../ Läkaren fortsätter: "Vad får hon för behandling nu?" N14 läser upp vad hon står på utifrån vad N14 skrivit i sina egna anteckningar. Läkaren frågar: "Är hon sängliggande?" N14: "Ja". Handledande sjuksköterska bryter in och säger: "Verkar inte ha några krafter" (Fältanteckning O3.N14.2).

Noviserna använder egna anteckningar när patientinformation eftersöks av sjuksköterskor, undersköterskor och läkare i olika situationer. Även om läkare har tillgång till patientjournal tillfrågas noviserna om viss patientinformation. Läkaren tycks anse att det är lättare att söka aktuell patientinformation av noviserna. Läkaren och undersköterskor verkar medvetna om att sjuksköterskor använder egna anteckningar och att dessa anteckningar är aktuella eftersom de uppdateras och används i det dagliga vårdarbetet.

Det förekommer att novisens egna anteckningar innehåller oriktiga uppgifter om patienten, vilket beskrivs i följande exempel från fältanteckningarna. Novisen, överläkare och underläkare befinner sig hos en patient på en sal med fyra sängplatser. Det är rond på en kirurgavdelning och klockan är tjugo över nio på förmiddagen.

Överläkaren går bakom oss och fram till sängbordet för att kolla igenom blodtryckskontrollerna. Patienten skall sedan följas upp på vårdcentralen. Patienten

skall därefter tillbaka på ett återbesök på sjukhuset och då skall blodprover tas. N15 informerar patienten om proverna. N15 säger högt till patienten att el-status skall tas innan återbesöket. Patienten frågar när det skall tas. Överläkaren reagerar och undrar varför patienten skall ta el-status. El-status är de inte intresserade av. Överläkaren läser i N15 anteckningspapper där det står el-status. N15 svarar att hon inte vet vem som sagt el-status, men det var någon som sagt det under rondan. Överläkaren säger att det är leverstatus som de är intresserade av inte el-status. Underläkaren instämmer med överläkaren att detta är de inte intresserade av. De är bara intresserade av det som de själva behandlar patienten för (Fältanteckning O6.N15.4).

Det förekommer således att felaktigheter om patientinformation överförs från journalanteckningar till egna anteckningar. En del felaktigheter avslöjas inte då egna anteckningar används av noviserna i olika situationer under arbetsdagen. Att felaktigheter upptäcks av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor kan därmed vara en tillfällighet då faktainformation efterfrågas från novisen. Noviserna har inte alltid förmåga att bedöma att felaktig information antecknats. Det handlar om brist på förståelse av sambanden som upprättas mellan ny information och tidigare kunskaper är ofullständiga. Novisernas tidigare kunskaper blir här av betydelse i förståelsen av samband. När felaktig faktainformation upptäcks finns möjlighet att korrigera felet, men om felaktigheter däremot inte upptäcks kan det få konsekvenser för patienten.

Följande fältanteckning beskriver hur novisen använder egna anteckningar som stöd i omvårdnadsarbetet, dvs. innebörden av det som antecknats tillämpas i de sammanhang som uppkommer. Novisen går in till patienten strax efter klockan 16.00.

N1 går in till patienten. Patienten ber om att få komma upp och sitta på sängkanten. N1 vet inte riktigt vad hon skall svara. Tar fram sina papper och börjar läsa om patienten. Säger sedan att det kan hon göra om hon orkar /.../ (Fältanteckning O5.N1.11).

Egna anteckningar används i patientsituationer när noviserna inte vet hur de ska hantera vårdsituationen och ska fatta ett beslut. I dessa situationer används egna anteckningar som ett stöd i omvårdnaden av patienter och som ett underlag för att kunna fatta ett beslut i en omvårdnadssituation. Noviserna kan genom egna anteckningar försäkra sig om att korrekt beslut tagits i vårdarbetet med patienten.

Noviserna använder även egna anteckningar som stöd under rond- och rapportsituationen, där anteckningarna blir en hjälp för att minnas. Överläkare och

underläkare i nedanstående exempel är redan på plats när novisen kommer till läkarexpeditionen. Läkarna har placerat läkemedelsvagnen precis intill dem och överläkaren plockar fram första patientpärmerna. Novisen placerar sig mitt emot läkarna intill en brits. Rondsituationen utspelar sig under förmiddagen på en medicinavdelning.

Överläkaren plockar ut första patientpärmerna. N18 sitter beredd med papper och ett block. Läger sina anteckningar på britsen och håller i blocket så att hon skall kunna skriva (Fältanteckning O1.N18.8).

För att kunna följa med och delta i diskussionen om olika patientfall under rond- eller rapportsituationen används egna anteckningar som underlag. Läkare och rapporterade sjuksköterskor använder patienters medicinska- och omvårdnadsjournaler i rond- och rapportsituationer. Novisernas egna anteckningar kan därmed ses som ett komplement för att kunna följa med och delta i vad som diskuteras, uttalas, rapporteras och beslutas i varje patientfall.

Egna anteckningar används även för att komplettera och minnas ändringar i patientvården under rond- och rapportsituationer. Överläkare, ST-läkare och vikarierande underläkare är placerade vid läkemedelsvagnen när novisen kommer till expeditionen och har redan börjat diskutera första patientfallet när novisen kommer till rondsituationen.

/.../ ST-läkaren frågar överläkaren om de skall sätta in magsårsmicin (tablett Losec) på patienten. Överläkaren tycker att det är försvarbart att de gör det. N6 skriver upp detta i sina papper (Fältanteckning O7.N6.9).

/.../ N6 står med sina papper i handen och försöker lyssna till det som sägs och skriver ner att kortison skall sättas in igen. Även att det skall tas blodgaser idag (Fältanteckning O7.N6.12).

Att fylla på och lägga till beslut om ändringar i patientens vård kan vara ett sätt för noviserna att kunna komma ihåg vad som beslutats eller informerats om. Genom att systematiskt organisera ny information kan innehållet i texten bli lättare att komma ihåg. Egna anteckningar är ett underlag som noviserna har med sig i alla situationer när frågor ställs av patient eller övrig personal eller när kontroll för dokumentation behöver ske.

De egna anteckningarna kan även ses som ett stöd för att avgöra vilka arbetsuppgifter som måste prioriteras. Genom att skriva egna anteckningar om varje

patient, med en viss struktur och med olika färger, framträder olika arbetsuppgifter som mer eller mindre viktiga. Det är ett sätt att skapa ordning och mening, för att kunna avgöra vad som är viktigt. Prioriteringsstrukturen bidrar till att noviserna planerar en arbetsstruktur genom egna anteckningar.

I följande fältanteckning beskrivs hur novisen läser i egna anteckningar för att kunna prioritera vilken arbetsuppgift som skall utföras först. Hon och handledaren sitter kvar på expeditionen efter att överläkaren avslutat rondan och lämnat avdelningen. Situationen utspelar sig på en medicinavdelning under förmiddagen.

Efter rondan frågar handledande sjuksköterska: ”Vad vill du prioritera nu?” N1 tänker och läser i sina anteckningar. N1 säger sedan: ”Jag kanske börjar med att ge de här tablettorna som han ska ha.” Handledande sjuksköterska svarar: ”Ja.” Hon håller med henne om prioriteringen. N1 reser sig snabbt och går in i läkemedelsrummet (Fältanteckning O3.N1.16).

Egna anteckningar bidrar till en större överskådlighet över vilka arbetsuppgifter som behöver utföras och vilka som har hög prioritet genom en systematisk ordning. Prioriteringen är svårare om noviserna utgår från skrivna journalanteckningar på varje patient. Genom att noviserna använder olika färgpennor kan vissa arbetsuppgifter med högre prioritet redan vara markerade. Att viss patientinformation antecknats med annan färgpenna kan bero på att patientinformation markerats som viktig av läkare och sjuksköterskor under rond- eller rapportsituation. Arbetsuppgift som prioriteras kan exempelvis vara nyinsatt läkemedel som patienten ska ges omgående, injektioner som ska ges vid olika tidsintervall, nyinsatta eller fortsatta infusionsbehandlingar, kontrastläkemedel som ska ges innan undersökning och telefonsamtal.

Att ställa frågor

Noviserna kan genom att ställa frågor till erfarna yrkesutövare ta del av deras yrkeskunskap och få stöd och bekräftelse. I lärprocessen ingår att ställa frågor för att försöka förstå hur en uppgift ska hanteras.

I följande fältanteckning visas novisens behov av att ställa frågor till sjuksköterska och undersköterska när osäkerhet finns om hur hon ska utföra en arbetsuppgift. Novisen träffar en erfaren sjuksköterska i korridoren strax utanför behandlingsrummet på en kirurgavdelning under sen eftermiddag. Arbetsuppgiften är vanligt förekommande på vårdavdelningen.

N8 är osäker på hur hon skall göra när hon ska koppla på sondnäring i en ventrikelsond. N8 ber en sjuksköterska följa med och ordna detta. Erfaren sjuksköterska förklarar för N8 hur hon skall göra, spruta in luft först. N8 frågar hur mycket hon skall spruta in. Erfaren sjuksköterska skrattar och frågar luft? N8 menar vatten om hon kan ge 50 ml vatten. Det kan hon före och efter, som de brukar enligt rutin. Erfaren sjuksköterska frågar om han skall följa med henne in. Det vill hon. /.../ (Fältanteckning O4.N8.1).

Att noviserna ställer frågor tyder på att de litar på att sjuksköterskor, undersköterskor och läkare kan besvara frågor om hur olika arbetsuppgifter ska hanteras. Erfaren personal har en yrkeskunskap som novisen saknar. I dessa situationer ges alltid ett direkt svar och ofta innehåller svaret en förklaring, vilket hjälper noviserna att klara av att utföra arbetsuppgiften eller fatta ett självständigt beslut eller med viss assistens nästa gång.

Novisen beskriver hur enkelt det är att ställa frågor till erfarna sjuksköterskor. Fältanteckningen är utförd då novisen vikarierar för en sjuksköterska under semesterperioden. Novisen sitter på en av kirurgavdelningens expeditioner och arbetar via dator med laboratorielistor under tidigt förmiddagsspass. På kirurgavdelningen finns flera små expeditioner och en stor expedition som sjuksköterskor använder under det dagliga vårdarbetet.

Klockan är 08.15. Jag frågar N2 hur hon tycker att det går. N2 säger att hon tycker att det går bra. Att hon lär sig något nytt varje dag. Genom att det inte finns så många erfarna sjuksköterskor här nu bidrar det till att hon måste klara av saker och ting själv, även om hon inte kan allt. Får ta reda på hur det ska vara. När erfarna sjuksköterskor finns på plats är det väldigt lätt att gå till dem och fråga för att få ett snabbt svar. /.../ (Fältanteckning O5.N2.1).

Närheten till erfarna sjuksköterskor, läkare och undersköterskor gör det enkelt att kunna ställa frågor. Att fråga ger en möjlighet att ta del av andras perspektiv och på så vis utveckla den egna kunskapen. Under en vårdvardag finns oftast erfarna sjuksköterskor, undersköterskor och läkare att tillgå, vilket gör att novisen kanske frågar erfaren personal istället för att söka svaret själv eller reflektera över hur arbetsuppgiften ska hanteras. Noviserna har en strategi för att klara sin osäkerhet och/eller okunskap och kan genom ständig tillgång till erfarna sjuksköterskor, läkare och undersköterskor ”vaggas” in i en säkerhet att det alltid finns någon att fråga. Samma tillgång på erfarna sjuksköterskor saknas under semesterperioder. Det kan även inträffa att erfaren personal själva är upptagen med arbetsuppgifter och därför inte har möjlighet att stödja novisen när så behövs.

Följande utdrag ur fältanteckning beskriver hur en erfaren sjuksköterska uppmanar novisen att fråga övrig personal vid osäkerhet och oklarhet. Novisen och erfaren sjuksköterska befinner sig i korridoren strax utanför läkemedelsrummet.

Ute vid läkemedelsvagnen diskuterar N3 med handledande sjuksköterska. N3 berättar att nu är det sista dagen och på måndag skall hon gå själv. Det går bra säger handledande sjuksköterska. Du är så duktig. Du har ju alltid någon att fråga. Det är bara att fråga och fråga. /.../ N3 svarar ja, jag får väl göra det (Fältanteckning O3.N3.1).

Genom att sjuksköterskor uppmanar noviserna att alltid fråga dem när osäkerhet och oklarhet uppstår kan leda till att de inleds i tryggheten att hjälp alltid finns att tillgå. Uppmaningen att alltid fråga kan bidra till att beroendeförhållandet mellan novisen och sjuksköterskor stärks, vilket gör det svårare för novisen att frigöra sig och kunna handla självständigt. Det finns även en positiv effekt genom möjligheten att ställa frågor i situationen när behov av information finns. Detta underlättar detta lärandet.

I följande citat beskriver novisen hur hon ställer frågor och söker bekräftelse även om kunskaper finns för att utföra en arbetsuppgift.

N15: Ja. Det tror jag också är en sån där att man kommer in i en trall att man eh, det är lätt och fråga ifall jag är osäker va. Är det så fast att man innerst inne vet att så här gör man ju då men jag frågar hon är ju van.

I: Mm.

N15: Så säkerställer du en gång till va. Men nu har du inte kunnat göra det kanske alla gånger.

I: Mm.

N15: Men däremot så har ju vi nya kunnat diskutera har du gjort det sen och hunnit diskutera ja, ja och du gjorde så då ja /skrattar lite/ och liksom kommit fram till grejer då (Intervju N15.3).

Hos noviserna skapas ofta en känsla av osäkerhet om förståelse för om yrkeskunnandet uppnåtts och de söker därför bekräftelse på sin förståelse av andra sjuksköterskor, läkare och undersköterskor. Att söka bekräftelse hos annan personal är ett sätt att kontrollera om de besitter de kunskaper som krävs för uppgiften eller i rond- och rapportituationer. Behovet av att få återkoppling

av sjuksköterskor, läkare och undersköterskor tyder på att novisen har svårt att bedöma om de redan har tillräckliga kunskaper för vissa arbetsuppgifter. Att få bekräftelse av annan personal leder till ökad säkerhet för att utföra eller hantera en arbetsuppgift, vilket stärker självkänslan.

Att ”tala högt” innebär att sätta ord på sina tankar. Det talade ordet är en beskrivning av vad novisen vet och leder fram till en konkretisering av yrkeskunskapen. Novisen har behov av att ”tala högt” med sig själv när osäkerhet finns inför att utföra en arbetsuppgift. Novisen befinner sig i behandlingsrummet och handledaren har precis lämnat novisen. Novisen förbereder blodprovstagning under sen eftermiddag.

Handledande sjuksköterska lämnar N11. N11 pratar lite för sig själv: “Har jag allt med nu?” N11 börjar gå igenom varje moment hon skall göra vid provtagningen. N11 konstaterar sedan att hon tror att allt finns med (Fältanteckning O2.N11.3).

I situationer där noviserna är osäkra finns behov av att ”tala högt” med sig själv, som exempelvis vid blodprovstagning, oklarheter vid läkemedelshantering och hur arbetet ska struktureras. I dessa situationer går noviserna exempelvis igenom tillvägagångssätt vid olika arbetsmoment, repeterar arbetsgång vid olika arbetsmoment, resonerar med sig själv om misstag som begåtts, hur arbetet ska struktureras under arbetsdagen. Att ”tala högt” med sig själv kan tolkas som att noviserna håller en monolog med funktionen att bekräfta sitt handlande genom att identifiera de ”rätta” handlingarna i utförandeprocessen. Att ”tala högt” sker innan, under eller efter att en handling utförts och kan leda till att novisen reflekterar över det handlande som genomförts i situationen. Reflektionen är ett led i att konstruera kunskap.

Sammanfattning

Resultatet visar att noviserna utvecklar och använder olika hjälpmedel i det dagliga vårdarbetet och att mycket energi läggs på att hitta ett fungerande system. Under inskolningen lär sig noviserna att skriva anteckningar och får stöd av handledande sjuksköterskor i att utveckla metoden. På detta sätt överförs ett traditionellt sätt att hantera patientdokumentation på till noviserna. Att bibehålla det traditionella sättet att skriva egna anteckningar kan förklaras med att varje sjuksköterska har möjlighet att utveckla sitt eget sätt att skriva och organisera informationen, vilket inte är möjligt i en databaserad patientjournal. Att

lära sig funktionerna inom olika datasystem tar tid och många gånger får personalen utbilda nya kollegor i systemet. Uppgifterna i de egna anteckningarna är ofta kortfattade, vilket skiljer från datajournaler. De egna anteckningarna underlättar därför att söka information om patienterna. Det visar på svagheter i de databaserade systemen.

I resultatet framträder att noviserna har svårt att värdera relevansen i anteckningarna, vilket innebär att det inträffar att oriktiga uppgifter antecknats. Denna risk finns när anteckningar skrivs och information överförs från flera källor, vilket inte diskuteras bland personalen, inte ens när felaktigheter i anteckningarna upptäcks av personalen. Noviserna har själva svårt att bedöma om rätt saker antecknats. Sättet att strukturera anteckningarna blir mer betydelsefullt än vad som antecknas. Sättet att anteckna visar hur arbetet måste struktureras för att det ska fungera under arbetsdagen. Anteckningarna är dels personliga genom sättet att skriva, och dels gemensamma då de kan överlämnas till kollegor vid skiftbyte.

Om antecknandet är ett sätt att finna struktur för att organisera det egna arbetet är möjligheten att ställa frågor till mer erfarna sjuksköterskor och övrig personal ett sätt att vinna kunskap eller söka bekräftelse på det egna kunnandet. Frågandet uppmuntras och det utnyttjas ofta i situationen som ett led i lärandet. Det är också ett sätt för handledare och andra att få kännedom om novisens kunskapsbehov. Att oreflekterat använda frågor för att snabbt nå lösning på problem har sina risker då felaktiga beslut kan fattas i vården av patienten. Noviserna inlemmas i tryggheten att det alltid finns sjuksköterskor, läkare och undersköterskor till hands som kan svara på frågor. Detta kan leda till att de frågar slentrianmässigt i stället för att själva söka svaret och på så sätt utveckla en större förståelse för problemet eller situationen.

Att formas i yrket

Inom temat beskrivs hur novisen formas i yrket genom öppna och dolda socialt förankrade normer, regler och riktlinjer.

Kategori

- Att accepteras i yrket
 - Att ifrågasättas i yrket
 - Att inlemmas i en hierarkisk organisation
 - Att hamna i utanförskap
 - Att utvecklas genom att ta ansvar
-

Figur 9. Tema: Att formas i yrket.

Att accepteras i yrket

Att accepteras som sjuksköterska handlar om att i interaktionen med personalen uppfattas som sjuksköterska genom att bli synliggjord, få visat förtroende, bli delegerad en arbetsuppgift, bli ”lyssnad till”, bli bekräftad, få beröm och bli accepterad i arbetsgruppen. I samarbetet med personalen framträder även förväntningar på vad en sjuksköterska ska klara av och hur en sjuksköterska ska bete sig, vilket formar henne i yrket.

I citatet beskriver novisen när hon uppfattar sig som sjuksköterska i arbetsgruppen. Novisen beskriver detta vid sista intervjutillfället.

I: Är det något annat som, som du också har märkt har varit mer utmärkande under första året som verksam sjuksköterska?

N11: Det är väl att nu kanske man mer räknas som eh, som personal tänkte jag säga, men det har man ju alltid varit, men som någon som dom kanske vänder sig till mer oftare än vad dom gjorde i, i början. Som, förtroendet kanske har ökat bland den övriga personalen.

I: Mm. Hur märker du det att förtroendet har ökat?

N11: Ja, dom kommer till mig mer och ja, resonerar om patienten och så. Och istället för och lyfta upp en annan. Det händer väl det också.

I: Mm (Intervju N11.4).

Noviserna uppfattar sig som sjuksköterska i situationer där personalen visar förtroende för deras yrkeskunnande. Detta visar sig exempelvis i situationer där personalen lyssnar på henne, hon accepteras som arbetsledare och tillfrå-

gas om patientens fortsatta vård. Att noviserna accepteras som sjuksköterska i arbetsgruppen visar att de vunnit personalens erkännande, vilket bidrar till att de känner sig delaktiga, betydelsefulla och betrodda. Genom att bli erkänd ökar självförtroendet och de stärks i sin sjuksköterskeroll. Att noviserna vunnit erkännande i arbetsgruppen tyder på att de internaliserat den yrkeskultur som råder på avdelningen. Detta innebär att de skaffat den yrkeskunskap som råder inom kollektivet och kan artikulera den. Personalen känner igen den yrkeskunskap som novisen förmedlar i dessa situationer och kan därmed acceptera henne som sjuksköterska i arbetsgruppen. Det handlar även om att noviserna har anpassat sig till förväntningar och krav som finns på en sjuksköterska och de förhållanden som råder.

I följande fältanteckning beskrivs hur och när handledande sjuksköterska ger novisen beröm. Novisen befinner sig på en kirurgavdelnings expeditioner. På expeditionen sitter flera sjuksköterskor och dokumenterar vid olika skrivbord. Novisen har precis avslutat arbetsmomentet när handledaren kommer tillbaka från laboratoriet och sätter sig intill henne vid skrivbordet. Det är strax innan lunch.

Handledande sjuksköterska frågar N8 om hon har någonting kvar nu som ska göras. N8 säger att det har hon inte och att hon är klar med anteckningarna också. Handledande sjuksköterska säger att det är mer än vad hon själv brukar hinna med innan lunch. Handledande sjuksköterska berättar för mig att hon tycker att N8 är väldigt duktig. N8 lyser upp och verkar glad. N8 rodnar lite (Fältanteckning O2.N8.5).

Noviserna bekräftas i yrkesutövandet av personal och patienter. Detta sker genom att noviserna får beröm för sin yrkesprestation. Bekräftelse kan även ske då personalen frågar noviserna hur en arbetsuppgift ska hanteras eller hur ett arbetsmoment går till. Att personalen ställer frågor till novisen kan ses som en indirekt bekräftelse och visar personalens tilltro till hennes yrkeskunskap. I situationer där personalen visar noviserna uppskattning handlar det om deras yrkesförmåga och yrkesprestation. Novisen får uppskattning genom att vara snabb, effektiv, ha hög arbetskapacitet, ha initiativförmåga och medicin-tekniskt kunnande. I patienters bedömning och uppskattning av novisens yrkesförmåga ingår att kunna lösa problem, som exempelvis när läkemedel orsakat förstoppning.

I motsats till uppskattning kritiseras novisen direkt i en arbetssituation. Följande exempel visar att novisen enligt läkare inte blivit så ”härdad”, som de anser

en sjuksköterska skall vara, men att hon accepteras som den nybörjare hon är. Rondsituationen utspelar sig i korridoren vid läkemedelsvagnen på en kirurgavdelning. Novisen och överläkare, en för varje patientgrupp, deltar samtidigt under rondan. Klockan är kvart över nio på förmiddagen. Novisen, överläkare och erfaren sjuksköterska är placerade intill läkemedelsvagnarna.

Överläkaren för specialiteten endokrin förklarar för N12 att patienten får mer besked på det återbesök patienten ska på längre fram och att förbandet får sitta till dess. Överläkaren berättar också till vem patienten ska till på återbesöket. N12 uppfattar inte riktigt vad överläkaren säger, utan han får upprepa det två gånger. Överläkaren talar tydligare och långsammare andra gången. Den andra överläkaren säger att N12 simultankapacitet var långsam, överläkaren skrattar. N12 ser inte ut att uppfatta vad läkaren säger. Överläkaren försöker vara skämtsam och säger igen att simultankapaciteten inte var snabb. N12 kommenterar inte detta. N12 skriver i sina anteckningar från den föregående överläkarens uttalande. Överläkaren fortsätter skämta om att N12 blir stressad och även rosa på kinderna. N12 svarar inte. Samma överläkare informerar om vad som blev bestämt hos sista patienten på salen. Katetern skall ut och sedan beror det på subjektiviteten. N12 skriver och säger sedan frågande: "subjektiviteten?" Överläkaren förklarar att det sedan beror på patienten själv. Då förstår N12 vad överläkaren menar. /.../ Överläkaren fortsätter nu över till nästa sjuksköterska som står vid den andra läkemedelsvagnen. Överläkaren fortsätter skoja om att N12 blev stressad av att ronda med två överläkare samtidigt och att N12 blev rosa på kinderna. Överläkaren säger sedan att så är det inte med de sjuksköterskor som jobbat länge, de blir inte rosa på kinderna vad det än är (Fältanteckning O4.N12.7).

I situationer där noviserna inte uppfyller de krav som läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ställer på deras yrkesförmåga tilldelas de negativ kritik även om acceptans finns hos personalen för att de är nybörjare. Det förekommer även att noviserna ironiseras av läkare, sjuksköterskor när yrkesförmågan bedöms otillräcklig. Den negativa kritik som tilldelas noviserna kan ske öppet eller dolt. Öppet genom att kritiken artikuleras och dolt genom att exempelvis personalen börjar tala överdrivet tydligt och långsamt. Negativ kritik och ironi tilldelas noviserna i situationer där annan personal deltar. I dessa situationer får noviserna inte stöd av personalen, vilket visar sig genom att personalen förhåller sig tyst eller skämtar med om henne. Novisen blir därmed ensam att utstå kritiken, vilket kan vara svårt att hantera eftersom novisen berörs känslomässigt av dessa påfrestningar. Även novisens reaktion kritiseras av personalen som exempelvis att hon verkar stressad, rodnad, förvirrad och att inte vara tillräckligt lyhörd.

Att ifrågasättas i yrket

Noviserna ifrågasätts i yrkesrollen som sjuksköterska av personalen i olika situationer. Att nytexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande ifrågasätts av personal inom hälso- och sjukvård är känt (se s. 27) och personalen tvivlar på hur novisen skall klara sitt arbete som sjuksköterska. Novisen ifrågasätts i yrkesrollen av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. I situationer där noviserna ifrågasätts sker en jämförelse med läkar- och undersköterskeyrket. Det handlar om jämförelser mellan olika yrkesgruppers möjlighet till inskolning och yrkeskunskaper. I dessa sammanhang uttrycker olika yrkesgrupper åsikter om sjuksköterskeutbildningen och nytexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande.

I följande fältanteckning beskrivs hur överläkaren och AT-läkaren uttrycker sina åsikter till novisen om nytexaminerade sjuksköterskor. Överläkaren, AT-läkaren och novisen stannar kvar i korridoren efter förmiddagsronden och diskuterar synen på nytexaminerade sjuksköterskor.

Överläkaren blir intresserad och frågar N1 samtidigt som han skrattar hur det är för N1 om hon utvecklar sig något. N1 svarar att det gör hon. AT-läkaren lyssnar också uppmärksammat. Överläkaren fortsätter prata om nya sjuksköterskor. Han anser att de nya sjuksköterskorna inte har tillräckliga kunskaper. Att det saknas alldeles för mycket. De har svårt att lära sig, det går väldigt sakta innan de lär sig. Att de inte kan porta-cath eller CVK. Nya sjuksköterskor kan till och med uttrycka sig som att de inte vet att de kan sticka ner en nål i en porta-cath menar han. Både överläkaren och AT-läkaren undrar vad de ska med all omvårdnad till. AT-läkaren anser att det räcker med sunt förnuft och moral. Överläkaren säger att han skulle kunna läsa in omvårdnaden under 1 år. /.../ (Fältanteckning O6.N1.1).

Olika yrkesgrupper uttrycker tvivel om att nytexaminerade sjuksköterskor ska klara av yrkesutövningen och uttrycker detta inför dem och övrig personal. De uttrycker åsikter om novisernas utbildning och yrkeskunnande. Negativa åsikter uttrycks således om novisens yrkeskunskap, förmåga och arbetskapacitet i hennes närvaro. Funderingar finns om vad all omvårdnad ska användas till. Detta tyder på att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inte har kunskap om omvårdnadsämnet. Personalen anser att novisen inte har förmåga att klara den kliniska/praktiska yrkesutövningen, som hantering av medicintekniska arbetsuppgifter och läkemedel eller att strukturera arbetsdagen och att utöva allmän omvårdnad. Utbildningen jämförs med äldre sjuksköterskeut-

bildningar. Vidare uttrycks att novisen inte vill lära sig exempelvis hur allmän omvårdnad utövas praktiskt under den kliniska utbildningen eller den första tiden i yrket och att hon varken vill eller har förmågan att ”snabbt” lära sig hur olika arbetsmoment går till.

Det förekommer även att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor uttrycker sina tvivel om novisernas förmåga att utöva yrket genom att ironisera deras oförmåga. I situationer där noviserna ironiseras kan uttryck som ”nu ska vi se om novisen klarar detta”, ”så får vi se om novisen får med sig allting”, ”om novisen utvecklar sig något” förekomma. Dessa ironiska kommentarer kan vara ett sätt att pröva novisen mot de förväntningar och krav som finns på en sjuksköterska inom personalgruppen. Ironin från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor åtföljs ofta av skratt. Noviserna får inte stöd av någon kollega i dessa sammanhang. Oftast stödjer läkare, sjuksköterskor och undersköterskor kritiken som uttalas eller också förhåller de sig tysta.

Att novisen påverkas av det som personalen uttrycker visas i följande utdrag ur fältanteckningarna. Det är svårt för novisen att utstå de negativa omdömen som uttrycks och de egna yrkeskraven tenderar att öka. Novisen befinner sig tillsammans med mig i läkemedelsrummet på en medicinavdelning. Klockan är halv tio på förmiddagen.

När vi kommer in till läkemedelsrummet säger N1 att det är ju lite jobbigt att veta vad läkarna tänker om nya sjuksköterskor. Att det här gör att hon själv ställer ännu högre krav på sig (Fältanteckning O6.N1.7).

I följande utdrag ur fältanteckning beskrivs hur novisen ”håller med” och förstärker läkargruppens negativa åsikter om sjuksköterskeutbildning och yrkeskunnande. Novisen, överläkare och två underläkare befinner sig i korridoren intill en av kirurgavdelningens expeditioner. Teamet ska börja med rond. Klockan är halv nio på förmiddagen. Det är nästintill tomt på personal i korridoren förutom en erfaren sjuksköterska, novisen och gruppen av läkare. Den erfarna sjuksköterskan befinner sig vid en annan expedition längre bort i korridoren.

Nu ansluter sig underläkarna till diskussionen. Speciellt en underläkare visar vilka åsikter han har och övriga håller med. /.../ Utbildningen är undermålig. De läser fel ämnen, speciellt omvårdnad. Att de inte kan det som de bör kunna. /.../

N14 förstärker dessa åsikter genom att säga att de under utbildningen funderat många gånger på vad de skall ha exempelvis Buber och Fromm till (Fältanteckning O4.N14.1).

I situationer där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor uttrycker negativa åsikter om nyutexaminerade sjuksköterskor och utbildningen håller noviserna med. Dessa åsikter kan därmed leva vidare och även uppfattas som en sorts sanning. I situationer då noviserna inte tillbakavisar läkares, sjuksköterskors och undersköterskors åsikter kan det handla om att de är missnöjda över innehållet i utbildningen, inte kan se hur kunskapen kan brukas i det dagliga arbetet eller inte vågar tillbakavisa åsikterna.

Att inlemmas i en hierarkisk organisation

Det råder en hierarkisk ordning inom vården där noviserna befinner sig längst ned. Noviserna görs uppmärksamma på sin plats genom att personalen och patienter signalerar vilka som har en över- och underordnad ställning i personalgruppen. Noviserna fostras att bete sig på ett visst sätt i förhållande till personalens yrkeserfarenhet och till olika yrkeskategorier. I de situationer där noviserna är beroende av ett bra samarbete intar de en underordnad ställning. Noviserna formas genom de förväntningar som finns på hur en sjuksköterska ska uppträda. Detta kan uttryckas exempelvis genom att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor påpekar olika yrkesgruppers arbetsuppgifter, vad novisen tillåts eller inte tillåts göra under yrkesutövningen, hur novisen bör reagera inför andra yrkeskategorier, samt vilka yrkeskategorier som novisen ska ta hänsyn till. Det handlar även om vilka krav och förväntningar som finns på vilken funktion och position noviserna ska inta i yrkesutövandet. Att noviserna fostras in i en hierarkisk organisation visar sig även i hur läkare, sjuksköterskor och undersköterskor placerar sig runt ett bord eller i rummet under rast- och rondsituationer och hur olika yrkesgrupper presenteras med namn och titel för patienten under rond.

Följande utdrag ur fältanteckning beskriver hur läkare markerar sin hierarkiska ställning i förhållande till novisen. Novisen, två vikarierande underläkare och överläkare befinner sig på en av medicinavdelningens stora läkarexpeditioner. Det är rond och klockan är fem över halv nio på förmiddagen. Överläkaren och en vikarierande underläkare är placerade intill varandra framför skrivbordet, en vikarierande underläkare är placerad på en brits intill ena väggen och novisen sitter på en pall framför en annan brits som finns på expeditionen.

De fortsätter med en patient som avlidit under natten. N6 informerar att anhörig önskar få ett samtal med läkarna idag. N6 ber läkarna ringa till anhörig och bestämma en tid med dem. N6: "Ni får väl höra av er idag." Överläkaren blir irriterad och frågar om det är meningen att läkarna skall sitta och ringa runt till anhöriga för att komma överens om en tid. Överläkaren: "Ska vi hålla på att ringa till patienterna?" Överläkaren skrattar åt detta. Det märks att han blir irriterad. N6 förklarar att annars får hon sitta och ringa runt till olika. Vikarierande underläkare håller med överläkaren och säger att då får det bli kl 15.00. N6 svarar: "Om han inte kan då?" Överläkaren svarar: "Då är det synd om honom" (Fältanteckning O8.N6.8).

Personalen markerar sin ställning genom att framhålla den öppet eller dolt. Den hierarkiska ställningen uttrycks öppet genom att framhålla sin egen eller kollegers överordnade ställning i förhållande till novisen. Dolt genom att budskapet är underförstått i det som sägs till novisen. I samtalsituationer där personalen markerar sin överordnade ställning bemöts noviserna med ifrågasättande, skratt, ironi och irritation. Dessa reaktioner från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor markerar vad novisen tillåts eller inte tillåts under hennes yrkesutövning som sjuksköterska. Även patienter är medvetna om de hierarkier som råder och markerar olika yrkeskategoriers ställning genom att exempelvis säga "är du inte nervös när doktorn står och tittar på".

Personalen kan visa makt genom sin hierarkiska ställning. Formella och informella villkor och maktkonstellationer kan exempelvis uttryckas på följande sätt: "annars får sjuksköterskorna dra katetern själva", "är det meningen att läkarna ska sitta och ringa runt till anhöriga", "jag vill se dem så det blir enligt reglerna". Dessa uttryck uttalas till novisen exempelvis under rond- eller rapportsituationen. I situationer där personalen markerar formell eller informell makt leder till att noviserna åläggs utföra arbetsuppgifter utöver de ordinarie eller hindras från att utföra arbetsuppgifter. Även om noviserna är av annan åsikt hur arbetsuppgifter ska utföras, hanteras och av vilken yrkeskategori, tycks noviserna inse att möjligheten att påverka personalens inställning är liten. Erfaren personal och andra yrkeskategorier har en klart starkare, dominerande ställning på avdelningen än novisen. I vissa situationer försöker novisen föreslå en annan lösning, men ger vika när hon upptäcker att det inte fungerar. I dessa situationer anpassar sig novisen till rådande förhållanden och accepterar den hierarkiska struktur och maktförhållanden som finns inom organisationen.

I följande citat beskriver novisen att läkaren ”sätter sig över” om hon försöker komma med förslag på fortsatt behandlingsåtgärd för patienten. Detta p.g.a. att hon är nyutexaminerad sjuksköterska. Citatet är ett utdrag ur andra intervjun med novisen.

N13: ... Han har sina bestämda idéer och man får inte komma med så mycket förslag på vad han ska göra utan han ska komma med det själv, som ökad smärtlindring till, exempel till patienter. Då kan han tycka när jag har sagt det då ska dom ha minskad smärtlindring i stället tar han bort det.

I: Jaha, så det blir tvärt om i stället?

N13: Ja, liksom för att sätta mig på plats, så kan det kännas. Och det vet jag att det är fler som har upplevt av oss nyare att hm, man får inte riktigt det här gehörret eftersom man är ny så ska man liksom inte komma med eget.

I: Nej (Intervju N13.2).

Noviserna fostras av personalen att placera sig på en lägre nivå i förhållande till andra yrkeskategorier. Detta kan exempelvis ske genom att läkare inte fäster något avseende vid hennes förslag eller fattar annat beslut än vad hon föreslagit. Maktkontroll kan ske genom att novisen inte görs synlig, genom att det budskap novisen framför inte har något värde. I dessa samtalssituationer kan förslaget avvisas med fast beslutsam röst av personalen. Personalen kan genom formell eller informell makt markera sitt eget inflytande i organisationen. Novisen uppfattar detta som att personalen markerar att hon inte har samma möjlighet att påverka vården av patienten även om hennes förslag skulle hjälpa patienten.

I följande fältanteckning beskrivs hur novisen fostras in i normen att avbryta eller utesluta rast när läkaren kommer till avdelningen för rond. Novisen befinner sig i personalrummet på en medicinavdelning under förmiddagen. Novisen är placerad i en brun hörnsoffa intill en undersköterska.

En överläkare kommer in i personalrummet och undrar vart sjuksköterskan är som han skall ronda med. N6 ilsknar till och visar detta. Vänder sig till mig och säger att hon måste få kaffe. Vänder sig till undersköterskan och säger tänk att man inte skall få fika här ens. Undersköterskan ser att N6 är ilsken. N6 ryter till och säger att det är så här hon känner sig. Undersköterskan säger att fika inte ingår i arbetet. N6 svarar att det gör det för henne annars blir hon grinig. /.../ (Fältanteckning O8.S6.6).

Noviserna socialiseras in i samma norm som sjuksköterskor att avbryta sin arbetsuppgift eller rast när läkaren kommer till avdelningen för rond. Det inträffar att novisen äter sin smörgås på vägen från personalrummet till en av avdelningens expeditioner där läkare väntar. I vissa situationer markerar novisen att hon inte efterföljer gällande norm. Det förekommer att läkare ”knäpper” i fingrarna, går fram och tillbaka utanför en patientsal eller hämtar henne när novisen inte avbryter arbetsuppgiften. Symbolhandlingar kan användas för att markera vad som förväntas av novisen i hennes yrkesroll. Att inte följa socialt förankrade normer kan ses som ett ”regelbrott” och leda till att novisen inte accepteras i personalgruppen eller att novisen får en tillsägelse av personal eller chef.

Även placering under rond- eller rastsituationen följer ett hierarkiskt system. I följande utdrag ur fältanteckning beskrivs hur olika yrkeskategorier placerar sig under rondsituationen. I situationen befinner sig novisen, underläkare, överläkare i personalrummet på en kirurgavdelning. Klockan är fem över halv nio på morgonen.

Vi går in i personalrummet. N15 går direkt fram till det runda bordet där läkarna sitter. En underläkare sitter framför det enda fönster som finns i rummet. Vid ena långsidan av rummet sitter överläkaren. Där har jag observerat att överläkaren alltid sitter under rond. Underläkaren som beskrevs tidigare sitter alltid vid den plats som nämndes tidigare. Samma läkare sköter patientpärmarna under rond. Intill överläkaren sitter en vikarierande underläkare. På höger sida om överläkaren sitter alltid vikarierande underläkare eller AT-läkare. N15 placerar sig på den stol som sjuksköterskorna alltid sitter på under sittronden, mellan underläkare och vikarierande underläkare. Novisen sitter mittemot överläkaren (Fältanteckning O6.N15.1).

Noviserna följer det system som finns för hur personalen placerar sig runt ett bord eller i rummet redan från den allra första tiden i yrket. Hur olika yrkeskategorier placerar sig samtals det inte om i personalgruppen. Det innebär att en dold överenskommelse finns om hur olika yrkesgrupper placerar sig. Hierarkiska system för hur personalen placerar sig finns på varje avdelning. Under rondan har varje yrkeskategori sina bestämda placeringar. Det förekommer att novisen måste sätta sig tillfälligt vid ett annat bord under rasten på grund av platsbrist i personalrummet. Novisen byter plats direkt när det blir ledigt. Noviserna placerar sig oftast tillsammans. Detta kan handla om att man känner gemenskap och trygghet med varandra. Novisen, sjuksköterskor och undersköterskor placerar sig på samma ställe, exempelvis i personalrummets

hörnsoffa. Det förekommer att läkargruppen tar rast innan den övriga personalen på morgonen eller placerar sig vid eget bord i personalrummet. Denna uppdelning mellan olika yrkesgrupper visar att noviserna socialiseras in i ett hierarkiskt system på avdelningen.

I utdraget ur fältanteckning beskrivs hur överläkaren presenterar sig själv och sina läkarkollegor men inte novisen för patienten. Situationer utspelar sig i en patientsituation under rond.

Överläkaren fortsätter sedan till nästa patient som sitter på sängkanten. Överläkaren berättar vilka han har med sig idag en underläkare och en vikarierande underläkare. Dessa läkare står vid sängens fotända. N1 och jag står vid sängens fotända, men närmare dörren (Fältanteckning O9.N1.10).

Novisen socialiseras även in i hierarkin i samarbetet med läkare i rond- och patientsituationer. Att novisen inte presenteras med titel, som övriga i en arbetsgrupp, kan signalera att hon har lägre ställning än övriga. Genom att presentera individerna i läkargruppen med titel kan stärka deras ställning gentemot sjuksköterskor och undersköterskor. I exemplet blir novisen osynlig.

Noviserna är i beroendeställning i situationer där de är osäkra/oklara över hur arbetsuppgifter ska hanteras och är i behov av stöd i utövande av omvårdnad. Noviserna intar även en underordnad ställning i situationer där de kontrolleras av personalen. Detta kan handla om att personalen kontrollerar novisens yrkeskunskap och att hon måste följa de öppna och dolda regler och riktlinjer som finns på avdelningen. Noviserna använder röstläget för att markera en underordnad ställning. Röstläget som noviserna använder kan karaktärisera en ödmjukhet och försiktighet. Detta för att de ska vinna personalens förtroende.

I föreliggande situation är novisen i behov av hjälp vid en såromläggning och tillfrågar undersköterskan om detta. Då novisen tilltalar undersköterskan använder hon ett röstläge som kan karaktärisera en försiktighet. Novisen och undersköterskan möts i korridoren på en kirurgavdelning. Det är sen förmiddag och novisen informerar om att undersköterskan ska få rapport.

Undersköterskan ser att N15 kommer och går mot henne. N15 säger att hon skall berätta lite efter rondan. Berättar att ena patienten skall skrivas ut och att hon hämtas vid 13.00. Berättar även lite om de andra patienterna vad som blev sagt.

N15 berättar att den patient som skall skrivas ut skulle behöva läggas om. Att patientens anhörig bett dom göra det innan hon går hem. N15 frågar undersköterskan mycket försiktigt: "Får jag be dig om det?" Undersköterskan svarar: "Ja visst, det skall jag fixa" (Fältanteckning O5.N15.7).

I situationer där noviserna är i behov av att överlåta en arbetsuppgift till annan personal, är osäker på förhållningssätt till patient, osäker på patientens fortsatta behandling, i behov av att lära och även för att "inte visa sig vara för mer" än någon annan intar de en underordnad ställning. Det handlar således om att underordna sig för att bli accepterad som arbetsledare. Arbetsledarrollen kan uppfattas som en negativ maktposition, eftersom sjuksköterskan kan fatta beslut som uppfattas negativt av annan personal. Noviserna försöker anpassa sig till avdelningens arbetskultur, för att kunna lära, få stöd/hjälp i situationer där osäkerhet/oklarhet råder och att bli accepterad i arbetsgruppen. Att noviserna intar en underordnad ställning och använder ett speciellt röstläge är ett sätt att pröva sig fram till vad som accepteras av personalen.

I följande citat ur intervju två beskriver novisen hur hon intar en underordnad ställning vid delegering. Novisen tjänstgör på en medicinavdelning.

N6: Ja, men alltså man kan väl fråga en fråga liksom har du lust och kanske ...

I: Mm.

N6: ja, gå och hämta den patienten. Man säger ju inte ja, du nu får du gå och hämta man kan ju liksom fråga lite snällt.

I: Mm.

N6: Man behöver ju liksom dämpa ja, om du har tid. Så får du gärna hämta den patienten.

I: Mm.

N6: Så lite snällt (Intervju N7.2).

Det tycks viktigt för novisen att använda en röst som karaktäriserar inställsamhet för att underlätta samarbetet med personalen. Hon försöker vara överdrivet artig mot personalen för att bli accepterad som kollega och ge ett "gott intryck" som arbetsledare. Novisen försöker även vara observant på vilka normer som gäller i samarbetet med personalen. Det handlar om vad som är tillåtet/otillåtet i samarbetet, dvs. hur novisen ska bemöta, tilltala och fråga personalen i

samarbetet och i arbetsledarrollen. I sjuksköterskans yrkesutövning finns förväntningar och krav på hur en sjuksköterska ska förhålla sig till övrig personal, genom att visa respekt, vara lyhörd och visa empatisk förmåga.

I följande fältanteckning beskrivs hur novisen underordnar sig vid rondsituationen genom att ändra röstläge. Situationen utspelar sig på en medicinavdelning. Novisen och överläkaren är placerade intill läkemedelsvagnen på en av de mindre expeditionerna på avdelningen. Klockan är fem över tio på förmiddagen.

Överläkaren säger att de bara tar det mest viktiga nu under rondan, för att han inte hinner mer. Han håller på att utföra undersökningar på patienterna under förmiddagen. N6 berättar om den patient som nu fått tid för undersökning, att premedicineringen är klar och att hon fått tablett Ketogan. N6 är väldigt mjuk i tonen och lite tyst när hon pratar med överläkaren. N6 får en annan ton i rösten när hon pratar med överläkaren (Fältanteckning O5.N6.9).

Novisen underordnar sig genom att ändra sättet att tala i olika situationer där hon är beroende av andra yrkeskategorier i yrkesutövningen. Detta kan handla om att novisen försöker utveckla ett ”gott” samarbete, vilket kan vara betydelsefullt under den första tiden i yrket. Ett ”gott” kollegialt samarbete är avgörande för att novisen ska bli respekterad och accepterad som kollega. Att ändra sättet att tala i situationer där samarbetet är viktigt tyder på att novisen vill nå en god samarbetsrelation. Människans språkliga förmåga spelar en viktig roll i interaktionen med andra aktörer. Genom språket kan ett förhållningssätt förmedlas.

Novisen intar en mellanposition när krav och förväntningar ställs att hon ska både utföra sina arbetsuppgifter och hjälpa till med annan personals arbetsuppgifter. Undersköterskornas krav och förväntningar innebär att novisen ska avbryta eget arbete direkt för att hjälpa till med deras övriga vårdarbete. Att vara i en mellanposition speglar sjuksköterskans roll i relation till andra yrkeskategorier. Novisen försöker att klara av egna och medarbetares krav och förväntningar, vilket innebär att novisen får förhålla sig till flera arbetsuppgifter samtidigt.

I citatet ur tredje intervjun beskriver novisen hur hon står mellan olika förväntningar och krav på sig själv och av personalen. Novisen tjänstgör på en kirurgavdelning.

N14: Och då har inte jag kunnat vara med ute och då har jag hela tiden känt att jag måste vara ute samtidigt som jag måste göra mitt jobb och alla som kommer med telefonsamtal och så den har ont och den har det och den har det och den så, man, det rycks i en hela tiden så man får aldrig någon arbetsro någon gång.

I: Nej.

N14: Mm. Så det tycker jag är jobbigt.

...

N14: Och då tänker man ju också att dom här som har hållit på väldigt länge dom kanske hinner få undan så att dom hinner ut och då...

I: Mm.

N14: kanske dom här undersköterskorna blir vana vid det eller ja att hon fixar det varför klarar inte hon det (Intervju N14.3).

Det ställs krav och förväntningar från personalen att noviserna ska kunna hjälpa till med vårdarbetet trots att de är upptagna med eget sjuksköterskearbete. Detta upplevs som att "slitas" mellan olika arbetsuppgifter och det blir svårt att avgöra vad som ska prioriteras. Att "slitas" mellan olika arbetsuppgifter bidrar till att noviserna har svårt att bilda sig en uppfattning om arbetet och få kontinuitet i arbetet. Noviserna upplever att detta leder till att arbetet blir "ryckigt" när de blir avbrutna.

Att inte klara dessa krav och förväntningar kan göra att personalen uppfattar novisen som långsam och att hon inte klarar av sitt arbete, vilket ökar kravet på henne att försöka bli effektiv. Detta har noviserna oftast svårt att klara av. De upplever sig "jagade" i arbetet. I situationer där de klarar av eget och andras arbete uppfylls de socialt förankrade krav och förväntningar som finns på en sjuksköterska.

I följande utdrag ur fältanteckningar beskrivs hur undersköterskan öppet uttrycker krav på att sjuksköterskorna ska hjälpa till med omvårdnaden av patienten. Novisen är upptagen med att dokumentera efter rond under en sen eftermiddag på en av de stora expeditioner som finns på en medicinavdelning.

Innan N5 hinner detta så kommer en undersköterska förbi som egentligen har patienter att sköta i en annan grupp. Undersköterskan tittar hastigt in på expeditionen och säger att nu får sjuksköterskorna hjälpa till för det här går inte, de

hinner inte med när denna patient håller på så. Det här är förmodligen riktat till N5. N5 säger att hon kommer och hjälper till. Plockar ihop pärmarna (Fältanteckning O2.N9.5).

Även om läkare, sjuksköterskor och undersköterskor kan se att novisen är upptagen med egen arbetsuppgift förväntas att hon omgående avbryter egen arbetsuppgift. Det tyder på att personalen inte värderar novisens arbete som viktigt. I dessa situationer följer noviserna personalens uppmaning och avbryter egen arbetsuppgift direkt oavsett vilka konsekvenser det får. Ibland sker uppmaningen i förtäckta uttalande som i exemplet där undersköterskan uttrycker sig generellt att sjuksköterskorna får hjälpa till trots att det är till henne undersköterskan uttalar kravet. Detta kan även tolkas som att det är en kollektiv uppmaning att sjuksköterskor inte deltar i tillräcklig omfattning i undersköterskans arbete. Att personal uttrycker förväntningar på novisen kan tolkas som att hon ska fostras i avdelningens normer. I dessa ingår att novisen ska vara personalen behjälplig när behov finns oavsett om hon är upptagen med eget arbete eller ej.

Noviserna intar en assistentfunktion i situationer där personalen förväntar sig detta eller att de antar att det finns förväntningar att de ska assistera annan personal. Det handlar exempelvis om att hämta patientjournal, teknisk apparatur, sängutrustning/skyddskläder, vara bärhjälp, stå beredd som assistent vid patientundersökning. Noviserna är på sin ”vakt”, genom att de lyssnar, iakttar, avvaktar, är i beredskap där det kan krävas eller förväntas att hon utför en arbetsuppgift eller assisterar annan personal. Genom att vara observant på krav och förväntningar från omgivningen visar novisen en vilja att anpassa sig till arbetskulturen.

I följande fältanteckning beskrivs hur novisen direkt hämtar teknisk apparatur när sådan efterfrågas av överläkare. Novisen, två överläkare och underläkare befinner sig på en patientsal när frågan ställs av överläkare. Det är förmiddagsrond på en kirurgavdelning.

Överläkaren och N14 lämnar läkarexpeditionen och börjar gå runt till patienterna direkt. /.../ När N14 kommer till patienten som har problem med pulsationer kommer även en av överläkarna in. Överläkaren frågar om de har någon doppler. N14 går iväg ut från salen och hämtar en cykelkorg. Doppler förvaras tillsammans med andra saker i en cykelkorg. N14 är strax tillbaka med cykelkorgen (Fältanteckning O7.N14.15).

I dessa situationer uttrycks en dold förväntan från personalen att novisen ska assistera vilket hon reagerar på direkt. Att novisen anpassar sig till en assistentfunktion kan tolkas som att hon förändrar sina egna ståndpunkter till att överensstämja med personalens förväntningar. Det kan handla om att novisens antagande är att det blir ”bäst på det viset”. Novisen går personalens förväntningar tillmötes för att lättare accepteras i arbetsgruppen även om hon har annan uppfattning.

Förväntningar på anpassning till assistentfunktion sker även genom öppna socialt förankrade normer. Under rondsituationen ber överläkaren novisen att hämta det som saknas av patientjournalen. Under tiden sitter överläkaren och underläkaren kvar på en av medicinavdelningens läkarexpeditioner och väntar. Novisen reagerar direkt på uppmaningen och försvinner ut från läkarexpeditionen.

Överläkaren rapporterar om orsaken till att en patient läggs in. Överläkaren söker i pärmen och vänder sig på samma gång som han säger till N1: “Skulle du kunna hämta mer journalpapper på honom, det måste finnas mer.” N1 svarar: “Ja.” N1 reser sig och går snabbt ut från expeditionen. Klockan är nu 09.40. Läkarna diskuterar med varandra. /.../ Det tar en stund innan N1 kommer tillbaka. Överläkaren undrar om de skall gå ut till N1 och se om hon får tag i några papper så kan de fortsätta där sedan (Fältanteckning O9.N1.7).

I följande utdrag ur fältanteckning beskrivs överläkarens förväntningar på novisen som assistent. Novisen, överläkare och patient befinner sig i behandlingsrummet där en undersökning av patienten ska ske. Novisen har haft hjälp av erfaren sjuksköterska att förbereda för undersökningen inne i behandlingsrummet. Novisen förbereder sig för att assistera överläkaren under patientundersökningen. Klockan är tjugo över tre på eftermiddagen.

Överläkaren säger till N2: “Huvudet där och näsan där.” N2 står vid fotändan på sängen när överläkaren förklarar för henne. Överläkaren startar undersökningen. /.../ Överläkaren säger: “Är sugen kopplad? Kan du sätta på den.” Nu blir han irriterad och säger: “Det här måste vara förberett.” /.../ Överläkaren säger sedan till N2: “Sen kan du stå där och ta emot.” N2 går bort till sugen och ställer sig utan att säga något. /.../ N2 står beredd vid sugen (Fältanteckning O4.N2.3).

Arbetskulturen kräver att sjuksköterskor assisterar läkare i situationer där patientundersökningar ska ske. Förväntningarna på en assistentfunktion kan vara både dolda och öppna från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Assis-

tentfunktionen handlar om att underlätta för personalen i olika situationer och detta kräver att novisen är uppmärksam på vad som förväntas.

Att hamna i utanförskap

När novisen utesluts som medlem i personalgruppen hamnar hon utanför arbetsgruppens gemenskap. Novisen hålls utanför arbetsgruppen och bejakas inte i sin yrkesroll ”sådan hon är” eller ”håller på att bli”. Då novisen bemöts av personal med olika negativa attityder, beteende och uttalande ger det uttryck för en inställning att novisen inte ingår som medlem i personalgruppen. Detta kan exempelvis handla om att hon inte respekteras i sitt arbete, genom negativa kommentarer, att inte bli sedd eller tilltalas, får skarpa tillsägelser eller på annat sätt. Flera av noviserna utsätts kontinuerligt och under lång tid av personalens negativa bemötande.

I följande citat förklarar novisen att hon aldrig känt sig så utanför på någon arbetsplats tidigare. Citatet är ett utdrag ur fjärde intervjun.

N10: Och det har jag aldrig varit på ett arbete, en arbetsplats, jag har ju varit på så mycket ställen, men jag har aldrig känt mig så utanför på något vis. Men det kan ju vara att man var ny i en, i en ny arbetsroll också. Du, du är helt, helt ny ... ja.

I: Kan du beskriva lite grann runt om det här att du kände dig utanför?

N10: /suck/ Ja, men ja de ... de har ju jobbat i ihop i flera år många ut av dom. Och de var, de umgicks väl en del på fritiden också då och ja det, men det var ju mycket kurser, det var mycket grejer på gång hela tiden och det kanske också var lite oroligt,

I: Mm.

N10: när man kom och var ny (Intervju N10.4).

Att novisen upplever utanförskap verkar handla om att personalen och den egna yrkesgruppen har en stark arbets- och yrkesgemenskap, men även en gemenskap utanför arbetet. Denna gemenskap har säkert utvecklats under lång tid och inom nästintill en intakt personalgrupp och där få nyanställningar förekommit. Det har pågått en långvarig interaktion mellan personalen i vilken novisen utesluts. Detta innebär att stora krav ställs på novisens förmåga att anpassa sig och även förmåga att ”stå ut” med personalens starka arbets- och yrkesgemenskap. Att novisen upplever sig vara i ett utanförskap kan handla

om att hon inte är förankrad i personalens sätt att tänka, beteende, synsätt och normer. Det kan också finnas motsättningar mellan novisens och personalens värderingar och kunskapssyn. Gruppen avgränsar sig och utestänger novisen från att tas upp i gemenskapen, vilket är ett sätt för att behålla kontrollen i gruppen och också hävda sin position gentemot nya. Novisen kan ha en annan utbildning och andra kunskaper än andra i personalgruppen, vilket kan utgöra ett hot.

I exemplet berättar novisen för mig hur helgen varit. Novisen beskriver hur hon utesluts ur arbetsgruppen när ingen undersköterska listat sig på samma patientgrupp som hon själv. Novisen och jag befinner oss på en av medicinavdelningens expeditioner under förmiddagen.

N6 berättar för mig hur jobbigt hon haft det i helgen. Att hon inte haft någon undersköterska som skrivit upp sig på den arbetsgrupp som N6 ansvarade för. Att undersköterskorna säger till N6 att hon skall gå och svara på ringningar. Berättar att hon varit alldeles slut efter helgen. /.../ (Fältanteckning O3.N6.3).

Att uteslutas ur en grupp kan ske på olika sätt: genom att personalen inte listar sig på samma patientgrupp, inte flyttar på sig för novisen, talar ”bakom ryggen” om novisen till avdelningschef eller annan personal, aldrig tillfrågar om novisen behöver hjälp, bemöter med spydiga kommentarer, beskyller novisen för arbetsuppgifter som blivit felaktigt utförda eller utesluter novisen ur gemensamma aktiviteter. Uteslutning kan även ske genom att ignorera och påföra novisen skuld. Även andra noviser på avdelningen deltar i uteslutningen av novisen. Detta kan handla om att dessa mer fogar sig till personalens inställning och försöker vinna erkännande och accepteras i personalgruppen, även om det innebär att en kollega utesluts. I situationer där noviserna blir uteslutna är de ensamma, vilket innebär att de själva måste bearbeta och reflektera på egen hand över vad som sker. Att inte ha stöd av personalen kan leda till att novisen lägger skulden till utanförskapet på sig själv. Konsekvensen av detta kan resultera i att hon inte orkar vara kvar på sin arbetsplats. Om novisen däremot stannar kvar i organisationen kan det innebära att hon måste anpassa sig och ta till sig personalens värderingar för att bli bärare av organisationskulturen.

Novisen beskriver i följande fältanteckning hur en formell tillsvidareanställning bidrar till upplevelsen att vara en medlem i personalgruppen. En tillsvidareanställning innehåller budskapet att novisen har en tillhörighet i arbets- och yrkesgruppen. Novisen delar ut läkemedel till patienterna. Klockan är tio i nio

på förmiddagen. Situationen utspelar sig i korridoren strax utanför en patientsal på en kirurgavdelning.

N11 skall dela läkemedel till en patient. /.../ N11 berättar sedan för mig att hon ska få fast tjänst nu. Jag svarar vad roligt. N11 tycker det är jätteroligt och tror också att det nu kommer bli på ett annat sätt för nu är hon inte bara vikarie utan en av personalgruppen och som räknas (Fältanteckning O6.N11.1).

En tillsvidareanställning är ett sätt att kunna ta sig ur ett utanförskap. I exemplet får novisen ett erkännande från arbetsgivaren att hon är betydelsefull, behövd och att arbetsinsatsen värdesätts. Ett erkännande från arbetsgivaren kan innebära att novisen får möjlighet att bli en del av personalgruppen och få en tillhörighet.

Att utvecklas genom att ta ansvar

I situationer där noviserna får utöva yrket på egen hand och ta ansvar för sitt handlande utvecklas de. Det handlar exempelvis om att på egen hand verkställa läkemedelsordinationer, klara av rondarbetet som sjuksköterska, fatta egna beslut i vården av patienten, arbetsleda, utföra behandlingsåtgärder. Sjuksköterskor utövar omvårdnad, specifik och allmän, självständigt. Det förekommer även situationer där noviserna hindras av personalen från att ta ett större yrkesansvar. Bundenheten till erfarna sjuksköterskor kan utgöra ett hinder för novisen att ta detta yrkesansvar. I situationer där noviserna hindras från att ta ett större yrkesansvar eller motarbetas av personalen hindrar deras möjlighet till yrkesmässig utveckling och växt.

I följande citat beskriver novisen hur ett ökat ansvar bidragit till ökad säkerhet i yrkesrollen. Novisen tjänstgör på en kirurgisk avdelning. Citatet är ett utdrag ur tredje intervjun med novisen.

N2: Det är lätt när man har folk omkring sig att ah, jag frågar henne, för att hon vet det. Men nu får jag tänka till själv med doktorn och om mig själv så att jag har väl blivit säkrare i min profession tycker jag. För att jag får ta mer ansvar och det har inte funnits någon hela tiden och fråga. Fastän att det har det på ett sätt, men man har blivit ännu mer självständig.

I: Ännu mer självständig?

N2: Ja, det tycker jag. Så att nu tycker jag att jag, jag känner mig inte ny längre så tycker jag inte utan nu går det bra. Och jag kan fråga doktorerna, jag känner

doktorerna väl och kan ifrågasätta dom och säga vad jag tycker och utan att det på något sätt är pinsamt ... jag har fått en närmare relation med dom med.

I: Mm.

N2: Jag har kommit närmare dom för att dom, dom andra gamla i gamet har inte varit här så då, då har vi kommit närmare varandra (Intervju N2.3).

Att tilldelas ett ökat ansvar innebär att novisen får möjlighet att arbeta på egen hand i vården av patienten och i en arbetsledande funktion. Det handlar om att på egen hand kunna fatta beslut, utföra behandlingsåtgärder, verkställa läkemedelsordinationer, klara av hela rondsituationen, arbetsleda, organisera och strukturera vårdarbetet. Att novisen får möjlighet att reflektera, planera, organisera, strukturera och utföra arbetet självständigt utvecklar en säkerhet i yrkesrollen.

Till skillnad från att ges möjligheter att utvecklas genom att få ansvar kan även novisen hindras från detta. I situationer där novisen arbetar med erfaren sjuksköterska verkar det vara svårt att kunna utöva yrket självständigt eftersom hon upplever lojalitet och bundenhet till den erfarna sjuksköterskan. Novisen står tillbaka och låter den erfarna sjuksköterskan leda henne att utöva yrket som den erfarna sjuksköterskan önskar eller beslutar. Att novisen har lojalitet till erfaren sjuksköterska kan handla om att hon är i behov av att lära och ha någon att vända sig till när svårigheter uppstår. Det kan även vara så att novisen har en bundenhet till sjuksköterskan som varit hennes handledare under inskolningen eller att hon har handledande och erfaren sjuksköterska som förebild.

I följande fältanteckning beskrivs hur läkare kan förhindra novisen att på egen hand utföra sjuksköterskeuppgifter. Novisen och jag befinner oss i medicinavdelningens långa korridor strax utanför den stor expedition. Det är lunchtid.

.../ N6 återkommer till sig själv och säger att hon aldrig fick delta i något. Att det var/är alltid de erfarna sjuksköterskorna som skall göra allting. Läkarna säger att hon skall be någon av de erfarna sjuksköterskorna när det gäller ordinationer eller behandlingar. Menar att hon då inte får lära sig något (Fältanteckning O6.N6.12).

Sjuksköterskor, läkare och undersköterskor kan fatta beslut om att det är novisens kolleger som ska utföra arbetsuppgifter i stället för henne. Arbetsupp-

gifter som det kan handla om är exempelvis medicin-tekniska uppgifter, utföra behandlingsåtgärder eller verkställa läkemedelsordinationer. Det kan även handla om att novisen inte får möjlighet att delta och lära under exempelvis patientundersökningar. Att novisen hindras att utföra vissa arbetsuppgifter kan bero på att personalen anser att hon inte har förmåga att utföra dessa. Detta kan iakttas genom att exempelvis läkare hänvisar till att novisen ska be erfaren sjuksköterska att utföra vissa arbetsuppgifter även om novisen är patientansvarig.

Sammanfattning

Att formas i sjuksköterskeyrket handlar om en process som noviserna genomgår för att bli accepterade som sjuksköterska i personalgruppen. Det finns viss acceptans hos personalen för att noviserna är nybörjare i yrket, men de är mycket kritiska till deras yrkesförmåga. Personalen tvivlar på hur noviserna ska klara av att arbeta som sjuksköterskor. Personalen kritiserar novisernas utbildning och förringar deras omvårdnadskunskaper. Noviserna anses inte ha tillräckliga yrkeskunskaper. Det råder ett spänningsförhållande mellan vårdverksamheterna och utbildningen i vilken verksamheterna betonar vikten av hantverkskunnande. Novisen har lämnat utbildningen där omvårdnadsideologin och utvecklingen av kritiskt tänkande varit utmärkande, men ännu inte vunnit inträde i gruppen av professionella sjuksköterskor. I processen att accepteras som medlemmar i yrkesgruppen finns tecken på att de inte upplever sig höra hemma någonstans, utan att de befinner sig mellan två kulturer, vilket kan beskrivas som att de befinner sig i en marginalsituation. Den medicinska synen på sjuksköterskans yrke är rådande och noviserna måste anpassa sig till detta perspektiv om de skall kunna accepteras som en del av den nya kulturen. Eftersom den medicinska-naturvetenskapliga kunskapssynen är rådande försöker noviserna anpassa sig och håller med personalen i de negativa attityder som framförs om t.ex. omvårdnadsämnet. Detta leder till att kulturen lever vidare på arbetsplatsen. De erfarna sjuksköterskorna som kan ses som signifikant andra uppmuntrar vissa värderingar och attityder, vilka gör att perspektiven på utbildning och omvårdnadsämnet bibehålls. Om noviserna inte anpassar sig till rådande normer och värderingar inom personalgruppen riskerar de att uteslutas som medlemmar i personalgruppen, vilket också skett. Dessa noviser hade andra förväntningar på yrket än vad som råder inom arbetskulturen och lät sig inte påverkas av den. För två av noviserna resulterade uteslutningen i att de avslutade sina anställningar. Övriga noviser har arbetat kvar på samma

arbetsplats under studien och har anpassat sig till personalens förväntningar på sjuksköterskeyrket. De hierarkier och maktförhållanden som finns inom arbetsplatserna ger möjlighet till att utfärda sanktioner för att forma noviserna i yrket.

DEL 5

DISKUSSION

Syftet med studien har varit att analysera och beskriva hur nyutexaminerade sjuksköterskor som ingår i ett introduktionsprogram socialiseras in i yrket och hur detta kommer till uttryck i tal och handlingar. Resultatet visar att det krävs hög grad av lyhördhet och anpassning för att novisen skall bli accepterad som färdigutbildad sjuksköterska av kollegor och övrig personal. I denna process måste den nyutexaminerade sjuksköterskan delta på ett aktivt sätt.

Ur resultatet framstår fyra områden som centrala för socialisationen in i yrket:

- Mästare-lärlingssystemet lever kvar
- Yrkeskunnandets utveckling
- Inträde i sjuksköterskeyrket
- Att befinna sig i en marginalsituation

Mästare-lärlingssystemet lever kvar

Under inskolningen framträder ett mästare-lärlingssystem, som en modell, för handledning av nyutexaminerade sjuksköterskor. Sett ur ett historiskt perspektiv övergavs lärlingssystemet i sjuksköterskeutbildningen vid mitten av 1960-talet (SOU, 1964:45; Askling, 1987). Senare studier (Pilhammar Andersson, 2008; Ohlsson, 2009) visar emellertid, liksom denna, att systemet lever kvar om än i en förändrad form och att det till och med har förstärkts. Inom sjuksköterskeutbildningen har systemet förändrats från att ha varit en utpräglad lärlingsutbildning, där arbetsprocessen varit styrande, till att bli en akademisk lärlingsutbildning, där studentens lärande varit centralt, och där fokus skiftat från funktion till teoriförankring (Pilhammar Andersson, 2008). Nielsen och Kvale (1997) framhåller att det finns ett växande intresse för lärlingssystem och att det är en viktig form för utbildning.

Det mästare-lärlingssystem som tillämpas är inte formellt beslutat eller utformat och det är intressant att notera att det förekommer på samtliga åtta arbetsplatser i studien. Detta innebär att vad som görs till innehåll mer bestäms av de uppgifter som skall utföras för stunden än av en medveten planering

av uppgifter med hänsyn tagen till novisens behov av kunskaper. Formen för handledning är informell och har utvecklats inom yrket, där noviserna lär genom att imitera och söka kunskap hos mer erfarna sjuksköterskor. En orsak kan vara att systemet är underförstått i och med att noviserna tilldelas en handledare vid parallelltjänstgöringen. Varje arbetsplats har dock frihet att välja en handledningsmodell då det inte ges riktlinjer som förordar en viss modell i inskolningsprogrammet. Denna otydlighet kan vara en förklaring till att arbetsplatserna använder ett traditionellt sätt för att skola in nyutexaminerade sjuksköterskor i yrket och att de tillämpar en modell de själva har erfarenhet från sedan egna studier eller introduktion (Pilhammar Andersson, 2008). Öppenheten i fråga om val av handledningsmodell skulle kunna innebära att olika modeller tillämpas inom sjukhusets organisation. Att så inte är fallet är ett uttryck för att verksamheterna inte planerar handledningen under inskolningen på samma genomtänkta sätt som sker inom den kliniska utbildningen. Det verkar som om handledarna och verksamheten är omedvetna om att det finns olika handledningsmodeller.

Noviserna är vana sedan sjuksköterskeutbildningen att handledningen är organiserad i en formaliserad form, något som inte är fallet under introduktionsperioden. Att det inte finns någon samstämmighet mellan utbildning och verksamhet bidrar till att nyutexaminerade sjuksköterskor upplever svårigheter under den första tiden i yrket. Det ovanstående visar på det spänningsförhållande som råder mellan vårdverksamhet och utbildning, där ett samarbete saknas för planering av nyutexaminerade sjuksköterskors inskolning på arbetsplatserna.

Då noviserna lär i ett informellt mästare-lärlingsförhållande traderas traditioner och värderingar på ett oreflekterat sätt. Det kan vara svårt för en enskild personal att veta vad noviserna egentligen lär. Vad som däremot kan identifieras av enskild personal, vilket också studien visat, är vad noviserna ska göra och hur olika vårdaktiviteter ska utföras.

Mästare-lärlingssystemet ger noviserna möjlighet att framför allt träna tekniska och praktiska uppgifter. Sjuksköterskeyrket består av många olika kompetenser som är nödvändiga för att utveckla yrkesidentitet (Lauvås & Handal, 2001). Mästaren fokuserar dock på en uppgiftsinriktad handledning och noviserna tycks också efterfråga noggranna och utförliga genomgångar av olika moment, vilket visar att det är främst färdighetskunskaper som såväl mästarna som noviserna anser att en sjuksköterska ska kunna. Att noviserna inte kän-

ner sig säkra i tekniskt/praktiskt utövande kan dels bero på den korta kliniska utbildningen (Furåker, 2001), dels att de inte ges tillräckligt med tillfällen att träna. Under introduktionsperioden läggs stor omsorg på att lära noviserna rätt handgrepp och i vilken ordning dessa skall göras för att undvika misstag. Noviserna får därigenom riktlinjer att följa, vilket skapar säkerhet.

I mästare-lärlingsförhållandet förmedlas även icke godtagbart handlande. Genom att varje handledare själv får ansvara för novisernas inskolning finns inte någon övergripande kontroll på handledningens innehåll. Detta innebär att handledarna har sina egna regler och strategier för hur arbetet ska genomföras. Noviserna är också okunniga om vilka riktlinjer och teorier som gäller och anammar det sätt som handledaren använder. Här föreligger således en risk att noviserna imiterar handledarna även i ett oacceptabelt handlande, vilket kan riskera patientsäkerheten. Noviserna som har erfarna sjuksköterskor som sina förebilder har svårt att ifrågasätta deras arbete. För att minimera risken för ett icke godtagbart handlande av noviserna krävs utbildade och kompetenta handledare och en organiserad inskolning. Avdelningscheferna tar inte det ansvar som krävs när det gäller att engagera sig i introduktionsprogrammet och att tillse att handledarna har adekvat utbildning.

En fråga som ställs av Nielsen och Kvale (1997) är hur institutioner som idag främjar lärlingssystem kan formas som system för lärande. Detta är en frågeställning som är aktuell för hälso- och sjukvården att besvara, eftersom detta system används under inskolningen av nytexaminerade sjuksköterskor. Nielsen och Kvale (1997) menar att mästare-lärlingssystemet beskriver ett asymmetriskt förhållande mellan en person som bemästrar ett yrke och en nybörjare som inte klarar av det samma. Noviserna arbetar tillsammans med sjuksköterskor, undersköterskor och läkare inom arbetsdagens aktiviteter. På det sätt inskolningen är organiserad stöds den hierarkiska ordning som finns i samspelet inom och mellan yrkesgrupperna, och där läkaren ses som överordnad och undersköterskan som underordnad, och där sjuksköterskan befinner sig mellan dessa båda grupper (Thunborg, 1999). När mästaren ska förmedla sina yrkeskunskaper handlar det om att novisen ska lära sig att utföra vårduppgifterna på mästarens sätt genom att imitera mästaren och följa det hierarkiska system som råder inom vårdverksamheten. Noviserna har dessutom inte lärt sig reglerna för "the doctor-nurse-game" vilket kan förklara varför deras förslag till läkarna inte mottas positivt (Stein, Watts & Howell, 1990).

I förhållande till den egna yrkesgruppen, och i samspel med erfarna sjuksköterskor, formar noviserna sin yrkesidentitet genom socialisationsprocessen (Mead, 1934). De utforskar vem de är, vad de ska och vad de bör utföra i sin yrkesutövning. Noviserna lever sig successivt in i andras sätt att se på dem och utvecklar en förmåga att se sig själva genom andras ögon (Johansson, 1983). I denna process spelar sjuksköterskor, läkare och undersköterskor en betydande roll, vilket även Pilhammar Andersson (1994) visar i sin studie. Sjuksköterskorna/handledarna i denna studie kan ses som signifikant andra genom att de är betydelsefulla förebilder för noviserna i deras yrkesutveckling. Detta innebär att de har ett stort ansvar för hur de beskriver och ger uttryck åt innehållet och innebörden i yrket. Deras egen vision och erfarenhet av sjuksköterskeyrket spelar således stor roll för hur de handleder nyutexaminerade sjuksköterskor.

Att göra ”rätt” och handla ”fritt”

Av resultatet framgår att noviserna konstruerar kunskaper i samspel med erfaren personal och med utgångspunkt i det sätt personalen anser vara det mest korrekta. Det innebär att göra på ”rätt” sätt, vilket inte är det samma som att göra ”rätt” saker. Studien tar upp *vad-* och *hur-*frågan. *Hur-*frågan bygger dels på själva utförandet av en handling, och dels på att kunna redogöra för hur och varför man utför denna handling. Det räcker alltså inte att utföra en handling, utan man ska också veta varför man valt ett visst tillvägagångssätt, för att förstå vad det är man gör (Gustavsson, 2004). I studien utför noviserna handlingen på det sätt som handledaren instruerar, vilket inte säger något om att de vet varför de valt en viss metod. Detta kan hänföras till ett anpassningsinriktat lärande (Ellström, 1996). Ett anpassningsinriktat lärande stimuleras i arbetslivet genom de krav på att följa givna regler, riktlinjer och instruktioner som ställs på noviserna. De blir instruerade av mästaren att utföra handlingar och genomföra procedurer på givet sätt. Denna form att lära är nödvändig då noviserna måste kunna behärska de regler och normer (dolda och öppna) som finns i arbetet. *Vad-* och *hur-*frågorna behöver emellertid utökas med den didaktiska frågan *varför*, för att stimulera noviserna till att reflektera över handlingen.

Observationerna visar att noviserna har tilltro till mästarna och anpassar sitt lärande efter dem. Gustavsson (2004) beskriver att i traditionen finns och utövas en sådan makt över lärlingens tankar, att denne kan känna sig tvingad att underkasta sig traditionen för att vinna kunskap. Det innebär att noviserna inte utgår från eget tänkande för att pröva olika handlingsalternativ. Mästaren tar t.ex. över när noviserna inte anses vara tillräckligt kunniga för att bemästra

arbetet. Noviserna tar eller ges inte möjlighet att reflektera och ta ansvar för situationen och organisera arbetet som de lärt i andra liknande situationer. Noviserna själva och mästarna kan sålunda båda hindra att novisernas kunskaper kommer till uttryck i omvårdnadsarbetet.

Handledarna spelar en betydande roll när det gäller novisernas möjlighet att kunna agera fritt och självständigt i yrkesutövandet. Genom de handledningsstrategier som används ges dock noviserna liten möjlighet till att arbeta på detta sätt. Även om handledarna instruerar noviserna att arbeta mer självständigt styrs ändå arbetet utifrån deras sätt att organisera arbetet. Detta kan bero på att både samtal om mål med arbetet och uppföljningssamtal saknas. Därmed finns heller ingen planering för hur noviserna successivt ska bli mer självständiga i yrkesutövandet under inskolningen. Hur handledningen genomförs och vilka strategier som används verkar vara kulturellt betingade då samtliga handledare, oberoende av varandra, tillämpar samma metoder. För att inte noviserna ska misslyckas i arbetet eller att patientsäkerheten ska åsidosättas hävdas värdet av att hålla fast vid invanda rutiner och metoder. I observationerna framgår att noviserna försöker föreslå andra lösningar när problem uppstår, men de får ge vika när personalen vidhåller att uppgifterna ska hanteras på ett visst sätt. Återigen framträder personalens sätt att styra novisernas handlande.

Lärande i arbetet är sammankopplat med det faktiska handlingsutrymmet, dvs. de frihetsgrader som finns i relationen till en viss arbetsuppgift eller arbete och därmed möjligheter till självbestämmande i situationen (Ellström, 1992). Ett utvecklingsinriktat lärande innebär att individen får möjligheter att handla och kunna påverka omgivningen. Det innebär att praktiskt få pröva olika handlingsalternativ i omvårdnadsarbetet, vilket har stor betydelse för utvecklingen av yrkesidentiteten. För att noviserna skall kunna ta eget ansvar krävs att de ges möjlighet att få komma med idéer och att använda de kunskaper de skaffat sig i utbildningen. Denna möjlighet ges endast i begränsad omfattning av sjuksköterskor, läkare och undersköterskor. För ett självständigt handlande krävs också att noviserna har tillräckliga kunskaper för att kunna tolka arbetsuppgiften och situationen samt välja lämpligt handlingsalternativ, men resultatet visar att noviserna har svårt att avgöra vilka kunskaper som är användbara för att lösa problem eller för att hantera en uppgift eller situation. Detta kan leda till att uppgifter hanteras felaktigt eller att problematiska situationer lämnas ouppklarade. I dessa situationer framkommer att noviserna inte upplever att de har det stöd som behövs för att kunna handla på ett korrekt sätt och noviserna

saknar handledare som samtalspartner. Att vara en samtalspartner som kan ge bekräftelse och stöd är en viktig uppgift för handledarna (jfr Molander, 1993) i relation till novisernas professionella utveckling.

Att söka kunskap genom mästarna

Noviserna visar sig vara aktiva att söka kunskap genom olika mästare och därmed få olika perspektiv på hur uppgifter kan hanteras och problem lösas. Att själv söka kunskap är ett arbetssätt som noviserna har erfarenhet av från sin utbildning och som de även tillämpar i verksamheten. Ellström (2006) menar att i det praktiska lärandet ingår att lära sig variationer i vårdarbetet, medan det i den teoretiska utbildningen gäller att lära generella likheter. Genom att observera det avvikande kan noviserna erhålla nya insikter. Pilhammar Andersson (1991) visar ett liknande resultat i sin studie där studenterna observerar hur sjuksköterskorna genomför sina arbetsuppgifter och sätter samman en modell baserad på vad de ser som önskvärt beteende hos de olika handledande sjuksköterskorna. Observationerna i föreliggande studie visar att noviserna upprepar mästarens sätt att tala i olika vårdssituationer, genom att de imiterar mästarens handlingsmönster. Imitationen fyller sålunda funktionen att överföra yrkeskunskap och hjälper noviserna att komma ihåg det som förmedlas av mästaren. Detta leder till att de kan fungera alltmer självständigt i vårdarbetet. Ekebergh (2001) har funnit detsamma, där studenterna först observerar handledarens handlingssätt för att därefter självständigt upprepa handlingssättet. Vad som dock saknas i ett imitativt, auktoritetsbundet och traderande förhållningssätt är ett kritiskt förhållningssätt (Gustavsson, 2004). I studien visar noviserna att de inte utvecklat ett kritiskt förhållningssätt till de yrkeskunskaper som förmedlas. De utnyttjar inte heller möjligheten att göra egna val och använda sig av alternativa handlingssätt. Vårdarbetet syns därmed vara mer i fokus än själva lärandet. Ett kritiskt förhållningssätt till ”vad som görs”, ”varför” och ”hur” saknas hos noviserna, eftersom de inte ges möjlighet att reflektera över handlingar som utförs. Trots att utbildningarna idag förespråkar ett reflektivt och kritiskt förhållningssätt i omvårdnadsarbetet har inte noviserna mod att ifrågasätta mästarnas handledningsstrategier och kompetens.

Yrkeskunnandets utveckling

Den kliniska verksamheten är komplex och kräver av personalen en flexibel

och nyanserad förmåga att definiera situationer och kunna tolka och handla på lämpligt sätt (Tanner, 2006). För detta behövs erfarenhet av olika patientsituationer och komplicerade problemlösningar. Gerrish (2000) beskriver, liksom resultatet i denna studie visar, att nyutexaminerade sjuksköterskor har teoretiska kunskaper om vilka åtgärder som skall vidtas i patientsituationen, men att de saknar självförtroende, kompetens, erfarenhet och ibland möjligheter att utföra åtgärderna.

Noviserna har, som tidigare beskrivits, begränsade erfarenheter av komplicerade och akuta patientsituationer och uppvisar svårigheter att hantera dessa men trots detta flyttas två noviser över på nattjänstgöring. Arbetsgivarna följer därvid inte de rekommendationer som finns inom sjukvården när det gäller nattarbete för nyutexaminerade sjuksköterskor och där nattarbete betraktas som ett kvalificerat arbete vilket kräver erfarenhet. Ett liknande resultat framträder i Wangensteen, Johansson och Nordströms (2008) studie. En orsak till att arbetsgivarna frångår rekommendationerna kan vara att det ofta råder brist på personal på natten och för att lösa det problemet tillfrågas noviserna redan efter några månaders tjänstgöring. Eftersom noviserna förväntas utföra ett så kvalificerat arbete som sker på natten och efter så kort tid kan värdet av introduktionsprogrammet ifrågasättas. För att kunna utföra de arbetsuppgifter som krävs på dagen med hög personaltäthet och stora möjligheter till stöd krävs att noviserna följer introduktionsprogrammet. Detta krav föreligger inte för nattarbetet, som utförs med låg personaltäthet, vilket kan tyda på att nattarbete inte anses kvalificerat av arbetsgivaren (Nilsson, Campbell & Pilhammar Andersson, 2008). Resultatet visar att noviserna klarat att arbeta natt, kanske som en följd av att de tvingats arbeta mer självständigt och på det sättet snabbare skolats in i sjuksköterskefunktionen. Ett tecken på detta kan vara att de av arbetsgivarna tilläts fortsätta med nattjänstgöring under studiens genomförande, dvs. under nio månader.

Att reflektera genom att ställa frågor

För att kunna utveckla yrkeskunskandet krävs att noviserna reflekterar över sina handlingar och att de lär sig att hantera komplex information. Utbildningen och inskolningen spelar därvid viktiga roller, men resultatet i studien visar att noviserna vare sig reflekterar i eller över en patientsituation. Schön (1987) beskriver två former av reflektivt handlande; reflektion-i-handling och reflektion-

över-handling. Reflektion-i-handling har dock kritiserats av Molander (1993) och Sigrell (2006), vilka framhåller svårigheten i att hinna reflektera i handlingen, därför att reflektion handlar om att ta ett steg tillbaka, i bildlig mening, för eftertanke.

Noviserna har en komplicerad situation att förhålla sig till, genom de krav och förväntningar som ställs på dem i yrket. Observationerna visar att stora ansträngningar görs av noviserna för att anpassa sig efter dessa krav och förväntningar. På grund av det beroendeförhållande som kan finnas mellan novisen och mästaren är det svårt att inta ett reflekterande förhållningssätt. För noviserna gäller det att vara lyhörd för hur arbetet ska utföras på mästarnas sätt. I anpassningsprocessen tillåts därför inte reflektioner över mästarens handlande. Ett reflekterande förhållningssätt (Ellström, 2006) kräver att personalens yrkeskunskaper, attityder och värderingar kritiskt kan granskas och diskuteras. Novisernas lärande skulle sannolikt underlättas om handledningen inriktades på att tydliggöra mästarens förtrogenhetskunskap (Josefson, 1991). Mästare-lärlingsförhållandet är betydelsefullt, eftersom det är i denna relation som mästarens kvalificerade yrkeskunskap skulle kunna tydliggöras, förmedlas och diskuteras i förhållande till novisernas teoretiska kunskaper. Resultatet visar dock att dessa kunskaper inte efterfrågas av mästarna eller den övriga personalen, vilket kan tolkas som att de inte ser nyttan av dessa kunskaper i vårdverksamheten eller för yrkesutövandet. Kunskapsutbyte mellan noviserna och mästarna kommer således inte till uttryck i arbetet. Noviserna stimuleras inte heller av mästarna till eftertanke för att tänka över sig själva och vad de gör för att få perspektiv på den situation som de själva är involverade i. Att mästarna inte uppmuntrar noviserna till reflektion kan bero på att det är svårt för dem i det dagliga arbetet att få tid att tänka över en situation, och därför är de ovana vid det. Reflektionen skulle sannolikt utveckla novisernas yrkeskunnande och medvetenhet om sig själva, och därigenom inverka på vårdkvaliteten.

Utmärkande för ett utvecklingsinriktat lärande (Ellström, 2006) är att inta ett ifrågasättande och kritiskt prövande förhållningssätt till det arbete som ska utföras. Fokus ligger på att lära sig formulera problem och inte endast att lösa givna problem (a.a.). En del av innehållet i sjuksköterskans arbete är att kunna hantera komplexa situationer och lösa problem i arbetet. Sjuksköterskan ska observera, tolka och kritiskt reflektera över handlandet (Schön, 1987; Ellström, 2006) och därigenom pröva nya tillvägagångssätt i arbetet. Ett kritiskt prövande sätt att lära skulle kunna skapas i interaktionen med handledande

sjuksköterska, läkare och undersköterska och i form av att noviserna kritiskt reflekterar över sitt handlande.

Reflektion handlar enligt Molander (1993) om att begrunda sitt handlande och den situation som man befinner sig i för att få perspektiv på vad som sker. Resultatet visar att mellan noviserna och handledarna saknas denna reflekterande dialog. Handledarna förklarar inte heller varför de gör på ett visst sätt i en omvårdnadssituation för att ge noviserna möjlighet att börja reflektera och lära. Enligt Greenwood (2000), har lärlingssystemet bidragit till ”doer’s” snarare än ”thinkers” genom sjuksköterskornas auktoritära ”doing” kultur. En förklaring till att reflektion inte är framträdande kan vara att de uppgifter noviserna tränar under inskolningsperioden utgår från att de skall lära sig de rätta handgreppen, vilket inte alltid kräver reflektion, eller ens är önskvärt, i handlingen. Däremot kan reflektion över handlingen leda till ökad insikt om varför uppgifter utförs på ett visst sätt.

Noviserna ges en möjlighet att få ta del av andra sjuksköterskors perspektiv på hur arbetsuppgifter eller situationer kan hanteras. De ställer frågor och försöker förstå hur arbetsuppgifter ska hanteras, genom att förstå de olika leden i processen i att utföra en arbetsuppgift. Det verkar ibland som om noviserna i studien är osäkra och att de därför frågar. Att ofta ställa frågor om vårdarbetet kan vara ett uttryck för att noviserna söker bekräftelse på det egna kunnandet eller att de inte låter sina kunskaper komma till uttryck, dvs. att noviserna har förmåga att hantera mer än vad de tror eller vill visa. Gustavsson (2004) beskriver, med utgångspunkt i Deweys pragmatiska syn på kunskap, att tvekan och tvivel är utgångspunkten för fortsatt tänkande. Att ställa frågor kan leda till att noviserna börjar reflektera och bli medvetna om vad de egentligen vet.

Döös (1997), som har undersökt operatörers enskilda lärande i relation till en specifik arbetsuppgift, visar att operatörerna själva lagt märke till att deras frågande hade förändrats när de gått från att vara ”ny” operatör till en med mer erfarenhet. I början frågade operatörerna omgående när problem i produktionen uppstod och ibland för snabbt. Flera operatörer beskrev att frågandet senare ändrades från att genast ”rusa” iväg och fråga till att istället tänka efter och först försöka förstå själv. Föreliggande studie visar ett liknande resultat. Närheten till annan personal förenklar för noviserna att omgående ställa frågor när osäkerhet och/eller oklarhet uppstår inför hantering av en arbetsuppgift, vilket bidrar till att de inte tänker efter för att själva försöka förstå. Det tycks

vara enklare för dem att fråga andra hur de ska gå tillväga. Erfaren sjuksköterska brukar ju ha bra svar och dessutom finns hon i närheten.

Mooney (2007) beskriver att en nytexaminerad sjuksköterska kunde bemötas med ilska från avdelningschefen när hon ställde frågor och att hon blev tillsagd av övrig personal att inte ställa fler frågor. De nytexaminerade sjuksköterskorna upplever att det finns krav från personalen på att de ska ”veta allt” inom den specialitet som de tillhör. Philpin (1999) visar att när den nytexaminerade sjuksköterskan ställer frågor till personalen kan hon kritiseras för något annat istället, vilket uppfattas som att det hörde samman med att hon ställt frågor. I föreliggande studie uppmuntrar vårdpersonalen noviserna att ställa frågor, vilket även överensstämmer med en annan studie (Wangensteen et al., 2008). Däremot uppmuntras inte noviserna till att först tänka efter själva och försöka förstå. Att omgående ställa frågor till andra kan skapa ett beroendeförhållande, vilket kan förlänga inskolningsprocessen och därmed fördröja steget att kunna börja arbeta självständigt. Att uppmuntra till att ställa frågor kan även vara ett sätt för handledarna att undvika ansvar för handledningens planering och innehåll och istället låta innehållet styras av frågorna.

När noviserna är nya i yrket kan det dock vara nödvändigt med frågor av enklare karaktär, eftersom yrket innehåller många komplexa situationer. I en studie av Gerrish (2000) beskrivs hur de nytexaminerade sjuksköterskorna utvecklar en aktiv lärstrategi genom att börja ställa frågor till sig själva, för att kunna reflektera över handlingen. De frågor som ställs av noviserna i föreliggande studie visar dock inte att de först tänkt efter själva utan de handlar främst om hur en arbetsuppgift ska utföras och de olika leden i processen. När väl de vanligaste förekommande arbetsuppgifterna lärts måste noviserna uppmuntras att börja reflektera för att på så sätt nå en djupare förståelse. Reflektion och eftertänksamhet är viktiga komponenter i lärprocessen. Jag vill här hänvisa till den situation då novisen inte behärskade injektionstekniken vid intramuskulär injektion under datainsamlingen (se s. 62). När novisen upprepade samma tillvägagångssätt som vid det första tillfället avbröt jag observationen och ställde frågan till novisen hur hon går tillväga vid intramuskulär injektion. Genom att jag avbröt observationen och ställde frågan till novisen fick hon möjlighet att tänka efter. Reflektionen gav novisen insikt om att hon saknade erfarenhet och att hon inte tillämpade rätt injektionsteknik. Här tydliggörs vikten av att som handledare ge novisen möjlighet att reflektera i handling genom att ställa

frågor och på så sätt hjälpa henne att komma till insikt om vad hon vet och inte vet.

I sjuksköterskans yrke ingår att utföra vårdhandlingar på ett patientsäkert sätt (Socialstyrelsen, 2005), vilket innebär att noviserna måste vara säkra på hur arbetet ska utföras. Resultatet visar att noviserna har svårt att själva kunna bedöma om de besitter tillräckliga kunskaper för att utföra en arbetsuppgift. De behöver få bekräftelse av en annan personal, och att söka bekräftelse verkar vara viktigt för deras handlande. Bekräftelsen kan ses som en garanti för att arbetet utförs på korrekt sätt. En handling erkänns av andra (Molander, 1998) och noviserna får känna sig säkra innan de går vidare till andra arbetsuppgifter. Säkerheten i att veta att handlingarna utförs på ett korrekt sätt är central för yrkeskunnande och yrkesidentitet (Molander, 1998). Genom att få bekräftelse skapar noviserna tillit till sig själva och till det de gör, vilket enligt Molander (1998) är avgörande för själva handlandet.

Att hantera komplex information

Elektroniska patientjournaler blir allt vanligare inom hälso- och sjukvården, och det ger möjlighet till att snabbt och enkelt få tillgång till den information som finns om den enskilde patienten (Socialstyrelsen & SKL, 2005). På alla arbetsplatser i studien sker dokumentationen genom anteckningar på papper parallellt med det officiella kravet på elektronisk dokumentation. Detta innebär att det traditionella sättet att anteckna patientinformation överförs från de erfarna sjuksköterskorna till noviserna. Uppgifterna överförs således från patientjournal till egna anteckningar och kravet på säker hantering av patientinformation frångås. Noviserna befinner sig mellan att vara utbildad i hur vårddokumentation ska ske, dvs. med elektroniska patientjournaler, och det traditionella sättet som sker på arbetsplatserna. Traditionen att skriva egna anteckningar är så stark inom sjuksköterskegruppen att noviserna känner sig bundna av att följa detta sätt då de strävar efter yrkestillhörighet. Att sjuksköterskorna bevarar det traditionella sättet att skriva anteckningar kan bero på att de under lång tid haft möjlighet att utveckla sitt eget sätt att skriva. De anser även att det är tidsödande att lära de olika systemen som introducerats sedan de gick sin utbildning. Funktionerna i patientjournalen är begränsade, vilket gör att de inte kan anpassas till varje sjuksköterskas behov av information. Den datorbaserade dokumentationen uppvisar sådana brister att sjuksköterskorna tvingas bibehålla det

traditionella sättet att anteckna. På avdelningarna är datastationerna få, vilket innebär att de ofta är upptagna. Noviserna fick en kortare genomgång i de olika datasystemen av handledarna men ibland dröjde denna.

Under inskolningen utvecklar noviserna egna metoder för att skriva pappersanteckningar och får också stöd av handledare för detta. Däremot informeras inte noviserna om de risker som föreligger när information överförs från olika källor till egna anteckningar. Av resultatet framgår att oriktiga uppgifter antecknats, vilket kan inverka på vårdkvaliteten. Arbetsgivarna tar inte heller här ansvar för att informera noviserna under inskolningen om vikten att använda datajournaler vid dokumentation för att säkerställa patientsäkerheten.

Anteckningar används av noviserna som ett viktigt hjälpmedel i vårdarbetet. De söker olika sätt för att systematiskt organisera komplex information (jfr Svensson, 1990) och förstå dess innebörd, att veta vad som är viktigt och meningsfullt att veta. De prövar sig således fram och finner lösningar allteftersom. Att hantera komplex patientinformation och skriva egna anteckningar är komplicerade uppgifter som noviserna försöker lära sig på egen hand.

Utbildningen och inskolningens roll för yrkeskunnandets utveckling

Den tidigare regelstyrda utbildningen övergick i och med utbildningsreformen 1993 (SFS, 1993:100) till en målstyrd utbildning vilket ytterligare stärkts i och med anpassningen till Bolognauppgörelsen (Regeringskansliet, 2007). Den tidigare regelstyrda utbildningen avsågs leda till en färdigutbildad sjuksköterska och olika former för färdighetsträning, såsom provsystemtjänstgöring och förordnande som sjuksköterska, fanns inbyggda i utbildningen. Den målstyrda utbildningen syftar däremot att ge den nyutexaminerade sjuksköterskan grunder för att i vårdverksamheten bygga på med mer erfarenhet och färdighetsträning. Utbildningen såsom den är utformad idag kan därför inte anses leda till en färdigutbildad sjuksköterska. I utbildningen betonas den akademiska examen mer än yrkesexamen där ansvaret för yrkesträningen läggs på verksamheten, något som verksamheten ställer sig mycket kritisk till. Verksamheten har förväntningar på att möta en färdigutbildad sjuksköterska, dvs. med en kompetens som motsvarar verksamhetens behov. Liksom utbildningen har verksamheten, vilket tidigare beskrivits (s. 14-27), genomgått flera betydande förändringar då vården blivit mer behandlingsintensiv och antal vård dagar minskat, vilket innebär att det idag ställs större krav på sjuksköterskans medicinska kompe-

tens. Detta innebär att den nyutexaminerade sjuksköterskan ställs inför andra yrkeskrav i verksamheten än vad som lärts under utbildningen samtidigt som verksamheten ställs inför kravet att ansvara för yrkesträningen. Resultat i studien visar dock att verksamheten inte kan ta ansvar för och planera yrkesträningen under inskolningen på det sätt som krävs för att arbeta självständigt som sjuksköterska. Det saknas dessutom kunskap om hur nyutexaminerade sjuksköterskors akademiska kunskap skall integreras med den praktiska och tekniska kunskapen som främst förespråkas i verksamheten.

Nyutexaminerade sjuksköterskor har, som andra professioner inom hälso- och sjukvården (Sigrell, 2006), under sin utbildningstid en förhållandevis kort klinisk utbildningsperiod (Mooney, 2007) och den har även minskat efter 1993 (Furåker, 2001). Den kliniska utbildningens omfattning varierar dock mellan programmen (a.a.). Under grundutbildningstiden handlar det om att rutinmässigt lära sig att hantera vissa uppgifter och anpassa sig till de situationer som uppkommer, dvs. att så effektivt som möjligt tillägna sig givna tankemönster och rutiner (Ellström, 2006). Enligt Rolf (1991) kan inte specifik yrkeskompetens garanteras till följd av utbildning. Däremot kan utbildning ge en mer generell beredskap. I utbildningen finns möjlighet för studenten att skaffa sig viss erfarenhet av rutinmässigt arbete. Att skaffa sig kunskaper om komplexa och svåra patientsituationer är inte möjligt med den korta utbildningstid som finns idag vilket kan ha bidragit till att noviserna i studien visar sig ha svårigheter att bl.a. hantera oförutsedda och svåra patientsituationer. I utbildningen lär sig studenterna att lösa ofta enkla och okomplicerade problem ett i taget, vilket skiljer sig från de vårdssituationer som sjuksköterskan arbetar med.

Praktiken är, enligt Sigrell (2006), mer komplex än vad som kan förmedlas i utbildningarna. Novisernas kunskaper och kompetens under inskolningen kan därför sägas vara begränsade och leda till att de kan handla på ett mindre kunnigt och ibland olämpligt sätt i omvårdnadsarbetet. Yrkeskunskapen som omfattar tre typer av kunskaper de; arbetstekniska, yrkesteoriska och allmänbildade kunskaperna (SOSFS, 1995:5, 1995:15; Socialstyrelsen, 2005), måste lyftas fram, granskas och bearbetas i relation till både specifika och olika vårdssituationer. Det normativa sättet på vilket noviserna lär sig sitt yrkeskunnande i vårdverksamheten innebär att de inte får möjlighet att visa de kunskaper de har skaffat i utbildningen, t.ex. när det gäller att bedöma och använda relevant kunskap i en patientsituation. Personalens krav på ett reproduktivt lärande,

dvs. ett som betonar anpassning till och bemästring av givna förhållanden (Ellström, 2006), skiljer sig från utbildningens som bygger på kreativt, vetenskapligt och reflektivt lärande. Detta innebär att noviserna måste förändra sättet att lära efter avslutad utbildning. Förutom de tekniska/praktiska uppgifterna ges noviserna under inskolningsprogrammet möjlighet att uppöva färdigheter i att göra olika former av prioriteringar, att dokumentera och rapportera, att fatta beslut och att organisera sitt arbete. Dessa uppgifter är inte framträdande under utbildningstiden och kan heller inte vara det då de bygger på att sjuksköterskan kan integrera kunskap och erfarenhet från olika områden. Det är alltså först i vårdverksamheten som dessa uppgifter kan tränas och utvecklas. Därvid har verksamheterna ett stort ansvar för att organisera lärandet. För att noviserna ska känna igen sig i sättet att lära måste det finnas ett samarbete mellan vårdverksamheterna och utbildningen kring inskolningens innehåll och struktur. Danielson och Berntsson (2007) menar att det krävs att introduktionsperioden är ändamålsenlig och att den nyutexaminerade sjuksköterskan får möjlighet till kontinuerlig och professionell utveckling. Ändamålsenlig kan tolkas som att hon får möjlighet till kompetensutveckling som vilar på kritiskt tänkande och reflektion.

Vid flera högskolor finns i dag handledarmodeller med huvud- och bashandle-dare. Huvudhandledarna har ansvar för bashandle-darnas kompetensutveckling i nära samarbete med sjuksköterskeprogrammen. Här skulle man kunna tänka sig att verksamheten organiserar inskolningsperioden på ett likartat sätt, dvs. att systemet med huvud- och bashandle-dare även inrättades i vårdverksamheten. Inskolningsperioden har en viktig funktion att fylla eftersom den ska överbrygga klyftan mellan utbildning och vårdverksamhet. En adekvat plan för inskolningen saknas i verksamheten och därför sker inte överbryggningen mellan utbildning och vårdverksamhet på ett optimalt sätt.

Inträde i sjuksköterskeyrket

Inträde i sjuksköterskeyrket kräver hög grad av anpassning och olika sanktioner används för att visa novisen vad som är accepterat beteende och vilka kunskaper som krävs.

Anpassning

Under novisernas första tid i yrket ställs krav i verksamheten på att noviserna

skall anpassa sig till rådande förhållande i verksamheten för att lära sig yrket och accepteras som medlemmar i arbetsgruppen.

I studier (Philpin, 1999; Gerrish, 2000; McKenna et al., 2003; Wangenstein et al., 2008) beskrivs övergångsprocessen från student till nyutexaminerad sjuksköterska ofta som svår. Andra studier beskriver processen som chockartad (Kramer, 1974; Reising, 2002). Även denna studie visar att processen är chockartad. Två av noviserna avslutade sina anställningar under studien, efter att de visat svåra känslomässiga reaktioner på de villkor som ställts på dem i yrket. Det visar att det är svårt att komma som nyutexaminerad sjuksköterska till en vårdavdelning. Under denna tid fanns inte något stöd att tillgå i form av annan personal eller någon ansvarig för introduktionsprogrammet. Även om noviserna har handledare under inskolningen har de svårigheter med att socialiseras in i yrket och i personalgruppen.

Kelly (1998) beskriver att nyutexaminerade sjuksköterskor antar att de träder in i en kultur som de känner och förstår. Detta missförstånd är enligt Kelly (a.a.) den första desillusionerade erfarenhet de nyutexaminerade sjuksköterskorna möter. Sjuksköterskorna anpassar sig efter rådande normer och värderingar för att accepteras i arbetsgruppen och därmed kunna handla som självständiga sjuksköterskor. Eftersom de enligt Kelly (1998) anpassar sig till en ny kultur och social grupp behöver de förberedas redan under utbildningen för den sociala verklighet som kommer att påverka dem i yrket. Noviserna i studien är inte förberedda för den vårdverklighet de möter, och därför anpassar de sig till arbetsplatsens öppna och dolda normer, regler och riktlinjer och även den traditionella synen på sjuksköterskans yrke då de är angelägna om att tillhöra personalgruppen.

Som nyutexaminerad sjuksköterska kan det vara svårt att accepteras i en arbetsgrupp och bl.a. rapporterar Socialstyrelsen (2002) om svårigheter att leva upp till förväntningarna på yrkesrollen. I Socialstyrelsens (a.a.) rapport framgår att den kritik som uttalades om yrkeskunnandet berodde på de förväntningar som fanns hos läkare, kollegor och patienter. Resultatet i denna studie visar att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ifrågasätter och starkt tvivlar på att noviserna har förmåga att utöva yrket. Personalen kontrollerar och prövar noviserna för att avgöra om de når upp till de krav och förväntningar som ställs på en sjuksköterska i personalgruppen. Dessutom uttrycker personalen negativa åsikter om novisernas utbildning. Detta visar åter på det spännings-

fält som råder mellan vårdverksamheten och utbildningen. Noviserna måste hela tiden bevisa att de har förmågan att utöva yrket och hantera sin yrkesroll för att nå medlemsstatus. Det handlar inte enbart om att nå medlemsstatus inom den egna yrkesgruppen utan även inom olika yrkesgrupper. De krav och förväntningar som ställs på noviserna av annan personal kan förklara nyutexaminerade sjuksköterskors utsagor om att de har svårt att hantera yrkesrollen i Socialstyrelsens (2002) undersökning.

Olika sanktioner används

Resultatet visar att negativa sanktioner används av personalen för att forma noviserna till medicinskt/naturvetenskapligt inriktade sjuksköterskor. När olika sanktioner används kan noviserna hamna i ett läge där de inte har möjlighet att få gehör för sina synpunkter utan fogar sig efter personalens krav på anpassning. Noviserna kan uteslutas ur personalgruppen och hamna i ett utanförskap om de avviker från de förväntningar som finns på dem i yrkesrollen. Flera av noviserna i studien hamnar i ett utanförskap av det skäl som anges ovan. Enligt Goffman (2007) kan en person som inte rättar sig efter gemensamma värderingar och sociala normer betecknas som avvikare.

I studien accepteras inte novisen i yrket ”sådan hon är” eller ”är på väg att bli” (Aspelin, 2005), om hon inte rättar sig efter de normer och värderingar som råder. Det finns dock en förståelse för att noviserna är nybörjare i yrket, däremot saknas tecken på erkännande från personalen att de ser noviserna som sjuksköterskor med en yrkes- och akademisk examen vilket gör att de kommer bli kvalificerade sjuksköterskor. Noviserna erkänns inte som sjuksköterskor med sin professionella kunskap och sina ideal, som de utvecklats under utbildningstiden. Detta innebär att de förvägras rätten till den respekt som tillmäts andra fullvärdiga medlemmar i personalgruppen (Goffman, 2007). Här krävs handledare som har förmåga att hjälpa noviserna att få kraft att visa sin kompetens att utöva yrket. Handledarna i studien visar att de varken har förmåga eller vilja att hjälpa noviserna att bli fullvärdiga medlemmar i arbetsgruppen. En förklaring kan handla om prestige, dvs. handledarna vill inte erkänna novisernas ”nya” kunskaper. De kan känna sig hotade av utbildningarnas akademisering.

Personalen i studien använder olika sanktioner när avvikelser sker från rådande förväntningar på sjuksköterskerollen. Deras sanktioner är att osynliggöra, ironisera, skämta, undanhålla information eller påföra novisen skuld. I studien ges flertalet exempel på situationer där noviserna bl.a. beskylls för att arbets-

uppgifter blivit felaktigt utförda, ironiseras då arbetsuppgifter blivit felaktigt utförda och skämtas om av annan personal då arbetskapaciteten inte anses vara tillräckligt hög. Dessa negativa sanktioner, som nämnts ovan, kan jämföras med några av de härskartekniker som Ås (1979) identifierat så som att; osynliggöra, påföra skuld och undanhålla information. Genom att använda olika sanktioner kan personalen få sina förväntningar på noviserna uppfyllda och bevara de ideal, maktförhållande och hierarkiska system som råder inom arbetsplatsen. I och med att olika sanktioner används kan noviserna tro att de är avvikande och att de själva bär skulden till utanförskapet och de måste därmed anpassa sig för att inte uteslutas ur gruppen. Detta visar att introduktionsprogrammet sker inom en kultur som tillåter att de noviser som anses avvikande utesluts.

Vad utbildningen förmedlar och vad verksamheten kräver

De olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården har alla sin historia genom vilken deras kunskaper och status värderas olika. Med utgångspunkt i ett historiskt sammanhang har det medicinska perspektivet länge varit rådande (Erlöv & Petersson, 1992), vilket innebär att detta kulturgods traderats genom generationer (Lilja Andersson, 2007). Studenterna i studien av Lilja Andersson (a.a.) förväntar sig initialt i utbildningen en större omfattning av ämnet medicinsk vetenskap och när inte förväntningarna uppfylls kvarstår besvikelsen hos en del studenter även efter utbildningen. Detta innebär att även studenter har föreställningar om att utbildningen ska var medicinskt inriktad. Föreliggande studie visar att denna förväntan kan vara en förklaring till att noviserna instämmer med personalens negativa åsikter om utbildningen och deras bristande yrkesförmåga och de ger utbildningen skulden för brister i yrkeskunnandet.

Inom hälso- och sjukvården föreligger maktförhållanden och hierarkiska traditioner där läkarens ord varit normgivande (Lindgren, 1992). Av tradition har sjuksköterskorna varit underordnade läkarna och läkarnas traditionella yrkesfält är föremål för konkurrens av sjuksköterskorna (Lauvås & Handal, 2001). Läkarna i denna studie ifrågasätter och förringar de nyutexaminerade sjuksköterskornas professionella kunskap. De anser sig ha makten att kritiskt ifrågasätta sjuksköterskornas professionella kunskap, eftersom de av tradition kan stödja sig på den medicinska vetenskapen (Lindgren, 1992). Den medicinska vetenskapen är så starkt rådande inom sjukvården att det är svårt för noviserna att diskutera sin professionella kunskap med personalen. De kan inte ensamma förändra den vetenskapliga föreställning som råder. Detta innebär återigen att handledning är avgörande för nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessociali-

sation (Dearmun, 2000) och för att de ska förstå dikotomin mellan sina professionella ideal från utbildningen och den ofta byråkratiska verklighet de möter (Maben et al., 2006). Resultatet visar att övriga sjuksköterskor, kollegor, inte heller stödjer noviserna i situationer där de öppet kritiserats. Det verkar som att gemenskapen mellan olika yrkesgrupper är stark och vidmakthålls på bekostnad av stöd till nyanställda. Att kollegialitet ofta saknas för att stödja nyanställda då de utsätts för kritik kan säkert förklaras av motsättningar i kunskapssyn.

Forskningen vittnar om att det finns ett spänningsfält mellan teori och praktik (Mikkelsen Kyrkjebø et al., 2002; Maben et al., 2006), och Mikkelsen Kyrkjebø et al. (2002) menar att gapet däremellan kommer att fortsätta existera. Av den anledningen är det viktigt att bättre förbereda studenterna på detta ”gap” för att minska spänningsfältet (a.a.). Akademiseringen av utbildningen har medfört ett idealiserat och mer abstrakt innehåll och kortare klinisk utbildning (Furåker, 2001; Mikkelsen Kyrkjebø et al., 2002), vilket ytterligare kan ha bidragit till ett ökat avstånd mellan vårdverksamhet och utbildning. Därmed har nyutexaminerade sjuksköterskor att möta två kulturer med skilda kunskapsperspektiv på sjuksköterskans yrke.

I studien framgår att utbildningens vetenskapliga förhållningssätt inte har implementerats i omvårdnadsarbetet. Flera handledare har visserligen gått sin sjuksköterskeutbildning efter 1993 men de använder ändå inte sina teoretiska kunskaper i handledningen. Björkström (2005) påtalar bristande kunskap och omedvetenhet hos sjuksköterskor kring det faktum att det i deras yrke ingår ett ansvar att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att noviserna inte får det stöd de behöver för att integrera teori och praktik i omvårdnaden. Sjuksköterskornas omvårdnadsarbete styrs i stället av traditionella mönster och hierarkier. Handledarna överför en medicinsk-teknisk kunskapsyn som de anser vara den som sjuksköterskor behöver i sitt arbete.

Maben et al. (2006) framhåller att nyutexaminerade sjuksköterskor efter utbildningen har starka professionella omvårdnadsideal och värderingar, vilka i stort sett hindrades i vårdverksamheten. I studien slutar två noviser som hamnat i ett utanförskap medan några andra som även de hamnat i utanförskap fortsätter arbeta på samma arbetsplats. Att dessa fortsätter sitt arbete visar att de anpassar sig till rådande normer men att de inte får stöd från personalen eller den egna yrkesgruppen när de försöker överbrygga spänningsfältet mellan

teori och praktik. Utan detta stöd finns risk att nytexaminerade sjuksköterskor slutar sina anställningar. Å ena sidan är det lätt att förstå att kollegor inte stödjer varandra då de kan känna sig hotade av nya kunskaper, men å andra sidan är det svårt att förstå då det ligger i en professions intresse att skapa möjligheter för den kommande generationen. Noviserna i studien formar och utvecklar sig i yrket i relation till den kultur som de befinner sig i. I vårdverksamheten saknas den akademiska kulturen och förebilderna. Även om utbildningen har akademiserats skolas noviserna fortfarande in i en yrkes- och uppgiftsinriktad syn på yrket.

Att befinna sig i en marginalsituation

Resultatet visar på att det råder ett spänningsförhållande mellan den akademiska utbildningsmiljön som noviserna lämnat där omvårdnadsteorier, omvårdnadsdiagnoser, evidensbaserad vård, utveckling av ett kritiskt tänkande etc. varit utmärkande och den miljö som råder inom yrkesverksamheten. I verksamheten betonas vikten av ett gott hantverk främst vid utförande av praktiska/sjukvårdstekniska uppgifter. För de nytexaminerade sjuksköterskorna kan detta innebära att de under sitt första år upplever att de inte hör hemma vare sig i den akademiska eller i den yrkesinriktade miljön. Att befinna sig mellan två skilda kulturer kan beskrivas som att de befinner sig i en marginalsituation. Begreppet marginalitet har sedan 1920-talet använts för att beskriva individer som är tvingade att leva mellan två maktasymmetriska kulturer (Park, 1928), mellan två hierarkiska nivåer (Dickie-Clark, 1966) eller mellan två kulturer med olika mål, utbildningens och verksamhetens (Pilhammar Andersson, 1995). Såväl Park (1928) som Stonequist (1961) definierar marginalsituationen som en situation där individen har lämnat en social grupp eller kultur utan att ha blivit till fullo accepterade i den nya.

Att bli accepterad medlem i den nya gruppen som sjuksköterska har en attraktionskraft på noviserna, vilket gör att de försöker att leva upp till den nya gruppens förväntningar för att bli attraktiva som gruppmedlemmar. De tvingas därför ta avstånd från den tidigare akademiska tillhörigheten och anpassa sig efter de rådande normerna, värderingarna och krav på yrkeskunskande i den nya gruppen till vilken de strävar. Flertalet exempel på detta ges i situationer där novisen har att ta efter ”hur handledaren gör” utan att reflektera över bakomliggande teorier eller att uppgiften utförs på ett korrekt sätt.

Att befinna sig i en marginalsituation har såväl fördelar som nackdelar. Till fördelarna hör att noviserna inte avkrävs det fulla ansvaret för patienterna, vårdens organisering och utförande utan kan välja arbetsuppgifter och olika mästare efter vad de tror de har för behov i fråga om kunskap och erfarenhet. En annan fördel är att noviserna har möjlighet att se organisationen och verksamheten ”från utsidan” och med oförstörda ögon upptäcka kvalitetsbrister och normer som den invanda personalen tar för givna. Om detta uppmärksammas och tas tillvara inom organisationen skulle det kunna leda till intressanta diskussioner och en utveckling av verksamheten. Tyvärr pekar inte resultatet på att så är fallet utan tvärt om. Novisernas iakttagelser ratas eller förbigås med tystnad vilket medför att de lär sig att tuga och att anpassa sig.

Nackdelen med att befinna sig i marginalsituation kan relateras till att självförtroendet och tillit till den egna förmågan riskerar att undermineras. Detta kan innebära att noviserna inte har kraft att tillbakavisa de negativa åsikter som uttrycks av personalen om deras utbildning och yrkesförmåga. Av denna anledning är det viktigt att marginalsituationen görs så kort som möjligt. En fråga som väcks är om introduktionsprogrammets längd, innehåll och utformning kan försvåra för nytexaminerade sjuksköterskor att få tillträde och att accepteras i yrkesgruppen.

SUMMARY

Introduction

From a societal perspective, it is important that each individual in a profession possesses the vocational knowledge and skills required for that occupation (Government bill 2005/06:1; Swedish National Agency for Higher Education, 2007:23 R). The professional competence of a nurse includes the ability to work independently, an approach based on science, a multicultural awareness and a sense of professional responsibility (SOSFS, 1995:15; National Swedish Board of Health and Welfare, 2005). Although since 1993 nursing education is a three-year programme leading up to a Bachelor degree, the National Swedish Board of Health and Welfare (2002) shows that newly graduated nurses lack both theoretical and clinical skills and experience difficulties in taking on the professional role. Health care institutions often address this problem by offering newly graduated nurses general as well as tailor-made introduction programmes (National Swedish Board of Health and Welfare, 2002).

The present study describes the way in which newly graduated nurses, taking part in an introduction programme, are socialised into the profession. This study is important, since few studies have followed newly graduated nurses in a systematic fashion throughout the introduction period.

Background

Nursing education and health care services in a historical perspective

Erlöv and Petersson (1992) argue that there are traces of a new care ideology in the “Vård -77” period and term it the era of holistic ideology. The nurse is supposed to assume a holistic approach towards the patient. The new health care policy in society required changes in nursing education. The “Vård -77” reform can be seen as one of the most important components in the remaking of the so-called mid-length nursing education programmes, where five new lines of education were introduced: the health care programme with six different specialisations, the laboratory assistant programme, the audiology programme, the rehabilitation programme, and the social care programme. As a consequence of the reformed nursing education, beginning in 1982, a gap formed between providers and “users” of education. Initially, the reformed nursing education emphasised theoretical learning over and above clinical training. According to Furåker (2001), clinical training comprised approximately 56 percent of the

training period prior to 1993. Even so, the higher education review (SOU, 1992:1) showed that practical training was neglected.

A new higher education reform, based upon a new Higher Education Law (SFS, 1992:1434), was launched July 1st, 1993. The goal-oriented education programme was supposed to prepare the ground for working independently as a nurse (SFS, 1993:100). During this time, steps were taken to create a more academic and EU-oriented nursing education. The parliament decided upon an expansion of the nursing education programme from 80/90 credits to 120 credits. The EU/EEA directives prescribed that clinical training make up at least half of the total education time (Ds 1992:34), but according to Furåker (2001) this part amounted to only 30-40 percent after 1993. Josefson (2001) claims that a distance was created between the academic idea of knowledge requirements in nursing education and the need for competent nurses in the health care system.

Several significant health care reforms have been implemented during the 1990's and early 2000's. The number of patient beds and bed-days has decreased within health care institutions, which has led to a more effective use of patient beds and a more treatment-oriented care (Federation of Swedish County Councils, 2002). More and more patients are offered the opportunity to receive care aimed at better health (National Labour Market Board, 2002:3). The Federation of Swedish County Councils (2002) claims that these changes may have contributed to changes in staff composition and also to an ever increasing level of competence. The change towards shorter nursing periods has meant less work for assistant nurses in particular, whereas the demands on nurses have increased, both in terms of medical competence and in terms of having to master the tasks of the assistant nurse (Federation of Swedish County Councils, 1994).

Through the Bologna higher education reform (Swedish Government Offices, 2007), the undergraduate education system has undergone yet another transformation (Swedish National Agency for Higher Education, 2006:3 R). As of July 1st, 2007, there is a new education and degree structure in the reformed higher education law (SFS, 2006:1053, 2008:229) which replaces the previous one (SFS, 1993:100). Nursing education is an undergraduate programme comprising 180 credits. The objectives for a degree in nursing includes for the

student to acquire such knowledge in health care science as is required to work independently as a nurse.

Introduction programmes

Theoretical education has changed and developed and the amount of clinical training has decreased in such a way that health care institutions, both in Sweden and internationally, find nursing education too theoretical and newly graduated nurses' basic nursing skills unsatisfactory (Greenwood, 2000; Mikkelsen Kyrkjebø et al., 2002; National Swedish Board of Health and Welfare, 2002; Maben et al., 2006). This criticism from health care institutions has resulted in various introduction programmes being offered to newly graduated nurses (National Swedish Board of Health and Welfare, 2002).

The education leads up to a professional degree and a license (SOSFS, 1995:5; SOSFS, 1995:15; National Swedish Board of Health and Welfare, 2005) which authorises the nurse to practise the vocation while at the same time offering the possibility of an academic degree (SFS, 2006:1053, 2008:229). The newly educated nurse is expected to have integrated the preparatory vocational education relating to the professional role, and at the same time be prepared for the occupational requirements within health care institutions.

Aim

Starting out from the changes that have been implemented in nursing education, professional expectations on newly graduated nurses within health care institutions, and extensive public spending on formal introduction programmes, this study will focus on the way in which newly graduated nurses experience an introduction programme as they are about to enter the labour market.

The aim of this study is to analyse and describe how the newly graduated nurse learns in the workplace, how she is socialised into the profession and how she seeks meaning in that context.

- How does the newly graduated nurse create meaning from her experiences during the introduction programme?
- Which obstacles and opportunities does she experience in interaction with supervisors and other staff members?

- Which strategies does she develop in order to be able to learn in the workplace?

Key terms

Learning

The term learning includes dimensions of both learning and teaching. The term refers to situations and contexts where somebody tries to teach somebody else something (Alerby, 2000). In the present study, the newly graduated nurses learn how to carry on the profession in different situations and contexts and in a complex care environment. Learning can be seen as permanent change in the competence of an individual, as well as a result of the individual's interaction with her environment (Ellström, 1992).

Formal and informal learning

Formal learning can be described as planned and goal-oriented learning (Ellström, 1996, 1997), taking place within the context of educational institutions. Learning that happens in the workplace is often of an informal character. Contrary to formal learning, there is no given course content, no pre-existing solutions or models for what is being done and learnt (Folkesson, 2005). Newly graduated nurses who take part in a formal introduction programme are offered formal learning as well as the opportunity to benefit from the "everyday learning" that happens in everyday activities and interaction with others.

Socialisation

In a social science perspective, the term socialisation denotes a process through which humans develop from merely biological beings to social creatures (Lauvås & Handal, 2001). In Mead's (1934, 1976) interactionist socialisation theory, the general other includes internalised social and group norms. The individual's own conception of herself and others is internalised alongside those values that are valid in the society where she belongs. In the perspective of cultural learning, socialisation takes place both through voluntary imitation and through external demands for adaptation. These two processes are often simultaneous (Liliequist, 1993).

Professional socialisation

Through professional socialisation, the individual acquires knowledge, voca-

tional skills, a sense of identity specific to a certain occupation, and membership in a professional group (Cohen, 1981; Becker Hentz, 2005). It is a question of becoming part of the culture to which the newly graduated nurse aspires. As the newly graduated nurses encounter the supervising nurses, not only are vocational skills reproduced, but the former are also expected to adapt to the culture that prevails in the workplace.

Master-apprentice

Traditionally, the master-apprentice system has been used as a model for supervision of students and beginners in practical professions (Johansson, 1995; Lauvås & Handal, 2001). The apprentice is given the opportunity to benefit from hands-on experience as well as adopt a certain approach and learn an occupational code. Lave and Wegner (1991) describe the apprentice system as learning by “legitimate peripheral participation” in a practical community. Hence, learning happens in interaction between someone who has more and someone who has less experience.

Theoretical approach

Symbolic interactionism

The theoretical framework used to understand how the newly graduated nurse interacts with other agents and the environment where interaction takes place is symbolic interactionism. The newly graduated nurse and the staff are part of the concrete nursing situation, and symbolic interactionism has been used as a tool to understand the newly graduated nurse’s own concrete nursing situation, how she interacts with the staff and herself and how she finds meaning during the introduction period (Trost & Levin, 2004).

Ethnographic method and application

In ethnographic research, the framework can be symbolic interactionism, where humans are seen as social beings who participate in the empirical world through interaction with others. Four general surgery and four general medicine wards in a county hospital in the central part of Sweden have been chosen as the field of research. The study group consists of 18 novices, two of whom are male. Out of these, 16 novices participated throughout the study. The age of

the novices ranges from 23 to 46 years of age (average = 29.2 years, median = 24.5 years). The amount of health care work experience, the education period excepted, ranges from none to 25 years.

The County Council offers a year-long introduction programme on three levels: at the level of the county council generally, at the level of county health care institutions, and at the level of each workplace. The introduction programme includes co-working with an experienced nurse. In most wards, co-working is organised in two periods where the first period comprises one to four months alongside an experienced nurse.

In this ethnographic study, data collection has been done through observation and interview. Observations have been made during seven and a half months from February to mid-September, 2004. Interviews have been carried out between mid-January 2004 and January 2005. The aim of the interviews has been to follow up on various incidents that occurred during the observation period as well as certain questions that arose from the observations. Observation has taken place during a total of 299 hours and a total of 116 occasions. Each interview has taken between 30 and 50 minutes.

Analysis and interpretation

The starting point of this study is theme-category analysis. The ethnographic method entails a process of analysis which extends over time, which means that analysis began simultaneously with observation. Reflection around what was observed constituted an important tool and became the basis for interview questions. In part I, the structured field notes and the transcribed interviews have been read repeatedly in order to reach an understanding for the significance of the material as a whole. The analysis proved that the novice looked for different ways to handle different tasks, and that learning happened in various care situations in interaction with supervisors and other staff members. Taking this as a starting point, preliminary working hypotheses were formulated as a tool for the continued data collection and the analysis of field notes and interviews. At this point in the analysis, four preliminary themes could be defined: learning, different techniques, patient situations and different behaviours. After part I, observations and interviews were analysed separately in order to give each theme content and meaning. The aim when approaching each theme was to look for variations in the significance and content of the empirical material, and thus be able to identify categories. Questions were asked in relation

to the different observation contexts. The preliminary themes were gradually invested with meaning as analysis progressed and were finally defined when the entire material had been analysed and scrutinised for maintainability.

After the field note analysis, the interview material was read through in its entirety in order to get a full picture of the content. Then, the material was read in relation to the preliminary themes that had emanated from analysis of the field notes. In the first instance, significant units connected to the theme were identified, coded and related to the categories. In analysis of the interviews, some categories were modified, and there were also some categories in the field notes which were not present in the interviews.

Results

The result of the present study will be presented in terms of four themes:

- Master-apprentice
- The ability to handle patient situations
- Organisation of one's own work
- Being formed into the profession

The first theme, master-apprentice, describes the interaction between master and novice, strategies used by the master during the introduction of the novice, and the way in which the novice acquires knowledge. The result shows that the master-apprentice model is used for supervision in all eight wards selected for study. The master-apprentice system is neither described in nor recommended for the introduction programme. The master-apprentice relation provides the opportunity to practice technical skills in particular, something which gives the novices a sense of craftsmanship. Within the master-apprentice relation, and in order to avoid mistakes, it seems important for the novices to learn how to perform practical tasks in the fashion that the masters think is correct. The novices tend to ask for detailed, accurate and extensive demonstrations and consider these important, something which may indicate that they lack the required vocational skills and therefore need clear instruction on how to perform a task. Since supervision to such an extensive degree focuses on action, the dimension of seeing the patient in a holistic perspective is neglected, and health care work is therefore performed in a reductionist way. In order to guide the novices in the right direction, the masters use control and criticism, effective

measures/strategies for correcting mistakes but less suitable for creating an understanding for the task at hand. In the master-apprentice relation, also unacceptable actions are taught to the novices. In the supervision context, masters instruct novices how to perform health care tasks in order for them to become gradually more and more able to work independently and in accordance with the model represented by the master. In this way, both vocational skills and those values that are prevalent in the health care institution are handed down.

During the introduction period, it is difficult for the novices to detect the prevalent system of rules. What is or is not permitted becomes obvious when novices break the rules or through the control and criticism of the staff. These hidden rules lead to expectations on the way in which the novices carry on the profession.

Everyday learning is constantly going on, but the novices are first and foremost actively seeking knowledge through the masters, and largely through imitation. The result shows that the imitation is both passive, when the novice repeats a task that the master has shown without questioning it, but also active, when the novice both decides who is the master and which task is to be carried out in a given situation. This is an opportunity offered to the novice during the introduction programme; to be able to take part of a master's knowledge and experience without having to abide by the organisation of the work process in its entirety.

The second theme describes the way in which the novices gather experience from urgent patient situations, as well as the way in which they handle unpredictable and complex tasks and situations. The result shows that the novices are offered limited supervision opportunities in complicated and unexpected patient situations. They receive supervision and practice primarily in routine tasks, which may have consequences after the introduction period when novices are expected to be able to handle complicated and urgent patient situations independently. In order to be able to manage technical tasks, they need practice beyond that which the nursing education has offered. Insufficient instruction in practical nursing skills can create a risk for malpractice in relation to the patients. The novices know what needs to be done, but they lack the required vocational skills. The staff also expects the novices to gradually work more and more independently, which they try to do. Demands from others sometimes make them perform tasks which they are not properly trained for. They

make decisions without sufficient knowledge and sometimes they surpass their authority. The scope of their authority and responsibility is unclear, as are the possible consequences. There is an obvious risk that they will perform tasks for which they do not have the right competence or authorisation, and thereby put the patient at risk. The novices have limited experience of different patient situations, which makes it difficult for them to understand the consequences of their actions. In order to understand *what* something is about, *how* something happens and *why* something is done in a particular way, novices must acquire experience and develop their competence. Despite the fact that they have limited experience of complicated and unexpected patient situations and take part in an introduction programme, two of the novices are moved to the night shift.

It does not seem as though the novices are prepared for the professional demands posed by the health care institutions. Nursing education may have prepared the newly graduated nurses for individual tasks, but the health care profession is more complicated than that. It demands of nurses the ability to handle a multitude of advanced tasks, something which requires other skills. This is probably where a bridge between nursing education and the nursing profession is needed.

The third theme describes how the novice develops tools for organising the nursing job and for gathering information. The result shows that the novices develop and use various tools in their work and that they invest a great deal of energy in finding a system that works. During the introduction period, the novices learn how to take notes and receive support from supervising nurses in developing this method. This way, a traditional method for handling patient information is handed down to the novices. Retaining the traditional method of taking notes can be seen as a way for each nurse to develop her own way to write down and organise the information, something which is not possible in a computer-based patient journal. Learning various computer systems is time-consuming, and the staff must often educate new colleagues. Information given in the individual notes is often brief, which is not the case in computer journals. This indicates that there are weaknesses in the computer-based systems.

The result shows that the novices experience difficulties in evaluating the relevance of the notes, which means that incorrect information is sometimes included. This risk is prevalent whenever there are written notes and informa-

tion is being transferred from several different sources, but the staff does not discuss the problem, not even when they discover mistakes in the notes. The novices themselves are not able to judge whether or not the right information has been included in the notes. The organisation of the notes becomes more important than the content, and shows how work must be structured to manage the working day. The notes are partly personal through the way that they are written and partly collective since they can be handed over to a colleague when there is a change of shift.

If note-taking is a way to structure and organise one's own work, posing questions to more experienced nurses and other staff members is a way to gather knowledge or seek recognition of one's own knowledge. Questions are encouraged and often used in different contexts as an aspect of learning. However, to ask questions without proper reflection in order to quickly find a solution for a problem is risky, since erroneous decisions can be made relating to the treatment of a patient. The novices feel safe knowing that there are always nurses, doctors and assistant nurses at hand who can answer questions. This can make them ask questions without first making an attempt to understand for themselves.

The fourth theme describes how the novice is formed into the profession through explicit and hidden norms, rules and principles that are socially anchored. Being formed into the nursing profession is a process that novices undergo in order to be accepted as nurses in the group of staff. The staff members realise that the novices are beginners in the profession, but they are still very critical in relation to their professional capabilities. The staff members doubt that the novices will be able to work as nurses, criticise their education and diminish their health care skills. The novices are not seen as having acquired sufficient vocational skills. There is tension between the health care institutions and nursing education, since the former emphasise the importance of practical skills. The novice has left an education characterised by nursing ideology and the development of critical thinking, but not yet acquired membership in the group of working nurses. During the process of becoming accepted as members of the profession, there are indications that the novices do not feel at home in either culture but are situated in between the two, something which can be described as being in a marginal situation. The medicine-oriented view of the nursing profession is prevalent, and the novices must adapt to this perspective

in order to be accepted as part of the new culture. Since the medicine-scientific view on knowledge is prevalent, the novices try to adapt and even agree with staff members when they express negative attitudes, for instance in relation to nursing as a higher education subject. Such adaptation preserves this culture in the workplace. The experienced nurses, who can be seen as significant others, encourage certain values and attitudes which sustain their perspectives on the nursing education and the health care subject. If the novices do not adapt to prevalent norms and values in the group of staff, they risk being excluded from the group, and this has also been the case in the present study. These novices had expectations on the profession other than those prevalent in the occupational culture and refused to change. Two of the novices quit their jobs as a result of being excluded. The other novices continued working in the same workplace throughout the study, having adapted to the staff members' expectations on the nursing profession. Hierarchies and power relations in the workplace enable the use of sanctions to form the novices into the profession.

Discussion

The aim of the present study has been to analyse and describe how newly graduated nurses taking part in an introduction programme are socialised into the profession and the ways in which this process is obvious in speech and actions. The result shows that a high degree of perceptivity and adaptation is required in order for the novice to be accepted as a fully educated nurse by colleagues and other members of staff. The newly graduated nurse must participate actively in this process.

The result indicates that four areas are crucial for socialisation into the profession:

- The master-apprentice system remains
- The development of vocational skills
- Entering the nursing profession
- Being in a marginal situation

The master-apprentice system remains

During the introduction period, the master-apprentice system is used as a

model for supervising newly graduated nurses. Historically speaking, the apprentice system was abandoned in nursing education in the mid-1960's (SOU, 1964:45; Askling, 1987). However, later studies (Pilhammar Andersson, 2008; Ohlsson, 2009), including this one, show that the system remains - albeit in a different form - and that it is even more prevalent today. In nursing education, the system has changed from a true apprentice education, determined by the work process, to an academic apprentice education, where the student's learning has been centrally important, and where the focus has shifted from function to theoretical grounding (Pilhammar Andersson, 2008).

The master-apprentice system used is not formally prescribed or designed, and it is interesting to note that it is still used in all eight workplaces selected for study. One reason may be that the system is latent in the structure of assigning the novices a supervisor for the co-working period. However, since there are no guidelines prescribing a certain model for the introduction programme, each workplace may choose a supervision model freely. The lack of guidelines may explain why the workplaces use a traditional way of introducing newly graduated nurses into the profession.

The master-apprentice system offers the novices an opportunity to practice primarily technical and practical tasks. The nursing profession includes several different competences that are required to develop a professional identity (Lauvås & Handal, 2001). However, the master focuses on task-based supervision and the novices also seem to ask for detailed and extensive demonstrations of different techniques, something which indicates that masters and novices agree that a nurse must above all acquire practical skills. During the introduction period, great care is taken to teach the novices the right techniques and the correct order in which these are to be employed to avoid mistakes. In other words, the novices are given guidelines, and this creates a sense of security.

In relation to their professional group, and through interaction with experienced nurses, the novices form their professional identity through the socialisation process (Mead, 1934). The nurses/supervisors in the present study can be seen as significant others in the sense that they are important role models for the novices in their professional development. This means that they must assume great responsibility for the way in which they describe the profession, its content and its significance.

To do it “right” and act “freely”

The result of this study shows that the novices create knowledge in interaction with experienced staff members and starting out from the way that they consider to be most correct. This is a question of doing things the “right” way, which is not the same as doing the “right” things. The present study touches upon the *what* and *how* questions. The *how* question relates partly to the actual performance of an action, and partly to the ability to explain how and why this action is being performed. In the present study, the novices perform the action according to the supervisor’s instructions, which does not indicate that they know why they have chosen a certain method. This can be related to adaptation-oriented learning (Ellström, 1996). Adaptation-oriented learning is stimulated in the workplace through the demands placed upon the novices to follow given rules, guidelines and instructions. This type of learning is necessary, since the novices must be able to master the rules and norms (explicit and hidden) that prevail in the workplace.

Supervisors play an important role in relation to the novices’ potential to act freely and independently within the profession. Because of the supervision strategies used, however, the novices are offered few chances to work this way. Even as supervisors instruct novices to work more independently, the work is still structured in accordance with their way of organising it. This can be a result of not offering goal and follow-up meetings. This means that there are no opportunities for planning how the novices are going to become gradually more independent in their carrying on of the profession after the introduction period.

The development of vocational skills

The clinical reality is complex and demands from the staff a flexible and nuanced ability to define situations, interpret them and act in a suitable way (Tanner, 2006). In order to do this, one needs experience of different patient situations and complex problem solving techniques. As described above, novices have limited experience of complicated and urgent patient situations and experience difficulties in handling these, but still two novices are moved to the night shift. The employers in this case do not follow the recommendations regarding night duty for newly graduated nurses in health care institutions, where night duty counts as qualified work which requires experience. When

novices are expected to perform qualified night work after such a short time, the value of the introduction programme is in question.

Reflection through asking questions

In order to be able to develop vocational skills, novices must reflect upon their actions as well as learn how to handle complex information. The nursing education and the introduction programme play an important part in this regard, but the study shows that the novices do not reflect either in or upon a patient situation. Because of the dependency that can exist between novice and master, it is hard to take a reflective stance. From the point of view of the novice, the important thing is to grasp how the job is done in the master's way. In the process of adaptation, therefore, reflection upon the master's actions is not allowed. A reflective approach (Ellström, 2006) requires that the vocational skills, attitudes and values of the staff can be critically scrutinised and discussed. The learning process of the novices would probably benefit if supervision was oriented towards highlighting the tacit knowledge of the master (Josefson, 1991). The master-apprentice relation is significant, since this is where the master's qualified professional knowledge could be illuminated, handed down and discussed in relation to the theoretical knowledge of the novices. However, the present study shows that this knowledge is not asked for by the masters or other members of staff, something which may indicate that they do not think it is useful in health care institutions or in carrying on the profession. An exchange of knowledge between novices and masters is therefore not present in the workplace.

The novices ask questions and try to understand how tasks best can be handled through an understanding of the different steps in the process of performing a task. Sometimes it seems as though the novices in the study are insecure, and therefore ask questions. Frequent questions relating to nursing work may indicate that novices are seeking affirmation of their own knowledge or that they do not allow their own knowledge to show. The closeness to other members of staff makes it easy for the novices to immediately ask questions when insecurity and/or confusion occur in relation to the handling of a task. This means that they do not try to first reflect and understand for themselves.

Handling complex information

In all the workplaces selected for study, documentation is done through notes on paper alongside the official demand for electronic documentation. This

means that the traditional way of writing down patient information in notes is handed down from the experienced nurses to the novices. The tradition to write one's own notes is so strong within the nursing community that the novices feel compelled to do the same as they aspire to professional belonging. The novices are not informed of the risks associated with transferring information from different sources to one's own notes. The result of this study shows that incorrect information can be taken down, which may influence the quality of care. During the introduction period, employers are thereby not taking responsibility when it comes to informing novices of the importance of using computer-based journals for documentation in order to secure patient safety.

The role of nursing education and introduction for the development of vocational skills

The previous rule-oriented education changed into a goal-oriented one through the higher education reform in 1993 (SFS, 1993:100), and this process has continued with the adaptation to the Bologna Declaration (Swedish Government Offices, 2007). The earlier rule-oriented education was supposed to produce fully educated nurses and various forms of proficiency practice, such as probationary nursing service and appointment as a nurse, were integrated in the nursing education programme. The goal-oriented education, on the other hand, is supposed to provide the newly graduated nurse with a foundation which will then be complemented with experience and proficiency training within the framework of the health care workplace. Nursing education, as it is structured today, can therefore not be said to produce fully educated nurses. In the new nursing education programme, the academic degree is emphasised over and above the vocational degree, and the responsibility for vocational training has been moved over to health care institutions. These institutions are greatly critical of this development. The result of this study shows that health care institutions cannot be responsible for and plan the vocational training during the introduction period in a way that enables the novices to work independently as nurses. Moreover, health care institutions do not know how the academic knowledge of newly graduated nurses could be integrated with the practical and technical knowledge which prevails in the workplace.

Entering the nursing profession

Entering the nursing profession requires a high degree of adaptation, and different sanctions are used to show the novice what is acceptable behaviour and what knowledge is necessary.

Several studies, including this one, describe the process as a shock (Kramer, 1974; Reising, 2002). Two of the novices quit their jobs during the study, after showing strong emotional reactions to the demands placed on them in the profession. This shows that it is difficult to start working in a hospital ward as a newly graduated nurse. During this period, there was no support available, such as other staff members or someone responsible for the introduction programme.

The result of this study shows that doctors, nurses and assistant nurses question and gravely doubt the novices' ability to carry on the profession. The staff controls and tests the novices to ascertain whether or not they reach the demands and expectations placed upon nurses in the group of staff. Moreover, the staff expresses negative views on the education of the novices. Again, this highlights the tension between health care institutions and the nursing education. The novices must constantly prove that they are capable of carrying on the profession and handling their professional role in order to reach member status.

The use of various sanctions

The result shows that the staff uses negative sanctions in order to form the novices into medicine/science-oriented nurses. When sanctions are used, novices may end up in a position where their opinions cannot be heard, which means that they must obey the staff members' demand for adaptation. If they deviate from the expectations placed upon them in the profession, the novices can be excluded from the group of staff. Several of the novices in the present study end up as outsiders for this reason. The supervisors in this study show that they cannot and will not help the novices to become true members of the group. One explanation for this may be prestige. In other words, the supervisors do not want to acknowledge the "new" knowledge of the novices. They may feel threatened by the academic turn of the nursing education. This shows that the introduction programme is set in an environment that allows the exclusion of novices who are considered deviant.

What nursing education teaches and what the nursing profession requires

Within health care, there are power structures and traditional hierarchies within which the doctor's words have been normative (Lindgren, 1992). Traditionally, nurses have been inferior to doctors and the traditional professional field of doctors has been subject to competition from nurses (Lauvås & Handal, 2001). The doctors in the present study question and diminish the professional

knowledge of the newly graduated nurses. They claim the right to critically question the professional knowledge of nurses, since traditionally they can rely on medical science (Lindgren, 1992). Since medical science is so prevalent within health care, it is difficult for novices to discuss their own professional knowledge with the staff. They cannot change the prevalent scientific approach on their own, which shows that supervision is crucial for the professional socialisation of newly graduated nurses. The result shows that other nurses, colleagues, are not supporting the novices in situations where they are openly criticised. It seems as though the sense of solidarity between different groups within the profession is strong, and that it is perpetuated at the expense of granting support to new members of staff.

This study shows that the scientific approach of the nursing education programme has not been implemented in the nursing profession. Several supervisors have received their own nursing education after 1993, but still do not use their theoretical knowledge when supervising. This means that novices do not receive the support they need to integrate the theory and practice of nursing. Instead, the health care work of the nurses is structured by traditional patterns and hierarchies. The academic culture and its role models are missing in the health care institutions. Despite the fact that the nursing education has turned academic, novices are still introduced into a skill- and task-oriented perspective on the profession.

Being in a marginal situation

The result of this study shows that there is tension between the academic environment of the nursing education, which the novices are leaving, where nursing theory, nursing diagnoses, evidence-based care, the development of critical thinking and so on have been prevalent, and the professional environment. In health care institutions, good vocational skills – especially practical/technical ones - are emphasised. For newly graduated nurses, during the first year after their graduation, this may make them feel as though they belong neither in the academic nor in the professional environment. To be positioned between two different cultures can be described as being in a marginal situation. Both Park (1928) and Stonequist (1961) define the marginal situation as a situation where the individual has left one social group or culture but not yet been fully accepted in the new one.

Being in a marginal situation entails both advantages and disadvantages. One advantage is that novices are not assumed to take full responsibility for patients, care organisation and care practice, but can choose between tasks and masters in accordance with their own self-defined needs for knowledge and experience. Another advantage is that novices have the opportunity to watch the organisation and profession “from the outside” and discover lapses in quality and norms that the experienced staff takes for granted. If these discoveries were noted and considered within the organisation, it could lead up to an interesting discussion and a development of the profession. Unfortunately, this does not seem to be the case – to the contrary. The disadvantage of being in a marginal situation relates to the risk that one’s self-confidence and trust in one’s own ability may be undermined. For this reason, it is important that the marginal situation is kept limited in time. One question that arises is if the length, content and form of the introduction programme may make it more difficult for newly graduated nurses to reach membership and be accepted within the occupational group.

REFERENSER

- Ahlgren, I. & Gummesson, A. (2000). *Utbildningsplaner och reform- och implementering. Sjuksköterskeutbildningen i fokus*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Institutionen för pedagogik.
- Alerby, E. (2000). Lärande: några betraktelser från olika horisonter. Ingår i Alerby, E., Kansanen, P. & Kroksmark, T. (Red.). *Lära om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbetsmarknadsstyrelsen 2002:3. *Den framtida personalförsörjningen inom vård och omsorg. Tillgång och rekryteringsbehov till år 2015*. AMS utredningsenhet.
- Ashworth, P.D. (1997). The variety of qualitative research. Part two: non-positivist approaches. *Nurse Education Today*, 17, 219-224.
- Askling, B. (1987). *Vårdutbildningar i förändring*. Slutrapport från UHÄ:s uppföljning av Vård 77-reformen. UHÄ-rapport.
- Aspelin, J. (2005). *Den mellanmännsliga vägen: Martin Bubers relationsfilosofi som pedagogisk vägvisning*. Eslöv: B. Östlings bokförlag Symposion.
- Aspers, P. (2007). *Etnografiska metoder: Att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.
- Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. & Lofland, L. (2001). *Handbook of Ethnography*. London: Thousand Oaks.
- Bartlett, H.P., Simonite, V., Westcott, E. & Taylor, H.R. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 369-381.
- Becker Hentz, P. (2005). Education and socialization to the professional nursing role. Ingår i Masters, K. *Role development in professional nursing practice*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
- Beecroft, P.C., Santner, S., Lacy, M.L., Kunzman, L. & Dorey, F. (2006). New graduate nurses perceptions of mentoring: six-year programme evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6), 736-747.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing*. Mlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Berg, L.-E., Boglind, A., Leissner, T., Månson, P. & Värnlund, H. (1975). *Medvetandets sociologi. En introduktion till symbolisk interaktionism*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1998). *Kunskaps sociologi. Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet* (2. uppl.). Falun: Wahlström & Widstrand.
- Bevis, O. (1982). *Curriculum building in nursing: a process* (3. ed.). London: The C.V Mosby company.

- Billet, S. (1999). Guided learning at work. Ingår i Boud, D. *Understanding Learning at Work*. Florence, KY, USA: Routledge. Electronic book.
- Bjørk, I.T. & Kirkevold, M. (1999). Issues in nurses practical skill development in the clinical setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (1), 72-84.
- Björkström, M. (2005). *Den professionella sjuksköterskan – i relation till den akademiska sjuksköterskeutbildningen*. Doktorsavhandling, Karlstad universitet, Institutionen för hälsa och vård.
- Blais, K.K., Hayes, J.S., Kozier, B. & Erb, G. (2006). *Professional Nursing Practice. Concept and Perspectives* (5. ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boud, D. (1999). *Understanding Learning at Work*. Florence, KY, USA: Routledge. Electronic book.
- Bowden, J. & Marton, M. (1998). *The University of Learning. Beyond Quality and Competence in Higher Education*. London: Kogan Page.
- Bron, A. (1996). Hur vuxna lär – pedagogiska perspektiv. Ingår i Aronsson, G. & Kilbom, Å. *Arbete efter 45. Historiska, psykologiska och fysiologiska perspektiv på äldre i arbetslivet*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Bron, A. & Lönnheden, C. (2005). Lärande utifrån symbolisk interaktionism. Ingår i Bron, A. & Wilhelmson, L. (Red.). *Lärprocesser i högre utbildning*. Stockholm: Liber.
- Bron, A. & Wilhelmson, L. (Red.). (2005). *Lärprocesser i högre utbildning*. Stockholm: Liber.
- Brown, H. & Edelman, R. (2000). Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 857-864.
- Chang, E. & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Sciences*, 5 (2), 155-163.
- Cohen, H. A. (1981). *The nurse's quest for a professional identity*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Cope, P., Cuthbertson, P. & Stoddart, B. (2000). Situated learning in the practice placement. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 850-856.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2003). "Systers" konstruktion och mumifiering – i TV-serier och i studenters föreställningar. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Daly, W.M. & Carnwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 158-167.
- Danielson, E. & Berntsson, L. (2007). Registered nurses' perceptions of educational preparation for professional work and development in their profession. *Nurse Education Today*, 27, 900-908.

- Dearmun, A.K. (2000). Supporting newly qualified staff nurse: the lecturer practitioner contribution. *Journal of Nursing Management*, 8 (3), 159-165.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: The Macmillan Company.
- Dickie-Clark, H.F. (1966). *The Marginal situation*. London: Routledge & Keagan Paul.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Ds 1992:1. *Fria universitet och högskolor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Ds 1992:34. *Införande av EES-rätt – ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m.* Socialdepartementet.
- Döös, M. (1997). *Den kvalificerande erfarenheten: lärande vid störningar i automatiserad produktion*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Ehn, B. & Löfgren, O. (1982). *Kulturanalys*. Malmö: Liber.
- Ekebergh, M. (2001). *Tilläggnandet av vårdvetenskaplig kunskap: reflexionens betydelse för lärandet*. Doktorsavhandling, Åbo universitet. Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Ellström, P.-E. (1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet: problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica Allmänna förl.
- Ellström, P.-E. (1996). *Arbete och lärande – förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Ellström, P.-E. (1997). Att lära hela livet: vanetänkande och förnyelse i arbetet och vardag. Ingår i Wright, G.H. von. *Handla!: om förändring, välfärd, arbete, lärande, konsumtion, arkitektur, design, kultur, framtid*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Ellström, P.-E. (2006, 15-16 sept). Erfarenhetsbaserat lärande i dagligt arbete – innebörder och förutsättningar. Hämtad 25 augusti, 2008, från <http://www.swenurse.se/Article.aspx?a=448&c=77>. pdf
- Emerson, R.M., Fretz, R.I. & Shaw, L.L. (2001). Participant Observation and Fieldnotes. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J. & Lofland, L. (Red.). *Handbook of Ethnography*. London: Thousand Oaks.
- Erlöv, I. & Petersson, K. (1992). *Från kall till personlighet. Sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för pedagogik.
- Evertsson, L. (1995). Vårdbiträden och undersköterskor – En ouppmärksam professionshistoria. Ingår i Johansson, S. (Red.). *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Fagerberg, I. & Kihlgren, M. (2001). Experiencing a nurse identity. The meaning of identity to Swedish registered nurse 2 years after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 137-145.

- Folkesson, L. (2005). Yrkesutbildning – och sedan? Ingår i Wenestam, C.G. & Lendah Rosendahl, B. *Lärande i vuxenlivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Fox, R., Henderson, A. & Malko-Nyhan, K. (2005). They survive despite the organizational cultur, not because of it: A longitudinal study of new staff perceptions of what constitutes support during the transition to an acute tertiary facility. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 193-199.
- Franck, E. (2001). Högskolan – utmanare och utmanad när samhället förändras. Ingår i *Sju inlägg om högskolemässighet. Ribban på rätt nivå*. Högskoleverket. Kalmar: Lenanders Tryckeri AB.
- Furåker, C. (2001). *Styrning och visioner: sjuksköterskeutbildning i förändring*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Gerrish, K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perceptions of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 473-480.
- Goffman, E. (2007). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. Mölnlycke: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Greenwood, J. (2000). Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Nurse Education Today*, 20, 17-23.
- Guile, D. & Young, M. (1998). Apprenticeship as a conceptual basis for a social theory of learning. *Journal of Vocational Education and Training*. 50 (2), 173-192.
- Gustavsson, B. (2004). *Kunskapsfilosofi. Tre kunskapsformer i historisk belysning*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Hagström, T., Johansson, G. & Westerholm, P. (2000) *Sjuksköterskors socialisation in i arbetsliv och yrke. En longitudinell studie*. (Arbetslivsrapport nr. 2000:15). Arbetslivsinstitutet.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk* (2. uppl.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1997). *Ethnography. Principles in Practice* (2. ed.). New York: Routledge.
- Hardyman, R. & Hickey, G. (2001). What do newly-qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the preceptee. *Nurse Education Today*, 21, 58-64.
- Hellberg, K. (2007). *Elever på ett anpassat individuellt gymnasieprogram: skolvardag och vändpunkter*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Institutionen beteendevetenskap och lärande.
- Hellesnes, J. (1975). *Sosialisering og teknokrati*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hermerén, G. (1996). *Kunskapens pris. Forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap* (2. uppl). Stockholm: HSRF.
- Heslop, L., McIntyre, M. & Ives, G. (2001). Undergraduate student nurses expectations and their self-reported preparedness for graduate year role. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 626-634.

- Holloway, G.I. & Wheeler, S. (1995). Ethical Issues in Qualitative Nursing Research. *Nursing Ethics*, 2 (3), 223-232.
- Högskoleverket 1996:7 R. *Vårdutbildningar i högskolan – En utvärdering*. Stockholm: AB PP-print.
- Högskoleverket 1997:2 R. *Högskoleutbildningar inom vård och omsorg*. En utredning. Stockholm.
- Högskoleverket 2000:5 R. *Utbildningar inom vård och omsorg – en uppföljande utvärdering*. Stockholm: Printgraf.
- Högskoleverket 2000:16 R. *Högskolornas tillämpning av EG-direktiv i sjuksköterskeutbildningen och barnmorskeutbildningen*. Göteborg: DoCuSys.
- Högskoleverket. (2003). *Remissvar Översyn av nyutexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov*. Högskoleverkets utredningsavdelning.
- Högskoleverket 2006:3 R. *Högre utbildning och forskning 1945 – 2005 - en översikt*. Stockholm: Tryckeri, Ort.
- Högskoleverket 2007:23 R. *Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor: Del 1: Den nationella bilden*. Stockholm: Tryckeri.
- Illeris, K. (2007). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Inde, M. (2006). *Framtidens vårdmodell. Patientnärmre vård - Hur gör man?* Landstinget i Värmland: Tryckeri Knappen AB.
- Jeffrey, B. & Troman, G. (2004). Time for ethnography. *British Educational Research Journal*, 30 (4), 535-548.
- Johansson, B. (1979). *Kunskapsbehov i omvårdnadsarbete och kunskapskrav i vårdutbildning*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Johansson, B. (1983). *Konsten att kunna vårda: om vårdpedagogik och omvårdnad*. FoU rapport 47. Stockholm: LiberUtbildningsförlaget, Skolöverstyrelsen.
- Johansson, B. (1995). *Forskningsprogram i vårdpedagogik*. Rapport nr 1995:2. Mölndal: Institutionen för vårdlärarutbildning, Göteborgs universitet.
- Josefson, I. (1988). *Från lärling till mästare: om kunskap i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Josefson, I. (1991). *Kunskapens former: Det reflekterade yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlsson.
- Josefson, I. (2001). Teori och praktik – hur skapas ett möte mellan olika kunskapsformer. Ingår i *Sju inlägg om högskolemässighet. Ribban på rätt nivå*. Högskoleverket. Kalmar: Lenanders Tryckeri AB.
- Kapborg, I. & Fischbein, S. (1995). Nursing education and professional work – Transition problem? Ingår i Kapborg, I. (Red.). *Evaluation of Swedish nursing education and professional practice*. Stockholm: HSL Förlag.

- Karlstads universitet. (2006). *Klinisk slutexamination i sjuksköterskeprogrammet 120 p. Försöksverksamhet vid fyra lärosäten år 2003-2005*. Karlstad: Universitetstryckeriet.
- Karolinska Institutet. (2000). *Sjuksköterskeprogrammet, synpunkter från studenterna, sjuksköterskor och läkare*. Stockholm, Karolinska Institutet, Institutionen för omvårdnad.
- Kelly, B. (1996). Hospital nursing: It's a battle! A follow-up study of English graduates nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1063-1069.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 1134-1145.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock – why nurses leave nursing*. Saint Louise: The C V Mosby Company.
- Kungl. Maj:ts proposition 1965:161. Bihang till riksdagens protokoll 1965.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstingsförbundet. (1992). *Landstingsförbundets årsredovisning 1992*. Stockholm: Civilen, Halmstad.
- Landstingsförbundet. (1994). *Ny sjuksköterskeutbildning*. Stockholm.
- Landstingsförbundet. (2002). *Utveckling inom hälso- och sjukvården 1992-2000*. Stockholm.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2001). *Handledning och praktisk yrkest teori (2. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Leininger, M. (1994). Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies. Ingår i Morse, J.M. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: Sage. Publ.
- Liliequist, M. (1993). Socialisation från vaggan till gravan. Ingår i Ehn, B., Arvidsson, A., Jacobson, M., Liliequist, M. & Lundgren, B. (Red.). *Kultur och Erfarenhet. Aktuella teman i svensk etnologi*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Lilja Andersson, P. (2007). *Vägar genom sjuksköterskeutbildningen: studenters berättelser*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Lärarutbildningen Malmö högskola.
- Lindberg-Sand, Å. (1996). *Spindeln i klistret. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska. En etnografisk-fenomenografisk studie*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Pedagogiska institutionen.
- Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*. Stockholm: Carlsson.

- Lindgren, U. (2000). *En empirisk studie av mentorskap inom högre utbildning i Sverige. Innebörd, utformning och effekter*. Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Lundgren, S. (2002). *I spåren av en bemanningsförändring: en studie av sjuksköterskors arbete på en kirurgisk vårdavdelning*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Löfmark, A. (2001). Behövs specifika omvårdnadsteorier/modeller? Ingår i Svensk sjuksköterskeförening. (Red.). *Omvårdnad som akademiskt ämne*. Bromma: Bromma tryck.
- Löfmark, A. & Wikblad, K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 43-50.
- Maben, J., Latter, S. & Macleod Clark, J. (2006). The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4), 465-477.
- Macleod Clark, J., Maben, J. & Jones, K. (1997). Project 2000: perceptions of the philosophy and practice of nursing: shifting perceptions – a new practitioner? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 161-168.
- McGarry, J. (2007). Nursing relationship in ethnographic research: what of rapport?. *Nurserecherche*, 14 (3), 7-14.
- McKenna, G., Smith, N.A., Poole, S.J. & Coverdale, J.H. (2003). Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (1), 90-96.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, Self, and Society from the Standpoint a Social Behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mead, G.H. (1976). *Medvetandet, jaget och samhället från socialbehavioristisk ståndpunkt*. Lund: Argos förlag AB.
- Mikkelsen Kyrkjebø, J., Mekki, T.E. & Rokne Hanestad, B. (2002). Short report: Nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (3), 296-302.
- Mogensen, E., Thorell Ekstrand, I. & Löfmark, A. (2006). *Klinisk utbildning i högskolan – perspektiv och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Molander, B. (1993). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Molander, B. (1998). *Kunskap i handling* (2. uppl.). Göteborg: Daidalos.
- Mooney, M. (2007). Facing registration: The expectations and the unexpected. *Nurse Education Today*, 27, 840-847.
- Morse, J.M. (1994). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: Sage. Publ.
- Neuman, L.W. (1998). *Social Research Methods* (3. ed.). Allyn & Bacon.
- Nielsen, K. & Kvale, S. (1997). Current issues of apprenticeship. *Nordisk pedagogik*, 17 (3), 130-136.

- Nielsen, K. & Kvale, S. (2000). *Mästarlära. Lärande som social praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, K., Campbell, A.-M. & Pilhammar Andersson, E. (2008). Night nursing – staff's working experiences. *BMC Nursing*, 7:13 doi:10.1186/147-6955-713.
- Nilsson, L. (2004). *Traineeprogram för nytexaminerade sjuksköterskor. Ett sätt för den avancerade nybörjaren att bli en kompetent yrkesutövare?*(Universitetsbiblioteket skrift nr. 6). V Frölunda: DocuSys.
- Oermann, M. & Garvin, M.F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today*, 22, 225-230.
- Ohlsson, U. (2009). *Vägen in i ett yrke – en studie av lärande och kunskapsutveckling hos nyutbildade sjuksköterskor*. Doktorsavhandling, Örebro universitet, Pedagogiska institutionen.
- Park, R. (1928). Human migration and the marginal man. *American Journal of Sociology*, 33, 881-893.
- Pellatt, G. (2003). Ethnography and reflexivity: emotions and feelings in fieldwork. *Nurserecherche*, 10 (3), 28-37.
- Perry, J. (1985). Has the discipline of nursing developed to the stage where nurses do “think nursing”? *Journal of Advanced Nursing*, 10, 31-37.
- Philpin, S.M. (1999). The impact of “Project 2000” educational reforms on the occupational socialization of nurses: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 1326-1331.
- Pilhammar Andersson, E. (1991). *Det är vi som är dom: Sjuksköterskestuderandes föreställningar och perspektiv under utbildningstiden*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Pilhammar Andersson, E. (1994). *Sjuksköterskors föreställningar om utbildning och yrkesfunktion*. Rapport nr 1994:6. Institutionen för vårdlärarutbildning. Göteborgs universitet.
- Pilhammar Andersson, E. (1995). Marginality: concept or reality in nursing education. *Journal of Advanced nursing*, 21, 131-136.
- 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*. (Rapport 116). Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för pedagogik.
- Pilhammar Andersson, E. (2008). Etnografi. Ingår i Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Ramritu, P.L. & Barnard, A. (2001). New nurse graduates' understanding of competence. *International Council of Nurse*, 48, 47-57.
- Rasmussen, J. (2000). *Mästarlära och allmän pedagogik*. Ingår i Nielsen, K. & Kvale, S. *Mästarlära. Lärande som social praxis*. Lund: Studentlitteratur.

- Regeringens proposition 2000/01:71. *Nytt huvudmannaskap för vårdutbildningar*. Stockholm.
- Regeringens proposition 2004/05:162. *Ny värld – ny högskola*. Stockholm.
- Regeringens proposition 2005/06:1. *Utbildning och universitetsforskning*. Stockholm: Finansdepartementet.
- Regeringskansliet. (2007). *Bologna-processen*. Hämtad den 15 februari, 2008, från www.regeringen.se
- Reising, D.L. (2002). Early Socialization of New Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 11 (1), 19-26.
- Richardson, G. (2004). *Svensk utbildningshistoria. Skola och samhälle förr och nu*. Lund: Studentlitteratur.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.
- Rolf, B. (1991). *Profession, tradition och tyst kunskap: en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Nora: Doxa.
- Ronsten, B., Andersson, E. & Gustafsson, B. (2005). Confirming mentorship. *Journal of Nursing Management*, 13, 312-321.
- Rönqvist, D., Thunborg, C. & Ellström, P.-E. (1999). *Arbete, kompetenskrav och lärande inom hälso- och sjukvården*. Linköping: Institutionen för pedagogik och psykologi.
- Schön, D.A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schön, D.A. (1991). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Avebury.
- SFS 1977:218. Högskolelag ingår i Utbildningsväsendets författningsbok, 1988/89. Stockholm: Utbildningsförlaget.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Ändring t.o.m. SFS 2007:403). Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1992:1434. *Högskolelag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 11 augusti, 2007, från <http://www.riksdagen.se>
- SFS 1997:142. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk Författningssamling.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 11 augusti, 2007, från <http://www.riksdagen.se>
- SFS 2006:1053. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 11 augusti, 2007, från <http://www.riksdagen.se>
- SFS 2008:229. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 18 september, 2008, från <http://www.riksdagen.se>

- Sigrell, H. (2006). *På väg mot yrkeskompetens: spår av tyst kunskap och lärande under det kiropraktiska praktikåret*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Institutionen för samhälle, kultur och lärande.
- Socialstyrelsen. (2002). *Översyn av nyutexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting. (2005). *Rättsfrågor med anknytning till IT i vård och omsorg*. Hämtad 9 februari, 2009, från www.socialstyrelsen.se
- SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Socialstyrelsen allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1995:15. *Kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska*. Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1962:4. *Arbetsuppgifter och utbildning för viss sjukvårdspersonal*. Betänkande av utredningar angående vissa sjuksköterskors och undersköterskors arbetsuppgifter m.m. Stockholm: Inrikesdepartementet.
- SOU 1964:45. *Sjuksköterskeutbildningen I. Grundutbildning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1973:2. *Högskolan: betänkande av 1968 års utbildningsutredning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 1973:3. U 68. *Högskolan*. Betänkande av 1968-års utbildningsutredning. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 1973:58. *Högskoleutbildning: betänkande Hälso- och sjukvårdslinje, Social servicelinje, Medicinsk assistentlinje, Arbetsterapeut- och Sjukgymnastlinje / av 1968 års utbildningsutredning*. Stockholm: Allmänna förl.
- SOU 1978:50. *Ny vårdutbildning: betänkande av utredningen om vissa vårdutbildningar inom högskolan, Vård 77*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 1992:1. *Frihet Ansvar Kompetens*. Grundutbildningens villkor i högskolan. Betänkande av högskoleutredningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 2003:99. *Ny sekretesslag*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Spradly, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Cop.
- Stein, L., Watts, D. & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *Journal of Medicine*, 322, 546-549.
- Stenelo, L.-G. (Red.). (1988). *Makten över den decentraliserade skolan*. Lund: Studentlitteratur.

- Stonequist, E. (1961). *The marginal man*. New York: Russel and Russel.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia Lippincott.
- Svensson, L. (1990). Färdighet i att lära. Ingår i Marton, F., Hounsell, D. & Entwistle, N. *Hur vi lära*. Kristianstad: Kristianstads Boktryckeri AB.
- Sveriges kommuner och landsting (2007). *Baskompetens inom vård- och omsorgssektorn*. Solna: Tryck åtta. 45.
- Sveriges kommuner och landsting (2008). *Uppföljning av studenter efter avslutade studier – ett verktyg för att utveckla utbildningen*. Stockholm: Tryck Åtta45.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken: ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45, 204-211.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1984). *Introduction to Qualitative Research Methods. The search for meanings*. New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Thomka, L.A. (2001). Graduate Nurses' Experiences of Interactions With Professional Nursing Staff During Transition to the Professional Role. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32 (1), 15-19.
- Thunborg, C. (1999). *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Doktorsavhandling Linköpings universitet. Institutionen för pedagogik och psykologi.
- Trost, J. & Levin, I. (2004). *Att förstå vardagen – med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- UHÄ & SÖ. (1981). *Utbildningsplan för hälso- och sjukvårdslinjen*. Stockholm: Universitets- och högskoleämbetet och Skolöverstyrelsen.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad, 10 november, 2005, från www.vetenskapsradet.se
- Wangenstein, S., Johansson, I.S. & Nordström, G. (2008). The first year as a graduate nurse – an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1877-1885.
- Watkins, M.J. (2000). Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 338-346.
- Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva: en teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.
- Ås, B. (1979). De 5 herskertekniker – om ufarliggöring av undertryckerens vapen. Ingår i: *Årbog for kvinderet*, 55-88.

Bilaga 1

Till berörd patient

Jag heter Birgitta Bisholt och jag är leg. sjuksköterska och doktorand vid Institutionen för vårdpedagogik vid Göteborgs universitet. Min handledare är professor Ewa Pilhammar Andersson.

Jag håller på med ett forskningsprojekt som handlar om nyutexaminerade sjuksköterskors utveckling av yrkesrollen. För att kunna studera området har jag valt att observera och intervjuva nyutexaminerade sjuksköterskor under deras första tid i yrket.

Du som finns här som patient på avdelningen kommer på sätt och vis att beröras av mina observationer, eftersom jag kommer att följa den nyutexaminerade sjuksköterskan i hennes/hans arbete. Jag vill här poängtera att det är den nyutexaminerade sjuksköterskan som ingår i studien och inte Du som patient, även om Du kan se att jag finns med och antecknar i vissa situationer.

Det är mycket angeläget att få fram mer kunskap om de nyutexaminerade sjuksköterskornas första tid i yrket och det är därför betydelsefullt om jag kan tillåtas vara med i olika vårdsituationer där Du befinner Dig.

Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. endast jag och min handledare har tillgång till informationen. Jag följer som leg. sjuksköterska den rådande tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvården.

Resultatet av studien kommer att publiceras i en rapport.

Har Du några frågor kan jag nås på följande telefonnummer: hem xxxxxxx, arbetet xxxxxx

Birgitta Bisholt
Doktorand, leg. sjuksköterska

Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdpedagogik
Box 56
405 30 Göteborg

Ewa Pilhammar Andersson
Professor vid Institutionen
för vårdpedagogik
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet

Bilaga 1

Jag har tagit del av ovanstående information och jag samtycker inte till studien.
Ett nekande kommer inte att påverka mitt omhändertagande.

Jag samtycker inte

Namn

Bilaga 2

Information till länsverksamhetschef, avdelningschef, handledare och fackförening SHSTF

Jag heter Birgitta Bisholt och jag är leg. sjuksköterska och doktorand vid Institutionen för vårdpedagogik vid Göteborgs universitet. Min handledare är professor Ewa Pilhammar Andersson.

Jag håller på med ett forskningsprojekt som handlar om nytexaminerade sjuksköterskors utveckling av yrkesrollen. För att kunna studera detta område har jag valt en etnografisk metod, vilket innebär att jag kommer att göra observationer och uppföljande bandinspelade intervjuer. Det här innebär att jag kommer att observera de nytexaminerade sjuksköterskor som finns på den här enheten under deras första tid i yrket och göra återkommande uppföljningsintervjuer om ca en halvtimme vid varje tillfälle. Observationerna kommer att utföras under dag-, kväll- och helgpas. Min avsikt är inte att granska den nytexaminerade sjuksköterskans arbete, utan att följa hans/hennes utvecklingsprocess under den första tiden i yrket.

De uppgifter som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt och jag kommer som leg. sjuksköterska följa den rådande tystnadsplikten som gäller inom hälso- och sjukvården.

Fältanteckningar och kassettband kommer att förvaras i Göteborgs universitets arkiv och banden kommer att avmagnetiseras efter studiens slut. Tillgång till materialet kommer endast de forskare som ingår i projektet ha.

Deltagande i studien är frivilligt och den nytexaminerade sjuksköterskan kan när som helst avböja ett deltagande utan att det får några följder.

Resultatet kommer att publiceras i en rapport.

Skulle några fler frågor uppkomma kan Du höra av Dig till mig på telefon: arb. xxxxxx eller hem xxxxxx

Birgitta Bisholt
Doktorand, leg. sjuksköterska
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdpedagogik
Box 456
405 30 Göteborg

Ewa Pilhammar Andersson
Professor vid Institutionen
för vårdpedagogik
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet

Bilaga 2

Jag har muntligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftliga information och ger härmed tillåtelse till att studien genomförs.

Datum ort

Namn

Information om forskningsprojekt

Jag heter Birgitta Bisholt och jag är leg. sjuksköterska och doktorand vid Institutionen för vårdpedagogik vid Göteborgs universitet. Min handledare är professor Ewa Pilhammar Andersson.

Jag håller på med ett forskningsprojekt som handlar om nyutexaminerade sjuksköterskors utveckling av yrkesrollen. För att kunna studera detta område har jag valt att observera och intervjua nyutexaminerade sjuksköterskor under deras första tid i yrket.

Eftersom jag kommer att finnas här på avdelningen under denna tidsperiod är det viktigt att så många som möjligt kan ta del av vem jag är, varför jag finns på avdelningen och varför jag följer en speciellt utvald sjuksköterska. Jag kommer att finnas med i vissa situationer där jag också kommer att anteckna vad som sker. Jag finns inte här på avdelningen för att granska eller värdera någons arbete, utan för att följa den nyutexaminerade sjuksköterskans yrkesmässiga utveckling.

Som leg. sjuksköterska kommer jag att följa den rådande tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvården. De uppgifter som samlas in kommer behandlas konfidentiellt, dvs. jag och min handledare kommer endast ha tillgång till informationen.

Om Du har några frågor om studien går det bra att ta kontakt med mig på följande telefonnr: xxxxxx

Birgitta Bisholt
Doktorand och leg. sjuksköterska
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet

Bilaga 4

Till nyutexaminerad sjuksköterska

Jag heter Birgitta Bisholt och jag är leg. sjuksköterska och doktorand vid Institutionen för vårdpedagogik vid Göteborgs universitet. Min handledare är professor Ewa Pilhammar Andersson.

Jag håller på med ett forskningsprojekt som handlar om nyutexaminerade sjuksköterskors utveckling av yrkesrollen. För att kunna studera detta område har jag valt en etnografisk metod, vilket innebär att jag kommer att göra observationer och uppföljande bandinspelade intervjuer. Det här innebär konkret att jag önskar följa Dig som nyutexaminerad sjuksköterska under ett antal tillfällen under den första tiden i yrket. Observationerna kommer att inkludera dag-, kväll- och helgpäss. Tid för varje observationstillfälle kan jag i dagsläget inte precisera utan det är något som måste utkristallisera sig. Min avsikt är inte att granska och värdera Ditt arbete som sjuksköterska, utan att följa Din utvecklingsprocess under den första tiden i yrket.

De uppgifter som samlas in kommer behandlas konfidentiellt, dvs. jag och min handledare kommer endast ha tillgång till materialet. Materialet kommer att kodifieras. Fältanteckningar och kassetband kommer att förvaras i Göteborgs universitets arkiv. Banden kommer att avmagnetiseras efter studiens slut. Jag som leg. sjuksköterska kommer att följa den rådande tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvården.

Resultatet kommer att publiceras i en rapport.

Det är mycket betydelsefullt och angeläget att få fram mer kunskap om den nyutexaminerade sjuksköterskans första tid i yrket, därför är Din medverkan i studien mycket viktig.

Deltagandet i studien är frivilligt och Du kan när som helst avbryta utan att det får några följder för Dig.

Skulle några fler frågor uppkomma kan Du höra av Dig till mig på telefon: arb. xxxxxx, hem xxxxxx.

Birgitta Bisholt
Doktorand, leg. sjuksköterska
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdpedagogik
Box 456
405 30 Göteborg

Ewa Pilhammar Andersson
Professor vid Institutionen
för vårdpedagogik
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet

Bilaga 4

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av ovanstående skriftliga information och ger härmed mitt samtycke.

Datum ort

Namn

DOKTORSAVHANDLINGAR
FRÅN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA
SAHLGRENSKA AKADEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSITET,
GÖTEBORG

Doktorsavhandlingar

Skärsäter, I. (2002). The importance of social support for men and woman, suffering from major depression – a comparative and explorative study.

Ahlberg, K. (2004). Cancer-Related Fatigue – experience and outcomes.

Drevenhorn, E. (2006). Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective.

Olsson, L-E. (2006). Patients with acute hip fractures motivation, effectiveness and costs in two different care systems.

Berg, L. (2006) Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.

Knutsson, S. (2006) Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning.

Jakobsson, E. (2007). End-of-life care in a Swedish county – patterns of demographic and social condition, clinical problems and health care use.

Henoch, I. (2007). Dyspnea Experience and Quality of Life among Persons with Lung Cancer in Palliative Care.

Sahlsten, M. (2007). Ömsesidighet i förhandling – Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet.

Wikström, A-C. (2007). Knowing in Practice – a Tool in the Production of Intensive Care.

Falk, K. (2007). Fatigue in patients with chronic heart failure – Patient experiences and consequences of fatigue in daily life.

Jansson, U-B. (2007). Urinary bladder function and acquisition of bladder control in healthy children.

Lindström, A-C. (2007). ”Något som inte längre är” – distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv.

Jerlock, M. (2007). Patients with unexplained chest pain – Pain experience, stress, coping and health-related quality of life.

Melin-Johansson, C. (2007). Patients' quality of life – Living with incurable cancer in palliative home care.

Hedmalm, A. (2007). Immigrants with heart failure – A descriptive study of symptoms, self care, social support, care and treatment.

Patel, H. (2008). Patients with worsening Chronic Heart Failure – Symptoms and aspects of Care.

Larsson, I. (2008). Patient och medaktör – Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras.

Browall, M. (2008). Experience of adjuvant treatment among postmenopausal women with breast cancer - Health-Related Quality of Life, symptom experience, stressful events and coping strategies.

Kenne Sarenmalm, E. (2008). When Breast Cancer Returns – Women's Experiences of Health, Illness and Adjustment During the Breast Cancer Trajectory.

Sparud Lundin, C. (2008). Living with diabetes during transition to adult life – Relationships, support of self-management, diabetes control and diabetes care.

Wickström Ene, K. (2008). Postoperative pain management – predictors, barriers and outcome.

Wigert, H. (2008). Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård.

Westin, L. (2008). Encounters in Nursing Homes – Experiences from Nurses, Residents and Relatives.

Ringdal, M. (2008). Memories and Health Related Quality of Life – in patients with trauma cared for in the Intensive Care Unit.

Janson Fagring, A. (2009). Unexplained chest pain in men and women – symptom perception and outcome.

Hedman Ahlström, B. (2009). Major depression and family life – The family's way of living with a long-term illness.

Johansson, I. (2009). The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members.

Licentiatavhandlingar

Moene, M. (2006). Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp.

Lindström, I. (2007). Patienters delaktighet – en studie om vård i livets slutskede.