



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

**RAPPORT**  
**FÖRESTÄLLNINGAR OM OMVÅRDNAD SOM ÄMNE**  
– ett ämnesdidaktiskt utvecklingsprojekt

Joakim Öhlén, Annette Bramstång, Anneli Pihlgren, Frida Lundin Gurné och Marit Kirkevold

29 april 2019

## **Projektgrupp**

Annette Bramstång, universitetsadjunkt (vid projektets första del huvudhandledare, specialistsjuksköterska)

Tomás Gómez Vecchio, amanuens, student sjuksköterskeprogrammet

Eva Jakobsson Ung, professor

Sofie Jakobsson, universitetslektor

Marit Kirkevold, gästprofessor

Eva Lidén, docent, sektionschef

Frida Lundin Gurné, doktorand, distriktssköterska

Anneli Pihlgren, amanuens, student sjuksköterskeprogrammet

Marie Thonander, huvudhandledare, specialistsjuksköterska

Joakim Öhlén, professor, ämnesföreträdare för omvårdnad vid Sahlgrenska akademien

# Innehållsförteckning

<b>Problem och bakgrund</b>	<b>1</b>
<b>Projektets syfte och upplägg</b>	<b>2</b>
<b>Sjuksköterskors och studenters föreställningar om omvårdnad</b>	<b>3</b>
Nio föreställningar om omvårdnad	4
Ytterligare föreställningar om omvårdnad som fördes fram	8
Handledande sjuksköterskors, lärares och studenters uppfattning av de nio föreställningarna om omvårdnad	10
<b>Sjuksköterskors och studenters resonemang om hur omvårdnad kan läras</b>	<b>10</b>
<b>Pedagogiska-didaktiska konsekvenser</b>	<b>12</b>
Studenters öppna svar om konsekvenser för utbildningen	12
Lärares diskussion om konsekvenser för utbildningen	15
<b>Diskussion</b>	<b>18</b>
<b>Slutsatser</b>	<b>21</b>
<b>Referenser</b>	<b>22</b>
<b>Appendix – metodbeskrivning</b>	<b>24</b>
I. Fokusgrupper med studenter och sjuksköterskor	24
II. Seminarier med handledare, lärare och studenter	26
III. Analys av konsekvenser för ämnesutveckling	27
IV. Diskussion av en preliminär version av rapporten	27
Begränsningar	27

## Problem och bakgrund

Det pedagogiska utvecklingsprojekt som rapporteras här har fokus på studenters, sjuksköterskors och lärares föreställningar om omvårdnad som ämne. Problematisering av variationer i föreställningar om omvårdnad kan ses som en central fråga för att lära om omvårdnad. Lärande sker genom att se och erfara variationer i objektet för det som ska läras. För att få kunskap om föreställningar om omvårdnad (som har betydelse för att lära omvårdnad) är det därför av betydelse att få kunskap om hur omvårdnad erfars, hur olika föreställningar om omvårdnad urskiljs, vad variationer kan utgöras av och hur de kan skifta mellan olika situationer (Bowden & Marton, 2004).

Projektet utgår från ett antagande om att föreställningar om omvårdnad som ämne har förändrats över tid och att det kan finnas varierande föreställningar inom och mellan olika intressegrupper. Detta kan relateras till att omvårdnad som ämne är komplext och beskrivet med skiftande filosofiska utgångspunkter (Forss, Ceci, & Drummond, 2013). Exempelvis kan omvårdnad anses spänna över flera typer av kunskapsområden (Kim, 2015) och flera typer av situationer som implicerar olika typer av kompetens och agerande (Kirkevold, 1997).

Omvårdnadskunskap kan antas vara sammansatt av både generaliserad kunskap och situationsberoende (aspekter, omständigheter och förhållanden) kunskap knuten till specifika omvårdnadssituationer (Thorne & Sawatzky, 2014). Av detta följer att det vanligtvis blir av betydelse att relatera generisk kunskap i omvårdnad till specifik kontextuell kunskap (och omvänt). Omvårdnadskunskapens förhållande till omvårdnadens praktik kan ses som en betydelsefull fråga, som historiskt betraktats som särskilt problematisk (Risjord, 2010). Detta innefattar bland annat utmaningar för utveckling av evidensbaserad omvårdnad (Lipscomb, 2016) och hur sådan utveckling kan utnyttja, utvärdera och främja erfarenhetsbaserad kunskap (Östlinder, Norberg, Pilhanmmar Andersson, & Öhlén, 2006), men även mer specifika utmaningar om omvårdnad utifrån kroppsnära och allmänmänskliga behov (Kitson, Muntlin Athlin, & Conroy, 2014). I Sverige har utvecklingen av omvårdnad som ämne kännetecknats av en bitvis intensiv debatt om vad ämnet ska benämnas<sup>1</sup>, vad det innefattar och har för gränser till andra ämnen, vilket bland annat speglats i att landets utbildningar utformat ämnet på varierande sätt och med olika profiler (Öhlén, Furåker, Jakobsson, Bergh, & Hermansson, 2011). Vidare påverkas idag frågor om villkor för sjuksköterskors yrkesutövning och profession starkt av aktuell debatt om ”den sjuka vården” (t.ex. artikelserie i Göteborgs-Posten, vintern 2017), vilket torde påverka både profession och föreställningar om ämnet.

Personcentrering (Ekman, 2014) anges som en specifik profil för institutionen, inklusive för omvårdnadsämnet. Centrum för personcentrerad vård är organisatoriskt placerat vid institutionen och flera av utbildningarnas lärare är engagerade som forskare vid centrumet. Om personcentrering är profil kan studentcentrering ses som självklar konsekvens för utbildningarna. Vad ämnet och dess profil(er) betyder för studenter behöver dock klargöras. Hur får studenter ihop skilda bilder av ämnet? Vad ger dem klarhet? Vad gör dem utmanade på sätt som främjar lärandet? Vad gör dem förvirrade? Hur uppfattar yrkesverksamma sjuksköterskor omvårdnad som ämne och dess profil vid Sahlgrenska akademien? Detta var frågor vi i projektgruppen ställde inledningsvis under projektplaneringen.

---

<sup>1</sup> Vid Sahlgrenska akademien benämns huvudområdet *Omvårdnad* medan *Vårdvetenskap* används som organisatorisk term för det kunskapsområde som organisatoriskt är förlagt till Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Vid Sahlgrenska akademien översätts omvårdnad till *Nursing* (och *Nursing Science*) och vårdvetenskap till *Health Care Sciences*.

Ämnesfrågor och föreställningar om ämnet kan ha flera betydelser. Primärt kan det relateras till uppbyggnad av utbildningsprogrammen och ingående kurser, men lärosätets profil på ämnet kan också avspeglas i valbara och fristående kurser. Eftersom examensarbeten görs inom ramen för ämneskurser kan examensarbeten både ses som uttryck för ämnesprofil och konkreta instrument där inriktning och omfattning av ämnet både bedöms, synliggörs, utvecklas och utmanas. Vidare är ämnesfrågor av betydelse för kollegiets kompetensprofil och utveckling och därmed av betydelse för rekrytering. Hur vi utformar omvårdnad som ämne handlar också om hur institutionen, och därmed universitetet, svarar upp till samhällsupdraget att utbilda och utveckla kunskap för samhällets behov. Ämnesutveckling (särskilt i bemärkelsen indelning av ämnen) kan också utgöra grund för fortsatt utveckling av institutionens organisation.

## Projektets syfte och upplägg

Projektet avsåg att analysera föreställningar om omvårdnad som ämne bland studenter i omvårdnad och kliniskt verksamma sjuksköterskor i syfte att påverka ämnesutveckling i omvårdnad vid institutionen.

Frågeställningar:

- Vilka föreställningar om omvårdnad som ämne förekommer bland studenter i sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogram vid Sahlgrenska akademien?
- Vilka föreställningar om omvårdnad som ämne förekommer bland yrkesverksamma sjuksköterskor?
- Finns det skillnader mellan studenters, yrkesverksamma sjuksköterskors och lärares inställning till olika föreställningar om omvårdnad som ämne?
- Vilka pedagogiska/didaktiska implikationer för utveckling av omvårdnad som ämne kan göras baserat på de identifierade föreställningarna om omvårdnad som ämne och deltagarnas reflektioner?

Projektet initierades av ämnesansvarig för omvårdnad i diskussion med prefekt och ledningsgrupp. Prefekt beviljade medel för genomförandet. För projektet valdes en partecipatorisk ansats (Greenwood & Levin, 2007) och utgångspunkt för projektet togs i de som kan ses som "brukare" i utbildningen dvs. studenter samt de som är kommande kollegor till studenterna dvs. yrkesverksamma sjuksköterskor. Lärare vid sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogram involverades i större omfattning under projektets senare del. I projektgruppen har som en följd av detta ingått personer med olika bakgrund och roller kopplat till utbildning i omvårdnad:

- ämnesansvarig i omvårdnad (projektledare)
- gästprofessor i omvårdnad (expert inom omvårdnad och ämnets utveckling)
- studenter (från sjuksköterskeprogrammet, i projektet anställda som amanuenser)
- doktorand (i forskarutbildningsämnet vårdvetenskap, med inriktning mot omvårdnad)
- huvudhandledare (specialistsjuksköterskor vid Sahlgrenska universitetssjukhuset)
- lärare och forskare inom omvårdnad

För projektets genomförande planerades från början att inhämta erfarenheter från olika intressenter. Genomförandet skedde i fyra steg.

- I. Fokusgrupper med studenter i omvårdnad på såväl grund, avancerad som forskarutbildningsnivå samt yrkesverksamma sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inom flera typer av verksamheter. Totalt genomfördes 17 fokusgrupper med 77 deltagare. Ingångsfrågan till diskussionerna i alla fokusgrupperna var "vi skulle vilja att ni diskuterar vad som är utmärkande för omvårdnad som ämne och hur det är kopplat till och tar sig uttryck i konkreta omvårdnadssituationer, vad det

kan göra för skillnad för patienten, vad gör det betydelsefullt och hur lärande om omvårdnad sker”. I denna data identifierades föreställningar om omvårdnad som ämne samt hur lärande om omvårdnad sker.

- II. Seminarier där de identifierade föreställningarna presenterades åtföljt av diskussion. Avslutningsvis vid seminarierna inhämtades synpunkter på om några av de presenterade föreställningarna uppfattades som utmanande i VFU och hur de kan hanteras samt vilka konsekvenser deltagarna såg för utbildningarna. För att få bredd i diskussionen genomfördes tre seminarier med olika målgrupper:
  - a.Handledare till studenter i VFU vid institutionens sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogram, samt lärare m.fl. från institutionen (som del av ”Höstsalongen” 2018, ett samverkansforum arrangerat av institutionen).
  - b.Handledare och lärare till studenter i svenska sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogram (vid VFU-konferensen i Karlstad 2018).
  - c.Lärare i sjuksköterskeprogrammet vid institutionen (programmöte 2018).
  - d.Studenter i sjuksköterskeprogrammet vid institutionen (termin sex 2019).
- III. Analys av konsekvenser för ämnesutveckling baserat på resultat från fokusgrupper (steg I) och seminarier (steg II).
- IV. Diskussion av en preliminär version av rapporten med lärargruppen knuten till sjuksköterskeprogrammet.

För mer utförlig beskrivning av metoder, se rapportens appendix.

## Sjuksköterskors och studenter föreställningar om omvårdnad

I fokusgrupper inbjöds deltagande sjuksköterskor och studenter att diskutera omvårdnad som ämne i förhållande till praktiska omvårdnadssituationer. Diskussionerna var engagerande och kännetecknades av att deltagarna knöt an till varandras inlägg på sätt som i huvudsak blev en kombination av att deltagarna instämde och spann vidare till varandras inlägg. Undantagsvis uppstod meningsskiljaktigheter, vilket betyder att diskussionerna (data) utmärks av hög grad av samstämmighet inom fokusgrupperna.

Inledningsvis genomförde vi en beskrivande analys avseende vilka begrepp och termer som var mest vanligt förekommande i fokusgrupperna. Kommunikation, relation och helhet var mest vanligt förekommande (se Figur 1). I projektgruppen blev vår reflektion att de begrepp som på det här viset identifierats kan ses som uttryck för vanligt förekommande ideal inom omvårdnad och att de reflekterade vanliga begrepp i omvårdnadens teoretiska diskurser. Samtidigt konstaterar vi att begreppen ger en jämförelsevis yttlig beskrivning och inte klargör föreställningar om omvårdnad. Vi fortsatte analysen för att identifiera föreställningar om omvårdnad.

I analysen identifierade vi nio distinkta föreställningar om omvårdnad som speglar aspekter av omvårdnad som deltagarna framhöll som utmärkande och viktiga för att förstå och tala om vad omvårdnad handlar om. Föreställningarna fokuserade bildspråk, vilket vi utnyttjade till att ta fram illustrationer till vardera av föreställningarna. I det följande presenteras föreställningarna en och en tillsammans med både en illustration och korta belysande citat från fokusgrupperna.

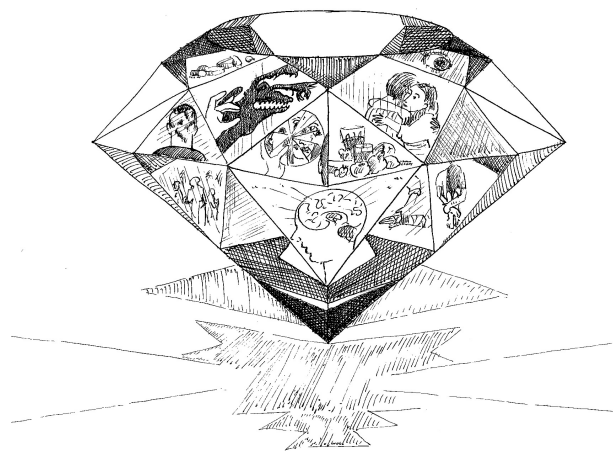
I efterföljande avsnitt presenteras i vilken utsträckning handledare inom verksamhetsförlagd utbildning (VFU), lärare i sjuksköterskeutbildning och studenter i grundutbildning uppfattar de nio föreställningarna om omvårdnad betydelsefulla för lärandet av omvårdnad, särskilt inom VFU.



Figur 1. Ordmoln över de mest vanliga begrepp och termer som diskuterades i fokusgrupper med sjuksköterskor och studenter (ju större storlek på orden ju mer vanligt förekom de).

### Nio föreställningar om omvårdnad

1. *Omvårdnad är helheten – helhetssyn.* Deltagarna betonade att omvårdnad innefattar en helhetssyn där flera aspekter av patientens situation integreras. Vilka aspekter som blir betydelsefulla framträder i mötet och relationen med varje patient.

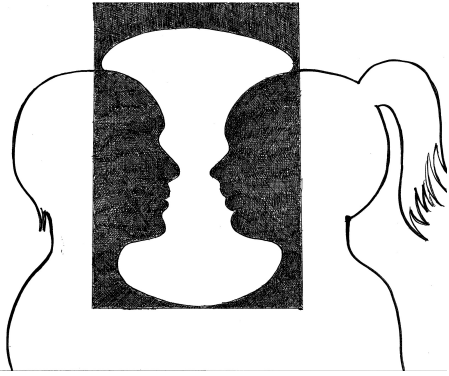


”Det är liksom en helhetsbedömning, en helhetssyn som man behöver skaffa sig om patienten. Det är så mycket vid sidan om som ska ordnas till. Mycket socialt, hur funkar det? Vilka kontakter behöver tas för att patienten ska kunna bli självständig igen?”

Figur 2. Omvårdnad är helhetssyn.<sup>2</sup>

2. *Omvårdnad är att samtidigt se både det friska och sjuka.* Här betonades att omvårdnad handlar om att både se det friska och sjuka hos den som behöver och får omvårdnad, oberoende av tillstånd. Utmärkande är att sträva efter att se det som kan skapa hälsa hos den andre, vilket kan inkludera resurser, erfarenheter, strategier, nätverk m.m. Här framhölls även att omvårdnad är att arbeta hälsofrämjande och att förebygga. För patienter med tillstånd/sjukdom som kräver behandling och vård kan detta ta sig uttryck i att identifiera och stödja resurser trots nedsatta funktioner.

<sup>2</sup> Anneli Pihlgren har gjort alla illustrationer i figur 2-10.



Figur 3. Omvårdnad är att samtidigt se både det friska och sjuka

”Många av våra patienter är så jättesjuka, ganska unga, i tidig ålder, och då är det lätt att säga han har det och det och psykiskt sjuk och rökare och hjärtsjuk och frånskild, ja inget jobb, allt detta, liksom få fram vilka resurser finns det? Vad finns att ta fram som är bra? Och så stärka det, då blir de tryggare.”

3. *Omvårdnad är att se behov bortom här och nu.* I diskussion om exemplifieringen av omvårdnadssituationer framkom betydelsen av att både bedöma och utgå från patientens aktuella situation och att se till behov som inte patienten adresserar eller tydligt för fram. Det kan också handla om att se till fler behov än de som i stunden behöver prioriteras eller att uppmärksamma risk för problem som kan uppstå om inte förebyggande insatser sätts in (t.ex. bedöma munstatus och sätt in förebyggande åtgärder för att undvika att problem uppstår). Detta innefattar att identifiera flera dimensioner av patientens behov. Betydelsen av att tänka långsiktigt i kombination med förebyggande betonades.



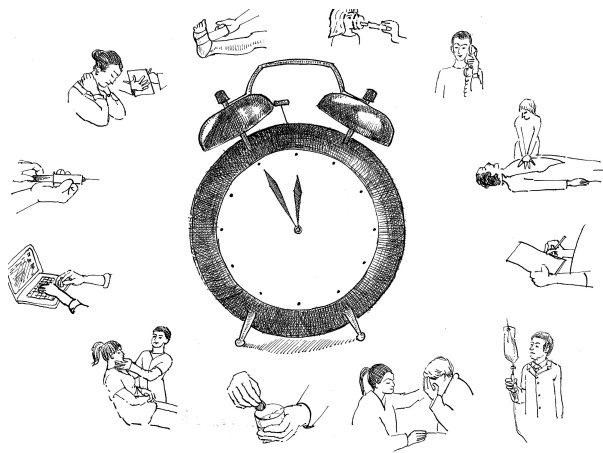
Figur 4. Omvårdnad är att se behov bortom här och nu.

...”jag kan säga efter att ha jobbat jättelänge, man känner det mer som naturligt. Eller det bara faller på plats, eller vad man säger, för man ser, så ibland behöver inte patienten säga något för man ser det ändå, man läser av det. Du mår inte så bra va?”

4. *Omvårdnad är att prioritera – tiden räcker inte till att ge omvårdnad och det finns en påtaglig tidspress i dagens vård.* Diskussionerna om prioritering berörde till stor utsträckning att tiden inom dagens hälso- och sjukvård inte alltid räcker till för att ge adekvat omvårdnad. I en del fokusgrupper diskuterades att detta inte enbart förekommer, utan att det kan ses som signum för vården idag. Dessa diskussioner inkluderade att medicinska perspektiv styr sjuksköterskors arbete på sätt som gör att omvårdnaden kommer i andra hand. Exempel som gavs inkluderade att sjuksköterskor inom kirurgiska verksamheter med läkare diskuterade ”hur går tillfrisknandet från operationen” medan hur patienten kommer hem, behov av omläggningar i hemmet, hemsjukvård osv. ”glöms av”, ges ej utrymme att diskuteras. Det medför att tiden för sjuksköterskor blir begränsad för att utföra omvårdnad och ”allt det andra”. Detta benämndes som att gå tillbaka ”till en typ av läkarassistentänk” och att ”ska man hinna med allt så får man jobba över”. Diskussionen om att tiden för omvårdnad inte räcker till rörde sig således från tidspress kopplat till för mycket arbetsuppgifter och för få sjuksköterskor till att medicinska perspektiv fungerar styrande så att omvårdnad nedprioriteras. Samtidigt förde andra fram att det i främst handlar om att sjuksköterskor inte



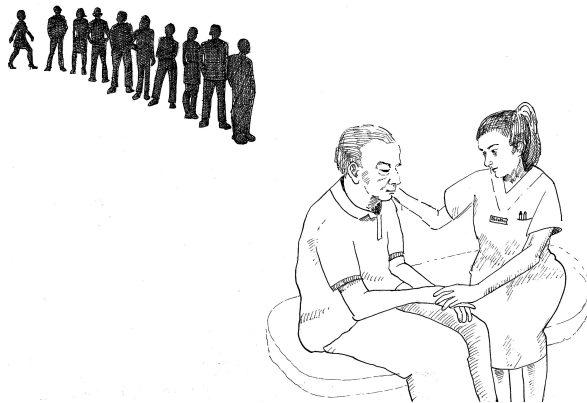
kan styra över sin tid (svara i telefon, delta i ronder m m.) och att det i mindre utsträckning handlar om att omvårdnaden prioriteras bort. När tidspressen blir uttalad framhölls att prioriteringarna kan göra det svårt eller omöjligt att tillämpa en helhetssyn på patientens omvårdnad.



”Omvårdnad, vilket för mig är att se hela patienten. De ska äta, dricka, kissa och bajsas. De ska inte ha sår och i så fall ska man lägga om dem. Hur mår de? Är de oroliga och behöver de en kuratorskontakt? Har de anhöriga som man behöver kontakta? Behöver de tvätta sig? Äter de inte? Mår de illa och så vidare. Det var inga problem med att fatta grejen i skolan. När jag började jobba så hade jag inte tid. För det var kampen mot klockan att hinna dela ut medicinen innan rondan... Jag hade inte tid att veta om de hade ätit eller druckit.”

Figur 5. Omvårdnad är att prioritera.

5. *Omvårdnad är att ta sig tid utan att visa att tid saknas.* Även om prioriteringar är utmärkande för omvårdnad på sätt som gör det svårt att arbeta utifrån en helhetssyn, så exemplifierade deltagarna hur omvårdnad genomförs på sätt så att patienten inte involveras i de utmaningar som hör till omvårdnadens vardag. Att ge patienten tid även om tiden är knapp.



”De visade inte att de hade ingen tid, där jag jobbade. Jag sa ni har så mycket att göra, men ni visar inte att ni inte har tid. För de väntar och sitter lugnt och pratar. Det gör dem trygga, patienterna, och de blir väldigt nöjda.”

Figur 6. Omvårdnad är att ta sig tid utan att visa att tid saknas.

6. *Omvårdnad är att vara ensam med ansvaret.* Deltagarna betonade sjuksköterskans ansvar och att många situationer kräver att hen måste fatta beslut på egen hand. Detta sågs inte som något motsatt till att sjuksköterskor ingår i arbetslag eller team. De framhöll att allt vårdarbete omfattar flera professioner och team, men att sjuksköterskan trots det i flera fall själv måste fatta beslut och i många situationer blir ensam med ansvaret. Detta diskuterades i relation till otydliga gränser för rollen som sjuksköterska, att sjuksköterskor sällan säger nej till arbetsuppgifter och att sjuksköterskor (särskilt inom slutenvård) träffar patienterna under längre tidsperioder än vad läkare gör. Tillsammans gör detta att uppgifter och ansvar läggs på – eller tas av – sjuksköterskor, vilket exempelvis kommenterades som ”vad händer om man säger nej till en uppgift, blir man anmäld då”. I patientsituationen är det också vanligt att

sjuusköterskan är själv, vilket kan betyda dels att varje sjuusköterskas erfarenhet kan påverka vad som görs och dels att sjuusköterskan kan se sig som ensam om att bära ansvaret.



Figur 7. Omvårdnad är att vara ensam med ansvaret

”Man hamnar i en situation där man många gånger blir ansvarig och beslutsfattande vad patienten får för vård när du är själv en kväll på din arbetsplats...och du tar det ansvaret och beslutar att jag måste ringa jouren. Det såg jag inte när jag utbildade mig till sjuusköterska, det stämde inte riktigt överens med det som utbildningen presenterade.”

7. *Omvårdnad är att följa checklistor och riktlinjer.* Deltagarna diskuterade att en del av omvårdnaden är att tillämpa riktlinjer, vårdprogram och checklistor. I vilken utsträckning riktlinjer kan följas behöver då bedömas i varje situation. I vilken omfattning detta kan ses som utmärkande för omvårdnad kan variera mellan vårdområden och vårdformer.



Figur 8. Omvårdnad är att följa checklistor och riktlinjer.

”Jag tycker vissa grejer i början är ju jättesvårt, för du har dina små checklistor som du går runt och tittar på. Men när man har jobbat i tio år sen så kanske man inte är lika bunden av dem. Checklisten blir lite så här, du gör allt på alla. Men när du har jobbat ett tag så kanske du kan se att jag behöver göra det här och lite till på den här, men på den där kanske man kan göra lite mindre.

8. *Omvårdnad handlar om människor som möts – att skapa trygghet.* Deltagarna talade om omvårdnad som mötet med patient och närstående. Att skapa trygghet framhölls som särskilt utmärkande för de mellanmänskliga mötena inom omvårdnaden.

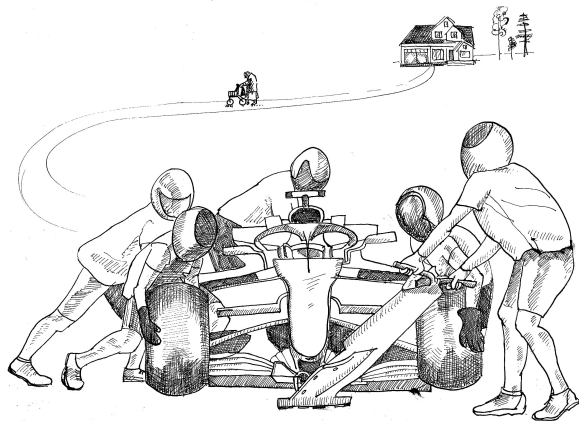


Figur 9. Omvårdnad är att skapa trygghet.

”Jag kanske kommer hit, man får prata, man får träffa människor. Det kanske gör att jag mår bra. Att prata med en annan människa, själva samtalet som omvårdnad. Det sociala, mötet, kommunikationen, att vara två människor som möts.”

9. *Omvårdnad är att möjliggöra för någon att leva sitt liv.* Utöver att direkt svara an till problem som patienten har i en aktuell situation (såsom smärta, svårt förflytta sig osv.) diskuterade deltagarna att omvårdnaden handlar om att se till patientens livssituation och vad

den enskilda patienten ser som viktigt i sitt liv. Då talade de om att i omvårdnaden ge förutsättningar och försöka göra det möjligt för patienten att leva så som hen önskar utan att värdera patientens livsföring. Detta knöt också an till att arbeta hälsofrämjande och förebyggande.



”För mig är det som en Formel-ett-bil som kommer in i depån för att byta däck för att kunna klara av att köra längre. Där ligger att jag ska hjälpa dig, så du kan gå ut och leva ditt liv så normalt som möjligt, så sköter jag allt runt omkring och vi tillsammans sköter det. Det ska mest vara tillsammans, men vi tar den tyngsta delen. Nu hjälper jag dig här och sen gör du det du vill göra med ditt liv. Det är samma sak när han kommer till depån. Vill du köra många varv långsamt eller vill du köra ett varv snabbt?”

Figur 10. Omvårdnad är att möjliggöra för någon att leva sitt liv.

### *Ytterligare föreställningar om omvårdnad som fördes fram*

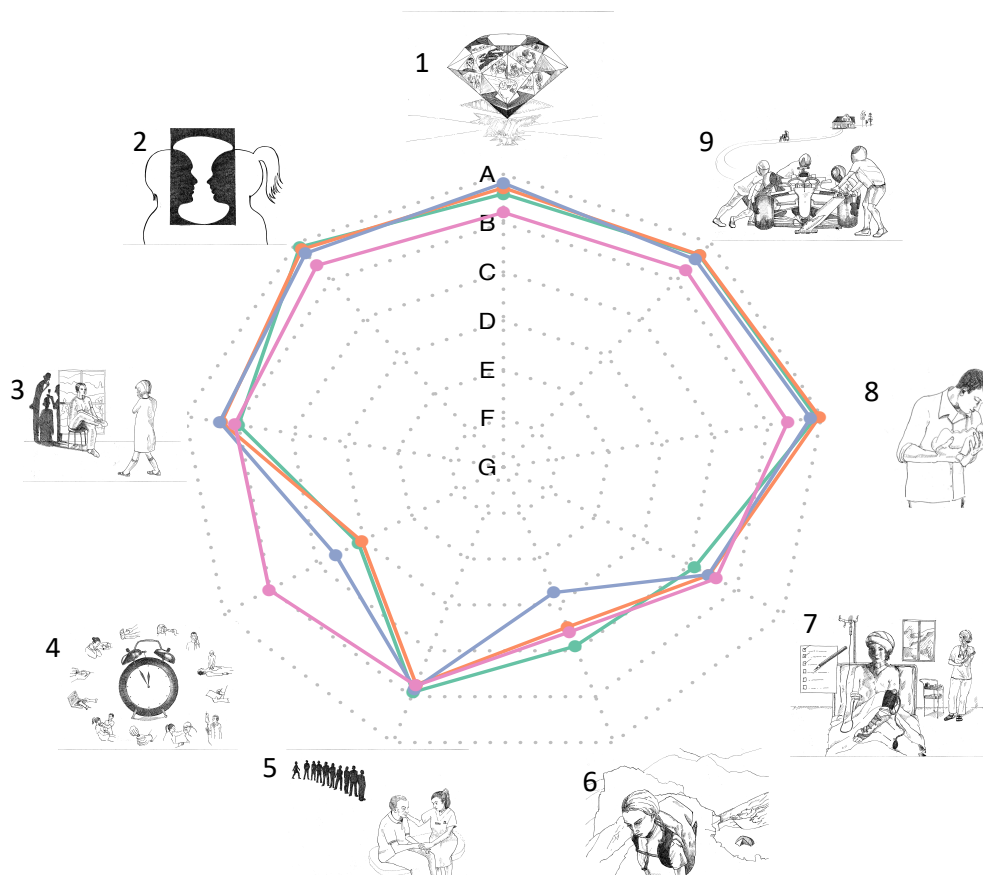
De nio identifierade föreställningarna om omvårdnad som presenterats ovan (baserat på de genomförda 17 fokusgrupperna) kan betraktas som att synliggöra vissa aspekter på bekostnad av att andra aspekter osynliggörs. Vi ställde därför vid de efterföljande seminarierna (till handledare, lärare och studenter) frågor om vilka ytterligare betydelsefulla eller inflytelserika föreställningar om omvårdnad som saknas. Svaren blev flera:

- teamsamverkan och interprofessionellt arbete
- att föra patientens talan
- person-centrerad vård
- pedagogik och undervisning
- ”superkvinnan” och ”kameleont”
- spindeln i nätet
- kulturell omvårdnad
- kontext
- kunskapssyn på hälsa
- den tysta kunskapen
- patientsäkerhet
- systematiken i omvårdnadsprocessen
- tekniska moment
- döden
- att trösta
- etik
- mod

Flera knöt sådana exempel mer tydligt till sjuksköterskans yrkesutövning än till omvårdnad som ämne. Några specificerade en del av dessa föreställningar, såsom en student som framhöll ”en nyanserad bild om sjuksköterskans uppgift i teamet bland olika professioner, lite som ’spindeln i nätet’”. Andra, särskilt studenter förde fram betydelsen av bilder om professionalitet, ”att det krävs kunskap för att utföra omvårdnad” och professionell stolthet: ”att vi som valt att jobba inom/med omvårdnad är stolta över vad vi jobbar med”. Enstaka studenter efterlyste även ”att mycket tid satsas på dokumentation istället för att satsa på omvårdnaden av patienten” och beskrivning av ”hur partnerskapet ser ut mellan patient och sjuksköterska”. Dessutom framförde några att det är svårt att bryta ut delar av ämnet, vilket också kan ses som utmärkande. Ytterligare några studenter påtalade att de inte relaterar föreställningar om omvårdnad till VFU för där ”är mer fokus på patienterna”, vilket skulle kunna vara uttryck för att omvårdnad i större utsträckning ses utgå från sjuksköterskan än patienten. Kopplingen mellan sjuksköterskans (inkl. studenter) och allmänhetens syn på omvårdnad efterfrågades också.

Av dessa ytterligare föreställningar var teamsamverkan den som nämndes mest frekvent. Några studenter, handledare och lärare förde fram teamsamverkan som mer kännetecknande

och viktigare än att det inom omvårdnad handlar om att som sjuksköterska vara ensam med ansvaret och som en student formulerade: ”egentligen handlar det väl om att arbeta med varandra och hjälpa” (studentens understrykning). Vårt tydliga intryck är att diskussioner om att ha ett team att tillgå kontra att vara ensam med ansvaret blev till de mest brännande och kontroversiella diskussionerna med deltagarna vid seminarierna – och att sådant ifrågasättande blev som kontrast till samförståndet kring frågan i fokusgruppernas diskussioner. Troligen blev diskussionerna laddade utifrån skilda antaganden om föreställningarna avsåg karaktärisera realiteter eller ideal för omvårdnad. Exempelvis fördes fram att sjuksköterskor har ett team att tillgå och vi måste se det som resurs. I fokusgrupperna var det gemensamma däremot att deltagarna betonade att sjuksköterskan i flertal situationer får bära ansvaret själv för de beslut som tas vad gäller omvårdnad.



- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1. Omvårdnad är helheten – helhetssyn.  | ● Chef/ledare/kvalitetsutvecklare    |
| 2. Omvårdnad är att samtidigt se både det friska och sjuka.   | ● Lärare/forskare                    |
| 3. Omvårdnad är att se behov bortom här och nu.   | ● Sjuksköterska/röntgensjuksköterska |
| 4. Omvårdnad är att prioritera – tiden räcker inte till att ge omvårdnad och det finns en påtaglig tidspress i dagens vård. | ● Student sjuksköterskeprogram       |
| 5. Omvårdnad är att ta sig tid utan att visa att tid saknas.  | A håller verkligen med               |
| 6. Omvårdnad är att vara ensam med ansvaret.  | B instämmer                          |
| 7. Omvårdnad är att följa checklistor och riktlinjer.   | C håller med någorlunda              |
| 8. Omvårdnad handlar om människor som möts – att skapa trygghet.  | D neutral                            |
| 9. Omvårdnad är att möjliggöra för någon att leva sitt liv.   | E håller inte riktigt med            |
|   | F håller inte med                    |
|   | G håller verkligen inte med          |

Figur 11.Handledares, lärares och studenters uppfattning av nio identifierade föreställningars betydelse som relevant fokus för lärandet av omvårdnad i VFU.

## *Handledande sjuksköterskors, lärares och studenters uppfattning av de nio föreställningarna om omvårdnad*

Vid seminarierna med handledande sjuksköterskor, lärare och studenter fick deltagarna ta ställning till de nio identifierade föreställningarna om omvårdnad. Frågan som ställdes var om respektive föreställning utgör ett viktigt fokus för lärandet i VFU. Svartalternativen var en likertskala med sju svartalternativ graderade från ”håller verkligen med” till ”håller verkligen inte med”.

Det var totalt 161 som deltog i dessa omröstningar, varav 53 sjuksköterskor/röntgensjuksköterskor (varav 21 bas- eller huvudhandledare), 69 studenter, 29 lärare/forskare och 10 chefer/ledare/verksamhetsutvecklare. I vilken utsträckning dessa instämde i att de nio föreställningarna om omvårdnad utgör viktigt fokus för studenters lärande i VFU framgår i figur 11. Överlag var det stort samförstånd mellan skattningarna av de olika grupperna och alla instämde övervägande i att alla nio föreställningarna om omvårdnad utgör viktigt fokus för studenters lärande i VFU. Två av föreställningarna visade dock på vissa påtagliga variationer: föreställning 4 och 6. Studenter instämde i större utsträckning till att ”omvårdnad är att prioritera – att tiden inte räcker till för att ge omvårdnad” jämfört med de övriga grupperna. Att denna fråga visade störst spridning i svaren bör dock ses i ljuset av att denna fråga blev mest omdiskuterad och flera deltagare påtalade att den var otydligt ställd. Alla grupper var i mindre utsträckning instämmande till att ”omvårdnad är att vara ensam med ansvaret” jämfört med de övriga föreställningarna och sjuksköterskor instämde minst till detta jämfört med övriga grupper.

## **Sjuksköterskors och studenters resonemang om hur omvårdnad kan läras**

I fokusgrupperna som låg till grund för de ovan presenterade nio föreställningarna om omvårdnad ställdes även en fråga om lärande: ”vad behöver du kunna för att utföra omvårdnad?” Detta diskuterades i olika delar av fokusgrupperna och en beskrivande analys identifierade tre huvudsakliga delar i detta lärande.

*Lärande om omvårdnad sker genom kommunikation.* Kommunikativa färdigheter diskuterades som förutsättningar för att utföra omvårdnad då det sågs som grundläggande i möten med andra. Detta framhölls i sin tur förutsätta att vara intresserad av och nyfiken på andra människor, hur andra kan tänka, uppleva, känna osv. Basen för detta är teoretisk kunskap vad gäller såväl vad kommunikation handlar om som att veta hur kommunikation kan genomföras. Deltagarna framhöll att kunskap om olika tekniker och teorier kan vara en grund, men sedan är det ganska långt från att läsa om kommunikation och veta hur det kan genomföras till att faktiskt kunna göra det i praktiken. Kommunikativ erfarenhet kan fås från upprepade möten med patienter. Det ger möjligheter att skapa perspektiv till konkreta situationer och bli bättre på att bemöta patienterna.

Ögonkontakt framhölls som primärt, att ta i hand, hälsa och presentera sig. Humor som en del av kommunikation lyftes av deltagarna. Humor i omvårdnaden ansågs ”inte fel”, då det kan ge hjälp att avdramatisera och finna vägar om både möjliga och lämpliga samtalsämnen – med patient och/eller närstående.

*Lärande om omvårdnad sker genom reflektion.* Utförande av omvårdnad sågs av deltagarna förutsätta att personen kan reflektera. I intervjuerna återkommer resonemang om reflektionens betydelse. Deltagarna framhöll i flera sammanhang att de gör det, men det var ingen som förklarade hur de lärt sig reflektera på sätt som fungerar konstruktivt i lärande av omvårdnad. I en fokusgrupp förklarade deltagarna (sjuksköterskor) kort hur de reflekterar till exempel tillsammans med studenter. Det beskrivs då som att de varit i en situation och skaffat en

gemensam erfarenhet, avslutat ("klivit ur") situationen och därefter tillsammans tillägnat sig perspektiv på det som inträffat genom att gå tillbaka till situationen, gemensamt diskuterat vad som hände och kan ha påverkat eller format situationen. Detta beskrivs som att "landa i tanken".

Betydelsen av reflektion framhölls på flera sätt och gavs särskild vikt i utmanande situationer eller när resultatet av genomförd omvårdnad inte blivit det önskvärda. Reflektion förs även samman med personlig utveckling och självkännedom, vilket framhölls som väsentligt för att skapa relationer och utnyttja de mellanmännsliga dimensioner som deltagarna såg kännetecknande för omvårdnad. Det ansågs viktigt för att med självkännedom kunna lyckas möta patienter och närstående. Därmed diskuterades det nära förknippat med att kunna förstå vad sjuksköterskan själv "kan framkalla hos patienten" så att kommunikationen blir utifrån patientens behov och situation. Flera konkreta vägar nämndes för att träna och åstadkomma detta. Däribland dramaövningar för att känna på situationer i trygga sammanhang, men även handledning av olika slag och att observera och reflektera över hur andra agerar.

*Lärande om omvårdnad sker genom att se helheten.* Genomgående i fokusgrupperna finns resonemang om att kunskap och färdighet i att kunna se helheten krävs för att utföra omvårdnad. Lika gemensamt i fokusgrupperna är att det kan vara svårt att se helheten för den som är nyexaminerad sjuksköterska. Detta beskrivs som att omvårdnaden i början av yrkeskarriären blir uppgiftsorienterad och att "man gör det man ska". I början blir det "delar" som uppmärksammas av sjuksköterskan och att det för de flesta är mycket svårt att tillämpa helhetssyn, vilket medför att "hela människan" går ej att se. Att det är en patient, en person, kan då blir som en "upptäckt". Jämförelser gjordes i diskussionerna exempelvis till att ta körkort. "Alltså man får sitt körkort men man är inte bäst på att köra bil i början. Det blir man genom erfarenhet, att man är ute och kör mkt". I det sammanhanget lyftes att se sjuksköterskeprofessionen som ett livslångt lärande och att det "faktiskt måste vara okej att ha det här tunnelseendet i början när man är ny". "Man kan inte ha koll på helheten och allt från dag ett." Livslångt lärande som perspektiv för att lära omvårdnad underströks särskilt av flera deltagare i fokusgrupperna som var sjuksköterskor och studenter (eller nyligen varit det) i specialistutbildning eller mastersutbildning. De sa att det var under specialistutbildningen som de "fattade" och "kunde koppla ihop" omvårdnad med praktik. De som gick mastersutbildningen sa att det först var då som de såg att värdet av att ha läst omvårdnad under grundutbildningen.

Vidare anses förmågan att se helheten komma med erfarenheten och det är även kopplat till att "ha lärt sig" förekommande medicinsk-tekniska uppgifter. Det är först då det går att "se det andra". Att det finns tydliga strukturer och PM att följa framhålls som väldigt viktigt i början av yrkesverksamheten. Det ger trygghet innan den egna erfarenheten tillägnats. För att tillägna sig kunskap att tillämpa en helhetssyn diskuterade deltagarna också betydelsen av att veta hur kunskap om patienten kan sökas och kunna tänka kritiskt, för genom att kritiskt reflektera kring den kunskap sjuksköterskan får om patienten går det att få en mer komplex bild av patienten.

Deltagarna framhöll även att sjuksköterskan ska ha kunskap om patienten/personen som vårdas och att antingen har sjuksköterskan skaffat den kunskapen själv eller av kollegor genom att jobba i team. Att se helheten beskrevs i det sammanhanget även omfatta sjuksköterskans samordnande funktion, såsom att veta vad till exempel fysioterapeuter, arbetsterapeuter och andra yrkeskategorier har för expertis blir det också möjligt för sjuksköterskan att samordna insatser runt patienten.

## Pedagogiska-didaktiska konsekvenser

Studenter, handledare och lärare inbjöds efter presentationerna av de nio identifierade föreställningarna om omvårdnad att skriva ner svar på frågor om det var några betydelsefulla eller inflytelsefulla föreställningar om omvårdnad de saknade (redovisade ovan), om några föreställningar varit utmanande i VFU och i så fall hur de kan hanterat dem, hur omvårdnad som ämne kan göras tydligt i utbildningen inklusive VFU och övriga kommentarer. En del studenter hänvisade till eller gav stöd till argumentationen från aktuell forskning, vilket inte var lika vanligt i lärarnas svar även om det förekom. Detta kan dock i första hand spegla att studenter lämnade individuella svar och lärarnas var anteckningar från gruppdiskussioner.

### *Studenters öppna svar om konsekvenser för utbildningen*

Flera svar bekräftade de föreställningar om omvårdnad som rapporterats ovan. Exempelvis framhöll studenter det utmanande i VFU ”att se helheten i VFU för att man är så uppe i att lära sig så mycket som möjligt”. Tidspress kommenterades även av studenter som kraftigt utmanande inom VFU då det ”även gör att handledaren inte har tillräckligt med tid till studenterna och hjälpa oss att se helheten”. Det kan även handla om att arbetsvillkoren för handledarna kan skifta snabbt så att egentlig handledning inte blir möjligt, såsom att ”under alla mina VFU-perioder har det någon gång brutit ut kaos till följd att handledaren sagt: nu får du bara hänga på”. Detta för några studenter fram som frågor som påverkar lärandet i VFU men det påverkar däremot inte direkt omvårdnadsämnets tydlighet i VFU, vilket framgår i följande exempel:

Jag tycker att vi pratar mycket om omvårdnad och att man får med sig en strävan efter att göra sitt bästa. Sen möts man av tidsbrist, en trötthet i praktiken, men tycker ändå att utbildningen lyfter vikten av omvårdnad.

*Tydliggör vad omvårdnad som ämne omfattar.* Betydelsen av att kortfattat kunna förklara och peka ut vad omvårdnad är togs upp vid seminarierna och finns i svar från flera studenter, som även kopplar betydelsen av detta till allmänhetens syn på omvårdnad:

I utbildningen har vi arbetat med många olika begrepp och teorier om omvårdnad så att allt blir abstrakt så att t.o.m. vi inte kan förklara vad omvårdnad är. Hur ska då andra förstå och värdesätta omvårdnadsyrken. Viktigt att det blir tydligare så att fler förstår varför det är viktigt.

Detta framhålls särskilt betydelsefullt då ”folk i allmänhet tror att alla håller på med omvårdnad, framförallt undersköterskor” och att:

Att erfarna sjuksköterskor kan promota att det inte är under deras ansvar och enbart lägga det på undersköterskan. Det är absolut undersköterskan som främst ger omvårdnaden för att sjuksköterskan har andra uppgifter. Men om sjuksköterskan blir ensam måste hen hjälpa till. Jag frågade en sjuksköterska varför hon inte ville hjälpa patienten till toaletten och fick till svar att det var undersköterskans uppgift. Frågade då om vi kunde hjälpa till för det var bara vi där.

Därför efterlyser flera studenter klagande vad olika yrkesgrupper har för uppgift och mandat medan andra är mer tydligt frågande inför vad omvårdnad omfattar, så som följande exempel.

Oerhört flummigt begrepp. Konkretisera och korta ner! Ge exempel på olika situationer och vad man skall göra. Påvisa exempel vad god omvårdnad leder till. Exempelvis att en patient som själv kan förse sig med smärtstillande (smärtpump)

leder till trygghet hos patienten och till att patient faktiskt tar mindre smärtstillande.

Som konsekvens av sådan otydlighet efterfrågar en del studenter en gränsdragning mellan omvårdnad och näralliggande ämnen, ”t.ex. är kontroll av blodtryck en [del av] omvårdnad”? Gränsdragningar berör även sjuksköterskors och undersköterskors arbetsuppgifter och uppdrag, vilket kompliceras av att ”vi lär oss massa men sen görs det sällan av sjuksköterskor”.

*Hur omvårdnad görs tydligt i utbildningen är mer problematiskt än om ämnet är tydligt eller borde göras mer tydligt.* Det är påfallande många studenter som för fram att omvårdnad som ämne redan görs tydligt i utbildningen. Det är inte där problematiken finns för flera fram. De som ger andra svar fokuserar vanligen att betydelsen av omvårdnad behöver förtydligas och belysas tydligare, som följande student.

Vad leder god omvårdnad till? Visa exempel så att man fattar varför det är bra.  
[...] Kanske bra att ’jämföra’ eller visa hur omvårdnad ser ut i andra länder för att också få veta hur bra och viktigt omvårdnad är.

Detta kan ses som uttryck för att frågan för studenter i första hand inte handlar om att göra omvårdnad mer tydligt i utbildningen utan *hur* ämnet tydliggörs. Studenter framhåller i enkätsvaren exempelvis att de behöver tydligare fokus på hur teoretiska kunskaper kan omsättas praktiskt, hur en helhetssyn kan uppnås, hur olika kunskapstyper kan integreras och syntetiseras samt reflektera över och i handling. Utbildningen uppfattas av några studenter ha ”mycket fokus på teorier och inte hur man ska använda sig av dessa i det kliniska arbetet”. En viss variation om hur detta uttrycks märks, vilket kan relateras till ett kontinuum från betoning av omvårdnadens aktuella praktik (”en realistisk syn på hur det ser ut i verkligheten”) till betydelsen av att i utbildningen skaffa kunskap som ger en kritisk distans och möjlighet till reflektion över aktuell praktik. När den aktuella praktiken betonas tar det sig exempelvis uttryck som att det utmanande i VFU enligt studenter är ”tiden, att hinna lära sig allt, allt som VFU erbjuder och som skolan inte kan lära på samma sätt” och att hantering av tiden kan vara mycket utmanande eftersom det är ”svårt att veta vad som ska prioriteras”. Som en konsekvens finns ”ibland risk att fastna i att-göra-listor”.

Studenter efterlyser på olika sätt att bedömning av patienter, kliniska bedömningar, i större utsträckning borde behandlas i utbildningen. Detta kan också ses som uttryck för hur ämnet görs tydligt i utbildningen. I detta sammanhang lyfts betydelsen av att identifiera olika typer och dimensioner av behov och problem fram, särskilt bedömning av kroppsliga funktioner och vitala parametrar för ”... det är också omvårdnad för att veta hur patienten mår”.

Särskilt fokus på fysiska bedömningar och åtgärder saknas i utbildning och VFU. Som student får vi inte lära oss grunderna i hur detta bedöms (t.ex. kroppsundersökning). Detta är visserligen bara en del i omvårdnaden, men en viktig del. Forskning visar dessutom att om patienten upplever sjuksköterskan kompetent ökar även tillfredsställelsen av vård/omvårdnad.

*Balansera förhållandet mellan omvårdnadens tekniskt-praktiska dimensioner och dess mellanmänniska dimensioner.* Alla deltagare för fram svar som kan ses som uttryck för att mellanmänniska dimensioner utgör självklar del av omvårdnadsämnet. Huruvida tekniskt-praktiska dimensioner hör till ämnet eller ej är antingen otydligt eller antas ligga utanför ämnet, som en student formulerade att ”som sjuksköterska ska man även kunna alla tekniska moment samtidigt som man ska ha hand om omvårdnaden”. På liknande sätt för en del studenter fram kommentarer som ger uttryck för att det i praktiken går att skilja mellan det som hör till omvårdnad och det som hör till medicin och att det då inte är omvårdnad som är



utmanande i VFU: ”det är så mycket mer som skall bemästras innan omvårdnad blir relevant för mig som student, mer det medicinska först”. Inom detta synsätt föreslår studenter ”mer övningar kring tekniska delar och praktiska dokumentationsprogram som vi möter ute”, vilket även sätts i motsättning till en betoning av examensarbete ”och referenser”.

Studenter hade få invändningar till att omvårdnad kännetecknas av prioriteringar utan gav bekräftande kommentarer om att de ”inte har tid till omvårdnad även fast det är nödvändigt, detta leder till att man inte känner sig tillräcklig, vilket leder till att arbetet blir psykiskt påfrestande”. Några framhöll det särskilt utmanande i VFU att både vara effektiv och hinna möta och se patienten, vilket studenter ibland hanterar ”genom att jag stannat upp vid en patient och handledaren går vidare till nästa”. De reste också kritiska kommentarer om förhållandet mellan professionell och informell omvårdnad, vilka ibland gav uttryck för normer om vad som borde kunna förväntas av närstående såsom i följande citat av student.

Mycket fokus läggs på att sjuksköterskan skall förse all omvårdnad.  
Vänner/familjen tar inte så stort ansvar i Sverige. Lägga mer tid på att involvera anhöriga dels för att underlätta för vårdpersonal, men även för patientens skull?

I detta sammanhang för några studenter fram att betydelsen av patientens egna resurser och ansvar för omvårdnad inte är tydligt i de nio presenterade föreläsningarna. Andra lyfter fram aspekter av omvårdnadens mellanmännsliga dimensioner som utmanande, såsom ”att inge trygghet, svårt att veta hur man ska göra det tryggt”.

Några studenter för fram utmaningar kopplat till omvårdnadens mellanmännsliga dimensioner och särskilt sjuksköterskors attityder till patienter som uppfattas särskilt krävande och utmanande att möta. Då nämns exempelvis personer med icke-svensk bakgrund, patienter med demens och psykisk ohälsa. I dessa sammanhang ger kommentarerna uttryck för kritiska reflektioner över förhållande synsätt i vården, såsom att:

Mötet med patienter som rapporterades över som besvärliga, vilket färgar sjuksköterskans attityd gentemot denne. Ibland blir vissa personer mindre omvårdade för att de inte anses vara ’en bra patient’. Det känns ibland jobbigt att möta.

Andra formulerar denna problematik i termer av makt istället för attityder, såsom ”maktutövning, att många sjuksköterskor bestämmer mycket över patienten, när de ska lägga sig, när de ska sitta, etc”. Ytterligare några studenter relaterar mer implicit till omvårdnadens mellanmännsliga dimensioner genom ”att fokus många gånger flyttas från omvårdnad till att bli mer inriktat på praktiska/kliniska detaljer eller ekonomifrågor”. Att på detta sätt relatera utmaningar i omvårdnad till samhällseliga villkor och utmaningar är dock inte framträdande i studenters svar.

*Ytterligare pedagogiska konsekvenser.* Studenternas kommentarer pekar ofta implicit, och i en del svar explicit, på önskemål om att förändra den ämnesdidaktiska praktiken i utbildningen. Som redan visats ovan handlar detta om att tydliggöra vad omvårdnad som ämne omfattar, och då särskilt göra det på sätt som konkretiserar och relaterar ämnet till olika typer av patientsituationer, vårdssammanhang, patientgrupper osv. Vidare att både tydliggöra och integrera omvårdnadens tekniskt-praktiska dimensioner och dess mellanmännsliga dimensioner. Här ett exempel från en student som utvecklade dessa resonemang:

Jag tror att omvårdnad måste beskrivas och förklaras på mer konkreta sätt än det görs i utbildningen idag. I de fem terminer jag har avklarat upplever jag att omvårdnad har beskrivits väldigt abstrakt och med otillräcklig anknytning till vård framtida yrke. Resultatet har blivit att många studenter slår dövörat till så fort vi

ska prata omvårdnad eftersom det inte ger något. Jag tror att bättre sätt hade varit att med hjälp av tidigare studier visa konkret vilken effekt god omvårdnad har på patienten, vårdteamet och hela arbetsmiljön. Sedan måste studenterna utbildas i HUR det är möjligt att implementera det i verksamheten: Hur ska man konkret göra när man upplever att tiden inte finns? Hur ska man konkret göra när man känner sig motarbetad av sina kollegor eftersom ens prestation ofta mäts i hur snabbt man kan bocka av alla punkter på sin to-do-lista?

När handledare lägger vikt på omvårdnaden under VFU, i praktiken, visar de för studenter hur viktigt perspektiv det är. Samtidigt är det för studenten betydelsefullt att inte tilldelas alltför många olika uppdrag i början av en VFU-period. Några studenter föreslår ”mer praktik på avdelningar” för att ämnet ska bli tydligare i utbildningen, medan andra för fram att bedömning av ”helheten” behöver betonas. Andra för fram att både ”medicinsk-tekniska färdigheter” och ”samtalsmetodik” behöver stärkas, för ”det är svårt att samtala med patienter då vi inte har tillräckligt med kunskap om hur man samtalar, och att inte veta vad man ska svara även om alla frågor inte alltid har ett svar”. Bland förslag från enskilda studenter finns även att i utbildningen integrera omvårdnad med ”sjukdomslära”, bedömning av sjukdomstillstånd och omvårdnad. Förslag lämnades om att ”koppla alla åtgärder som utförs i praktiken till patienternas sjukdomstillstånd”. Undertexten i sådana kommentarer kan ses som uttryck för att dessa områden idag separeras. Åter andra för fram att det i utbildningen saknas utbildning om prioriteringar och samordning av patientens vård och teamets insatser. Utifrån de presenterade nio föreställningarna framhåller några studenter att det är väsentligt att inom utbildningen inkludera hur ”tidsbrist och ansvar” kan hanteras i omvårdnadens praktik.

Några studenter för fram att psykosociala och/eller organisatoriska problem på VFU-enheter kan bli utmanande för dem. Tidspressen anses av studenter riskera att handledaren inte ”alltid har tid till att vara handledare” och att mer tid används framför datorn än hos patienter. I samband med detta ger några kommentarer som pekar på maktordningar inom hälso- och sjukvård som en student formulerade att ”... sjuksköterskor behöver förhålla sig till läkarens tidsplan – inte tvärt om”. Redskap saknas för att hantera tidsbrist, vilket även kan påverka den bild studenten får av sjuksköterskans arbete och omvårdnaden såsom denna student förde fram:

Att sätta sig ned och prata med en patient finns det oftast inte tid till. Man kan jobba effektivt en hel arbetsdag med sin handledare utan att ha satt sig ned och tagit tid med patienten.

Några studenter för fram oro eller osäkerhet kopplat till att arbetsvillkoren inom hälso- och sjukvården uppfattas som pressade och att personal sinsemellan inte har tid att dela erfarenheter. Detta förs fram som exempel på när föreställningar om omvårdnad varit utmanande i VFU, såsom att ”stressen, viljan att hinna göra allt. Det oroar jag mig för inför mitt kommande yrkesliv. Att göra fel pga. stress”. Detta relateras även till utmaningar i VFU för att kunna ”... bygga upp tillitsfullt självförtroende för att kunna stå där själv snart”. En del av detta är en föreställning om att villkoren inkluderar att som sjuksköterska möta situationer där det inte finns någon annan att fråga om råd.

### *Lärares diskussion om konsekvenser för utbildningen*

Diskussionerna som lärarna hade bekräftade främst föreställningar om att omvårdnad utgår från helhetssyn och utmaningar för studenter att tillägna sig och framförallt tillämpa det. Lärargrupperna var särskilt kritiska till och delvis frågande inför föreställningen om att omvårdnad handlar om att prioritera, vilket till del kan förklaras av att detta vid

presentationen var formulerat som att "tiden räcker inte till för att ge omvårdnad". Motargument som fördes fram var att detta enbart är en påverkansfaktor, ej karaktäristik, och "ge stöd till studenter att kunna se hur och vad som går att prioritera". Diskussionen rörde tre huvudsakliga teman av normativ karaktär kopplat till utveckling av utbildningen som presenteras nedan. Notera att denna diskussion i sin helhet kom att fokusera sjuksköterskeprogrammet (eftersom diskussionen var del av arbetsdag för detta program).

*Förtydliga vad som avses med omvårdnad.* Detta talade lärare om som ett ansvar för institutionen och som behövs i kommunikation och dialog med såväl samhället i vid bemärkelse, vårdverksamheter och studenter. Det som behöver förtydligas inkluderade:

- ämnets fokus och område
- konsekvenser och betydelser av att ämnet är svårdefinierat såsom att omvårdnadsobservationer och -åtgärder kan integreras och döljas i exempelvis utdelning av matbrickor och spontana möten
- ämnets grund i normativ etik,
- motiv till att ideal för omvårdnad kan vara av vikt ("vi måste utbilda för ett ideal, vi kan inte säga 'det här är viktigt men det kommer ni ändå inte hinna'")
- hur det vuxit fram historiskt
- dess förhållande till medicin.

Denna diskussion påtalade också det paradoxala i att omvårdnad är svårt att definiera när sjuksköterskor är en yrkesgrupp som allmänheten har stor tilltro till – i det avseendet är det tydligt vad som förväntas av sjuksköterskan samtidigt som ämnet är otydligt.

Behovet av att förtydliga vad omvårdnad handlar om sammanföll delvis med diskussion om att omvårdnad av studenter kan uppfattas som "flum". Frågor som lyftes var "vet vi hur studenter uppfattar kurser? "vad är flum?" "är det enbart rykten?" Att få kunskap om sådana frågor ansågs viktigt eftersom det kan finnas en risk att synpunkter anammas från "de som ropar högst". Ytterligare konsekvens av att ämnet kan uppfattas otydligt är att kurser i omvårdnad kan uppfattas mindre krävande än andra ämnen. "Där tappar vi möjlighet till yrkesstolthet", menade några för om kurskamrater kan klara av utbildningen med liten ansträngning då kan det av studenter uppfattas som att "de blir ju godkända, så då är det väl inget särskilt att bli sjuksköterska". Vikten av att förtydliga omvårdnadsämnet kopplades på det viset till sjuksköterskors yrkesstolthet.

Även om omvårdnad är ett omfattande ämne ansågs det vara av stor betydelse att både lärare och studenter ska kunna klara "hiss-testet" att kunna säga vad det är på en halv till en minut. Detta sågs inte i motsättning till att också kunna diskutera och förklara mer nyanserat vad omvårdnad handlar om med fördjupande resonemang. Men betydelsen av att också kunna förenkla relaterades till att exempelvis kunna lobba gentemot företrädare och ledare inom hälso- och sjukvård och omsorg, vilket också kan ske genom att dra nytta av etablerade samarbeten kopplat till verksamheter med VFU. För att kunna göra detta framhölls betydelsen av att känna till forskning som påvisat effekter av omvårdnad på befolkningsnivå (välbefinnande, överlevnad m.m.) och relaterat till exempelvis bemanningsstruktur. I sådana sammanhang lyftes också betydelsen av att forskningen bidrar med hälsoekonomiska analyser.

Ytterligare aspekter av ämnet som kan behöva förtydligas fördes fram som att vissa omvårdnadsteman inte är unika för ämnet. De teman som särskilt nämndes var kommunikation och relation. Detta är centrala teman i flera ämnen och "viktigt för alla professioner", vilket kan ses som uttryck för underliggande antagande om att utmärkande kännetecken/komponenter för ett ämne bör vara unika och därigenom ge möjligheter att särskilja från andra ämnen. Synpunkter om att centrala teman skulle kunna vara delade eller gemensamma för flera ämnen framkom ej.

*Välj didaktiska strategier som konkretiserar omvårdnad.* Utgångspunkten för didaktiska val i omvårdnad diskuterades utifrån (påfallande konsensus om) antagandet att det kan vara svårt (eller omöjligt) för studenter i början av utbildningen att ”se helheten”. Arbetsformer och lärandeaktiviteter kan därför behöva utformas så att studenter får hjälp att överblicka och förstå hur tillämpning, prioritering och konsekvensanalys kan genomföras. Centralt framhölls att fokusera omvårdnad som process där särskilt patientbedömning, omvårdnadsåtgärder och dokumentation lyftes fram. Detta relaterades också till att använda ”fall”, konkreta exempel, men också att fall måste relateras till vidare sammanhang (förutsättningar och villkor för genomförande av vård och individers hälsa, ojämlika livsvillkor osv.). Detta sågs som viktigt då ”vi gör det alltför komplext och omständligt”. Förenkling kan också ha sin plats. Vikten av att utnyttja olika pedagogiska resurser som stödjer konkretisering för att främja lärande framhölls också, t.ex. ALC, student-lär-student och drama. Vidare att mer fokus bör läggas på pedagogiska och didaktiska strategier än på examination (underförstått att vi idag lägger väl så mycket fokus på examinationer) samt säkra att examinationer också konkretiserar vad omvårdnad handlar om.

En följd av att helhetssyn kan vara särskilt svårt att tillämpa i början av utbildningen sågs som att helhetssynen kan behöva fokuseras under sista året i sjuksköterskeutbildningen. Då bör delar som också behandlats tidigare under utbildningen integreras, t.ex. kunskap med grund i humanvetenskap, humanbiologi och patofysiologi osv. Lärare poängterade vidare att detta måste göras för att säkra progression från termin ett till termin sex.

I samband med diskussioner om att omvårdnad inom utbildningen bör konkretiseras lyftes även att omvårdnadsfilosofi behöver lyftas fram. Detta kan ju ses som en paradox. Vi har uppfattat lärares kommentarer som att konkreta situationer och fall bör kopplas till både aktuell empirisk forskning, teoretiska perspektiv och filosofiskt-etiska grunder för omvårdnad. Detta diskuterades i relation till betydelsen av att studenter tillägnar sig verktyg för kritisk reflektion och förmåga att både genomföra omvårdnad och att argumentera för vad omvårdnad handlar om och kan ha för betydelse – för patienten, närstående, teamet och samhället i stort.

Ytterligare dimension i didaktiska strategier utgörs av hur omvårdnad och medicin behandlas: skall det integreras eller lärs det bäst var för sig. Inga svar gavs till detta, men en central fråga som lyftes var ”vet studenter när det integreras och när det läses var för sig?”. Detta pekar på betydelsen av att i undervisningen metakommunicera och förtydliga vad som studeras och särskilt vilka kunskapsområden som utgör grund för kurser/moment präglade av integrationskod.

*Förtydliga faktorer som påverkar möjligheter att utöva omvårdnad.* Diskussionen kretsade här kring flertal faktorer som påverkar sjuksköterskors utövande av omvårdnad. Att den enskilda sjuksköterskan kan ha gedigen kunskap om omvårdnad men verkar i ett sammanhang där förväntningarna kan betona andra områden inom sjuksköterskors yrkesfunktion, dvs. yrkesfunktionen omfattar vanligen fler områden utöver omvårdnad. Bland de faktorer som diskuterades märktes särskilt tid, ledarskap och resurser i vidare bemärkelse. Här noterades omvårdnadens potential att spara resurser. Här återkom diskussionen till utmaningar med att definiera omvårdnad vilket kan bidra till att kunna peka ut omvårdnadens bidrag inom den totala hälso- och sjukvården. Vidare att brist på tid kan kräva omfattande prioriteringar, men hur prioriteringar ska behandlas i utbildning blev i diskussionen mer otydligt med betoning av att ”vi kan inte lära dem ransonera”.

## Diskussion

Projektet avsåg analysera föreställningar om omvårdnad i syfte att påverka ämnesutveckling i omvårdnad vid institutionen, dvs. alla utbildningsnivåer. I projektets inledande fokusgrupper deltog studenter, grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor från olika vårdområden. Data från fokusgrupperna och analyserna har tydligt betonat generiska aspekter av omvårdnad av mest tydlig relevans för sjuksköterskeprogrammet. Detta betyder att vi i diskussionen huvudsakligen relaterar till sjuksköterskeprogrammet och ej i samma utsträckning specialistsjuksköterskeprogrammen och dess olika inriktningar. Vidare för vi i denna avslutande diskussion fram ett flertal frågor (som projektet genererat) som vi hoppas stimulerar till fortsatt diskussion.

I fokusgrupperna deltog sjuksköterskor och studenter i utbildningar inom omvårdnad. Därefter har de resultaten bildat utgångspunkt för analys av pedagogiskt-didaktiska konsekvenser, vilket betyder att resonemangen om ämnet i fokusgrupperna haft stor betydelse för fortsatt analys och vilka implikationer som kan dras från resultaten. I en särskild analys av data från fokusgrupperna har förståelsen av omvårdnadsdisciplinen kännetecknats som vid och öppen, föränderlig relaterat till samhällets förändring och syn på omvårdnad, präglad av ett omfattande ansvar i sjuksköterskans kliniska roll samt en disciplin som låter sig beskrivas mest träffande med patienten i fokus och som förstås med hjälp av en kombination av teoretiska verktyg och klinisk erfarenhet (Lundin Gurné et al., 2019). Vi menar att detta stärker relevansen av den fokusgruppsdata som vi utgått från, särskilt då deltagarna från fokusgrupperna representerade flera olika vårdområden. Begränsningen av få studenter från sjuksköterskeprogrammet i fokusgrupperna har vi försökt kompensera genom att vi vänt oss till en större grupp sjuksköterskestudenter i projektets senare del (se s. 14, 16ff). Projektets resultat reser likväl frågor om hur tolkningsföreträde skapas om vad omvårdnad omfattar, hur det bör läras och hur utbildningar i omvårdnad ska läggas upp. Vilka ges tolkningsföreträde på vilken grund? Vilken är den normativa undertexten och i vilka sammanhang kan den ges olikartad betydelse? Vilka normativa "glasögon" har olika intressenter när de värderar utbildningen respektive värderar kommentarer om utbildningens kvalitet? Detta är exempel på frågor som inte besvaras inom projektet och som kan vara av vikt att belysa ytterligare.

En central fråga som framträder i resultatet är *hur* omvårdnad kan tydliggöras – i utbildningen utifrån projektets syften, men utifrån resultatet även inom hälso- och sjukvård – så att det blir begripligt för studenten, bidrar till både praktisk handling och kritisk reflektion, och även bidrar till tilltro och stolthet över yrkesvalet. Denna otydlighet visavi ämnet är dock tvetydig, ambivalent. Även om flera deltagare framhöll det som svårt och närmast utmanande att förklara vad ämnet handlar om, gav de med enkelhet åtskilliga exempel på omvårdnad i varierande situationer. För erfarna sjuksköterskor och specialistsjuksköterskestudenter framstod detta som mindre problem jämfört med grundutbildningsstudenter, men flera studenter i grundutbildningen betonade att utmaningarna inte handlar om ämnet är synligt utan hur det görs. Doktoranderna som deltog visade störst enkelhet i att reflektera över ämnet. Hur skulle tydlighet över ämnet kunna stödjas ytterligare, särskilt inom sjuksköterskeprogrammet? Så att tillämpningen stärks? Vad betyder detta exempelvis för hur de texter är utformade som studenter i grundutbildningen läser då de flesta kursmaterialen vanligtvis är utformade av erfarna sjuksköterskor och forskare?

Eftersom projektet kommit att fokusera generiska aspekter av omvårdnad skulle det kunna ligga nära till hands att förespråka användning av s.k. grand theories eller de klassiska metabegreppen. I likhet med exempelvis Risjord (2010) är vi tveksamma till det, framförallt givet att sådana teorier idag speglar en historisk utveckling och är ringa empiriskt underbyggda. De har däremot sin plats för förståelse av hur ämnet utvecklats. Vi tror

samtidigt att modeller och ramverk som förenklar kan ha en pedagogisk vinst. I Sverige har den s.k. Umeå-modellen för omvårdnad lanserats (Norberg, m.fl., 1992; Ternstedt & Norberg, 2014, s. 54), som en förenklad modell (ramverk) för omvårdnad, som kan ses som en möjlig didaktisk utgångspunkt för omvårdnad, att relatera till och contextualisera i olika sammanhang. I denna modell särskiljs omvårdnadens sakaspekter (uppgifter) från dess relationsaspekter (förhållningssätt), vilka ramar in av både organisation, etik, vårdfilosofi, vetenskap och beprövad erfarenhet samt lagstiftning. Modellen utgår från att omvårdnad sker mellan en patient och en vårdare, vilket självklart kan diskuteras då dagens situationer inom hälso- och sjukvård ofta handlar om att ett arbetslag genomför patientens omvårdnad och med involvering av patientens närstående och nätverk. Detta är inkluderat i modellen, vilket gör att den kan fungera som en referens i flera sammanhang. Vidare kan uppdelningen av olika slag av omvårdnadskunskap i de tre bokdelarna i *Omvårdnadens grunder* tjäna som didaktisk struktur, dvs. att kunskap om omvårdnad har att göra med dess allmänmänskliga dimensioner (Friberg & Öhlén, 2014), hälsa och ohälsa med fokus på symtom och resurser (Edberg & Wijk, 2014) samt sjuksköterskans ansvar i sin profession (Ehrenberg & Wallin, 2014). Ytterligare alternativ, eller kanske snarare komplement, kan vara att utgå från sjuksköterskors berättelser knutna till någon förenklad struktur såsom sjuksköterskans kärnkompetenser/kompetensbeskrivning (Forsberg, 2016). Genom att återkommande i kurser hänvisa till någon/några sådana förenklade modeller/strukturer kanske möjligheter kan öka för studenter att internalisera och tillägna sig en egen inre bild och personlig kunskap om omvårdnad som går att relatera till konkreta problemsituationer. Om det skall bli framgångsrikt behöver det troligen göras på sätt som lyfter fram både likheter och skillnader mellan olika områden och typer av situationer, dvs. att omvårdnad är kontextuellt och beror av sammanhanget. Det väsentliga är då troligen att lyfta kritisk diskussion om vad omvårdnad som ämne omfattar, och då göra det på sätt som konkretiserar och relaterar ämnet till olika typer av patientsituationer, vårdssammanhang, patientgrupper osv (jfr. t.ex. Kirkevold, 1997). Detta kan ses i linje med resultatet från fokusgrupperna om betydelsen av reflektion för att lära om omvårdnad. Reflektion ser vi i detta sammanhang som en integrering och sammanflätning av olika kunskapsformer som behövs i omvårdnad (t.ex. Ekebergh, 2015).

Helhetssyn framhölls i fokusgrupperna som särskilt utmanande för studenter tidigt i utbildningen, men också för nyutbildade sjuksköterskor. Hur omvårdnad förstås ansågs bero av yrkeserfarenhet. Med utgångspunkt från hur expertkunnande utvecklas från novis till expert (Benner, 1984) så är det svårt att ha helhetssyn som student men även som nyutbildad. Detta gäller självklart oavsett yrke. Men finns det några särskilda omständigheter som gör att detta upprepat lyfts fram inom omvårdnad och sjuksköterskeprofessionen? Vad betyder det för utformningen av sjuksköterskeutbildningen? I sjuksköterskeprogrammet finns redan upplägg som kan ses som uttryck för att första kursen behandlar ”helhet” följt av flera kurser i termin 1-4 som behandlar ”delar” och särskilt omvårdnadskursen med ngt längre vfu i termin 6 kan ses behandla ”helhet”. Kanske strukturen helhet–delar–helhet kan förtydligas och utgöra explicit del av struktur för programuppbyggnaden? Kan struktur och utgångspunkt för vilka ”delar” som ingår i programmet förtydligas och kommuniceras tydligare tillsammans mellan studenter, lärare och handledare? Noteras kan, att även om flera specialistsjuksköterskeinriktningar innebär att sjuksköterskan hamnar i ett ”nytt” vårdssammanhang och där blir ”novis” så var detta inte en fråga som berördes i fokusgrupperna. Helhetssynens betoning i fokusgrupperna reser också frågor ifall den pedagogiska diskursen om omvårdnad har betonat att artikulera omvårdnadsämnet ur komplexa situationer (uppgifter och relationer mellan patient, närstående, sjuksköterska och team). Skulle det vara möjligt, och bli annorlunda, att i större omfattning artikulera omvårdnad i organisatoriska och politiska hälso-, sjukvårds- och omsorgssammanhang? Hur tar sig pedagogiska-didaktiska strategier med sådana utgångspunkter praktiska uttryck?

Oavsett hade det varit förtjänstfullt om vi vid fokusgrupperna försökt få reda på mer om hur komplexiteter inom hälso- och sjukvård och omsorg uppfattas. Betoningen av helhetssyn kan relateras till frågor om hur omvårdnadens tekniskt-praktiska och mellanmännliga dimensioner både kan tydliggöras, behandlas var för sig och integreras. Deltagarna förde exempelvis fram förslag om att både ”medicinsk-tekniska färdigheter” och ”samtalsmetodik” behöver stärkas i utbildningarna.

Deltagarnas resonerade om att medicinska uppgifter både tenderar att vara omfattande i sjuksköterskors vardag och att medicinska frågor och uppgifter i hälso- och sjukvårdens praktik vanligen ges tolkningsföreträde gentemot andra perspektiv på patientens vård. Detta kan ses som uttryck för en hierarkisk kunskapsordning med medicinsk hegemoni, vilket gör det svårare att precisera vad inom hälso-, sjukvård och omsorg som faller inom ramen för omvårdnad. Detta reser flera pedagogiska-didaktiska frågor. Hur ges studenter möjlighet att skaffa perspektiv till att sjuksköterskor har ansvar för omvårdnad, som ofta inte särskiljs från medicinsk vård och behandling, och att det samtidigt kan vara fler yrkesgrupper (särskilt undersköterskor) som genomför arbetsuppgifter som har att göra med omvårdnad. Detta kan relateras till det som idag i litteraturen benämns grundläggande och allmänmännliga behov av omvårdnad (”fundamentals of care”) (Kitson et al., 2014), vilket exempelvis kompliceras av att det stundtals benämns ”basal” omvårdnad. Det som förs till basala omvårdnadsuppgifter förs vanligen till undersköterskors arbetsuppgifter och område medan sjuksköterskor till stor del är upptagna av att genomföra medicinska uppgifter, vilket kan få som konsekvens att sjuksköterskor ses ansvara för ett område i patientens vård men till stor del arbetar med ett annat. Eller handlar problematiken om förhållandet mellan omvårdnad och andra vårdområden och då särskilt medicinsk vård och behandling. Är uppdelningen mellan omvårdnad och medicin konstruerad och särskilt problematisk? Utifrån sjuksköterskeprogrammets och flera specialistsjuksköterskeutbildningars utbildningsplaner går det inte att enkelt identifiera sådan uppdelning, eftersom utbildningsplanerna till största del präglas av integrationskod där särskilt omvårdnad och medicinsk vetenskap i flera kurser integreras. Kanske behöver integrationen på kursnivå belysas särskilt? Kanske behöver institutionen förtydliga på vilka sätt s.k. fundamentals of care behandlas på alla utbildningsnivåer för att exempelvis undvika att det behandlas som något elementärt att enbart behandla i sjuksköterskeprogrammets inledande kurser?

Diskussionerna om prioritering av omvårdnad och att tiden inte räcker till att ge omvårdnad inom dagens hälso- och sjukvård var förknippade med särskilt laddade diskussioner inom projektet. För sjuksköterskor som deltog i fokusgrupperna framstod detta närmast som ett odiskutabelt faktum, medan det bland lärare och forskare blev ifrågasatt. I diskussionerna blev detta vagt relaterat till strukturella frågor och organisatoriska förutsättningar för omvårdnad. Om omvårdnad utgår från patientens behov är ett möjligt antagande att det i de flesta situationer är svårt att tillgodose patientens alla behov, särskilt inte omedelbart. Då kan prioritering av vilka behov som i första hand kan tillgodoses ses som centralt i omvårdnad. Utifrån ett perspektiv där professionell omvårdnad sätts i förhållande till informell omvårdnad (jfr. naturlig vård, Eriksson, 1987) ses sjuksköterskans omvårdnad i relation till patientens egenvård och omvårdnad som ges av närstående. Sjuksköterskor och andra professionella kan eller ska då inte göra ”allt”. Kanske har sådana perspektiv tagits för givet i diskussioner inom projektet. Än mer väsentligt kan vara att synliggöra och i utbildningen – liksom inom hälso- och sjukvården – arbeta med omvårdnad på olika organisationsnivåer. Särskilt kan omvårdnad i samhällsperspektiv behöva stärkas, såsom evidens för omvårdnad i olika vårdsammanhang i globalt perspektiv (Coster, Watkins, & Norman, 2018). Det europeiska projektet RN4Cast ([www.rn4cast.eu](http://www.rn4cast.eu)) kan här utgöra exempel (t.ex. Ball et al., 2018) liksom europeiska projekt om ”ransonering” av och ”utebliven” omvårdnad ([www.rancare-action.eu](http://www.rancare-action.eu)). Problematiken

kring prioritering av omvårdnad reser också frågor om hur ett kontinuum från betoning av omvårdnadens aktuella praktik ("en realistisk syn på hur det ser ut i verkligheten") till betydelsen av att i utbildningen skaffa kunskap som ger en kritisk distans och möjlighet till reflektion över aktuell praktik kan utformas inom utbildningarna. Detta bör relateras till att några deltagare framhöll att det i idag saknas utbildningsdelar som behandlar prioriteringar och samordning av patientens vård och teamets insatser. Vidare fördes fram att bedömning av patienter i större utsträckning borde behandlas inom sjuksköterskeutbildningen.

Verklighet och ideal inom omvårdnad har inom omvårdnad framförallt betraktats som en problematisk klyfta mellan praktik och teori (jfr. t.ex. Risjord, 2010). Även som så kan vara fallet beaktas sällan att ämne och praktikfält knappast kan vara identiska för något ämne. Kanske spänningsfält mellan praktik och teori mer är att betrakta som drivkraft i utvecklingen, särskilt inom ett värdegrundat område som omvårdnad. I så fall blir inte målet att utplåna klyftan utan att använda den för att sporra utvecklingen.

Vid avslutande diskussioner med kollegor har den befintliga ämnesbeskrivningen över omvårdnad som huvudområde – vid vår institution och därmed vårt universitet – lyfts fram. Delvis har diskussionen rört om den är att betrakta som definition eller beskrivning. Delvis har diskussionen också pekat på troliga behov av att uppdatera den.

## Slutsatser

Flera ämnesdidaktiska frågor för utveckling av lärande i/om omvårdnad kan genereras från projektet. Vår förhoppning är att rapporten kan utgöra underlag för fortsatt ämnesdidaktisk utveckling, utbildnings- och kursplaneutveckling samt diskussion. Några spänningsfält som blivit särskilt framträdande är:

- att studenter, sjuksköterskor och lärare till största del har delar föreställningar om omvårdnad som ämne och att de mest laddade föreställningarna handlar om att omvårdnad är att prioritera och omvårdnad är att vara ensam med ansvaret
- att utmaningar kring ämnet handlar om *hur* det görs tydligt och tillämpas – hur gå från teori till handling (aktiviteter, "verktyg")
- att medvetenhet om hur omvårdnad utvecklats historiskt kan behöva stärkas i utbildningarna, både vad gäller praktisk (i samhället, hälso- och sjukvården liksom inom professionen) och teoretisk (nationellt och internationellt) utveckling.

Möjligheter att utveckla en förenklad modell av omvårdnad bör särskilt prövas – en praktisk arbetsmodell som kan fungera som referens för att stärka röd tråd i omvårdnadskurser/delkurser/moment. En sådan modell skulle kunna presenteras i sin helhet i samband med programstarter och att vi sedan i varje studiehandledning tar med ett avsnitt som förklarar vilka delar av modellen som kursen kommer att behandla och inom vilka vård/omvårdnadsområden/patientgrupper den anpassas och tillämpas inom kursen/delkursen/momentet. Utgångspunkter för att ta fram en sådan modell kan hämtas från exempelvis:

1. den generiska modell som finns beskriven i *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (Ternstedt & Norberg, 2014).
2. Kunskapsdimensioner utifrån de tre bokdelarna i *Omvårdnadens grunder*, dvs. omvårdnad i allmänmänsklig bemärkelse (Friberg & Öhlén, 2014), sjuksköterskans professionella uppdrag för att arbeta med och ansvara för omvårdnad (Ehrenberg & Wallin, 2014) och omvårdnad utifrån personens resurser och symtom (Edberg & Wijk, 2014).



3. Fundamentals of care, dvs människans grundläggande behov av omvårdnad knutet till aktivitet, vila, trygghet, nutrition, elimination osv.
4. Personcentrerad vård – etik och handling – samt övriga kärnkompetenser för vårdprofessioner.
5. De fyra kunskapsområden som vi nu arbetar för att gå över till i institutionens interna organisation, dvs. omvårdnad vid livssammanhang, omvårdnad vid långvariga tillstånd, omvårdnad vid akuta tillstånd samt omvårdnad och lärande.

I samband med sådant arbete, eller som fortsättning på det, bör överväganden göras om att uppdatera ämnesbeskrivningen av omvårdnad.

Vi avslutar genom att peka på några frågeställningar:

Hur kan omvårdnad bearbetas så att det blir begripligt för studenten, bidrar till praktisk handling, kritisk reflektion samt till tilltro och stolthet över yrkesvalet?

Hur kan omvårdnadens tekniskt-praktiska och mellanmännsliga dimensioner behandlas för att ge stöd till studentens tillägnande av kunskap, färdigheter och förhållningssätt för att utöva den ”helhetssyn” som krävs inom praktisk omvårdnad?

Hur kan grundläggande och allmänmännsliga behov av omvårdnad (”fundamentals of care”) behandlas så att dess betydelse tydliggörs för sjuksköterskors praktiska omvårdnadsarbete, ansvar och teamarbete samt vårdorganisation och policy-/samhällsnivå? Hur arbeta med prioriteringar av omvårdnad i utbildningarna?

## Referenser

- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., . . . Griffiths, P. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10-15.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Bowden, J. A., & Marton, F. (2004). *The university of learning: beyond quality and competence*. London: Routledge.
- Coster, S., Watkins, M., & Norman, I. J. (2018). What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 76-83.
- Edberg, A.-K., & Wijk, H. (Red.) (2014). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa (2:a omarb. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehrenberg, A., & Wallin, L. (Red.) (2014). *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling (2:a omarb. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. (2015). Lärande och reflektion med livsvärlden som grund. I: M. Berglund & M. Ekebergh (Eds.), *Reflektion i lärande och vård: en utmaning för sjuksköterskan* (s. 21-44). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. (Red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm: Natur & kultur.
- Forss, A., Ceci, C., & Drummond, J. (Eds.). (2013). *Philosophy of nursing: 5 questions*. Copenhagen: Automatic Press.

- Friberg, F., & Öhlén, J. (Red.). (2014). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (2:a omarb. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (2007). *Introduction to action research: social research for social change* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Kim, H. S. (2015). *The essence of nursing practice: philosophy and perspective*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Kirkevold, M. (1997). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, A., & Conroy, T. (2014). Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 331-339.
- Lipscomb, M. (2016). *Exploring evidence-based practice: debates and challenges in nursing*. New York, NY: Routledge.
- Lundin Gurné, F., Lidén, E., Kirkevold, M., Jakobsson Ung, E., Öhlén, J., & Jakobsson, S. (2019). *Understandings of the nursing discipline – a qualitative research study among clinical nurses and nursing student* (opublicerat manus). Institute of Health and Care Sciences. University of Gothenburg.
- Norberg, A., m.fl. (1992). *Omvårdnadens mosaik: en modell*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Risjord, M. W. (2010). *Nursing knowledge: science, practice, and philosophy*. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.
- Ternstedt, B.-M., & Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur livscykelperspektiv – identitetens betydelse. I: F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 33-67). Lund: Studentlitteratur.
- Thorne, S., & Sawatzky, R. (2014). Particularizing the general: sustaining theoretical integrity in the context of an evidence-based practice agenda. *Advances in Nursing Science*, 37(1), 5-18.
- Öhlén, J., Furåker, C., Jakobsson, E., Bergh, I., & Hermansson, E. (2011). Impact of the Bologna process in Bachelor nursing programmes: The Swedish case. *Nurse Education Today*, 31(2), 122-128.
- Östlinder, G., Norberg, A., Pilhanmmar Andersson, E., & Öhlén, J. (Eds.). (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap: vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

## Appendix – metodbeskrivning

I första steget genomfördes fokusgrupper med sjuksköterskor och studenter. Därefter genomfördes i ett andra steg seminarier med handledare, lärare och studenter. Genomförandet är prövat och godkänt av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg, Dnr 677-17.

### *1. Fokusgrupper med studenter och sjuksköterskor*

Avsikten var att tillämpa ett strategiskt urval så att deltagare med förmodade variationer i bakgrund skulle inkluderas: dels studenter på olika utbildningsnivåer och dels sjuksköterskor med olika lång yrkeserfarenhet och från en bredd av olika verksamhetsområden där sjuksköterskor arbetar.

Studenter tillfrågades dels skriftligt via meddelanden i universitets lärplattform och dels muntligt vid korta presentationer av projektet i anslutning till schemalagda föreläsningar. Tider för fokusgrupper anpassades till olika kursers scheman, så att tider för fokusgrupperna förlades till lunchtid eller direkt efter föreläsningar/seminariers slut. Kursledare bistod även med förslag på lämpliga tider utifrån kursers aktiviteter. I flera fall gavs ytterligare muntlig information som påminnelse samma dag som tid för fokusgrupp annonserats.

För inkludering av sjuksköterskor tillfrågades inledningsvis 61 verksamhetschefer/mot-svarande vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Primärvården i Göteborg och Göteborgs kommun med anslutna verksamheter samt Kungälv's sjukhus. Frågan som ställdes var om sjuksköterskor inom deras respektive verksamhet kunde delta i en fokusgrupp och i så fall om de kunde lämna uppgifter om en kontaktperson inom deras verksamhet. Information gavs även att vi önskade träffa två till fyra sjuksköterskor från deras verksamhet och att fokusgruppen beräknades ta en timma. Av de tillfrågade svarade 15 ja. Genom de kontaktpersoner vi fick tillfrågades i sin tur sjuksköterskor om deltagande. Skriftlig forskningspersoninformation skickades och överenskommelse om tid gjordes.

Fokusgrupperna genomfördes under oktober 2017 till mars 2018. Varje fokusgrupp leddes av två personer ur projektgruppen varav en hade rollen som samtalsledare. I de flesta fall en huvudhandledare (sjuksköterska) och en amanuens. I några fall en forskare och en huvudhandledare eller amanuens. Sammanlagt var det sex personer ur projektgruppen som deltog. Totalt deltog 47 sjuksköterskor och 30 studenter, se tabell 1, 2 och 3. Som framgår i tabell 3 var det enbart en fokusgrupp med deltagare från sjuksköterskeprogrammet. Trots att flera försök gjordes att få ytterligare deltagare från den utbildningen (alla terminer) var det inga ytterligare som deltog. Som framgår av tabell 2 var flertalet sjuksköterskor verksamma inom slutenvård vid universitetssjukhuset. Det var fåtal deltagare från kommunal vård och inga deltagare från primärvård.

Fokusgrupperna inleddes med muntlig information om projektet, att deltagandet var frivilligt, att fokusgruppen ljudinspelades, att ej berätta om personliga förhållanden/namn och att det som diskuterades i rummet skulle stanna där dvs. att sekretess inom deltagarna för vad som delades. Informerat muntligt samtycke inhämtades i början av fokusgrupperna och då tillfrågades deltagarna även att fylla i en kort enkät om bakgrundsdata (ålder, kön, utbildning och för sjuksköterskor aktuellt verksamhetsområde och yrkeserfarenhet). Därefter hade varje fokusgrupp följande upplägg:

- a. Presentationsrunda, dvs deltagarna och ledarna presenterade sig med betoning på inom vilken verksamhet de arbetade / vilken utbildning de gick.

- b. Gemensam diskussion med utgångspunkt från två nyckelord/teman, vilka var skrivna på var sitt papper som lades i mitten av samtalsbordet: ”omvårdnadssituationer” och ”omvårdnad som ämne”. Ledaren sa att: vi skulle vilja att ni diskuterar vad som är utmärkande för omvårdnad som ämne och hur det är kopplat till och tar sig uttryck i konkreta omvårdnadssituationer, vad det kan göra för skillnad för patienten, vad gör det betydelsefullt och hur sker lärande om omvårdnad. Följdfrågor till dessa inledande/övergripande frågor ställdes av båda ledarna i syfte att skapa ett reflekterande samtal.
- c. Avslutning. Alla gavs möjlighet att kort kommentera hur de uppfattat fokusgruppen och om de ville lägga till något.

Tabell 1. Kön och ålder på deltagare i fokusgrupper.

	Kön			Ålder (år)			
	Män	Kvinnor	Ej uppgett	25-35	36-45	46-55	56-65
Sjuksköterskor	19	28		12	12	15	8
Studenter	3	26	1	14	7	5	4

Tabell 2. Antal deltagare per fokusgrupp med sjuksköterskor, deltagarnas yrkeserfarenhet och verksamhetsområden.

Fokusgrupp	Antal deltagare	Yrkeserfarenhet (år)	Verksamhetsområde
1	8	2-27	Kardiologisk, kirurgisk, onkologisk och thoraxkirurgisk vård
2	2	12-31	Ortopedisk vård
3	5	1-18	Psykiatrisk och ortopedisk vård
4	4	8-28	Psykiatrisk vård
5	7	4-39	Akutmottagning, intensivvård samt kardiologisk och onkologisk vård
6	2	5-7	Ortopedisk vård
7	6	3-22	Ambulanssjukvård
8	3	10-15	Öppen specialistvård: diabetesvård, kardiologisk vård och lungmedicinsk vård
9	8	1-20	Specialiserad palliativ vård i hemmet och kommunal hemsjukvård
10	3	5-7	Särskilt boende för äldre

Tabell 3. Antal deltagare per fokusgrupp med studenter och utbildningsnivå.

Fokusgrupp	Antal deltagare	Utbildningsnivå
11	3	Grundnivå
12	4	Avancerad nivå
13	5	Avancerad nivå
14	5	Avancerad nivå
15	7	Avancerad nivå
16	3	Avancerad nivå
17	3	Forskarutbildningsnivå

Ljudinspelningarna transkriberades. Analysen var kvalitativ deskriptiv och genomfördes stegvis:

1. Identifiering av återkommande begrepp för det som angavs utmärkande för omvårdnad (redovisat s. 4).
2. Identifiering av föreställningar om omvårdnad. Här togs fasta på de bildspråk som återfanns i transkriptionerna. Till vardera identifierad föreställning gjorde amanuens Anneli Pihlgren en illustration.
3. Tematisk analys av transkriptionerna avseende hur omvårdnad lärs.

Parallellt har doktorand Frida Lundin Gurné genomfört en analys av hela materialet utifrån hur omvårdnad förstås (Lundin Gurné et al., 2019). En preliminär version av den analysen har använts för att fördjupa de beskrivande analyserna 1-3 som nämnts ovan.

## *II. Seminarier med handledare, lärare och studenter*

Seminarier genomfördes liknande dialogkonferens eller ”search conferences” som beskrivs inom deltagarorienterad aktionsforskning, (se Greenwood & Levin, 2007, s. 136). Fyra seminarier om vardera en timma har genomförts där preliminär analys av data från fokusgrupperna presenterats:

- a. För handledare till studenter i sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogrammen under deras VFU, samt lärare m.fl. från institutionen. Detta genomfördes som del av den s.k. ”Höstsalongen” 4 oktober 2018, som är ett samverkansforum arrangerat av institutionen.
- b. För handledare och lärare till studenter i sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogrammen från olika lärosäten och regioner. Detta genomfördes vid VFU-konferensen i Karlstad, 11 oktober 2018.
- c. För lärare i sjuksköterskeprogrammet vid institutionen. Detta genomfördes vid ett gemensamt programmöte på Jonsreds Herrgård 18 december 2018.
- d. För studenter i sjuksköterskeprogrammet vid institutionen. Detta genomfördes i inledningen av termin sex den 22 januari 2019.

Vid alla tillfällena presenterades de nio identifierade föreställningarna om omvårdnad och vid tillfälle c och d även temana om hur omvårdnad lärs. Vid tillfälle a, b och d fick deltagarna ta ställning till de nio identifierade föreställningarna om omvårdnad genom att svara på mentometerknappar (”Clickers”). Den första frågan som ställdes var ”under presentationen kommer vi att ställa frågor som du får besvara via klick-dosan, svaren registreras anonymt, ger du oss tillåtelse att använda dina svar för fortsatt arbete i projektet, ja då kommer projektgruppen att spara dina svar, nej då kommer dina svar att raderas”. Det var totalt 161 deltagare varav 0 som svarade nej till denna samtyckesfråga. Därefter ställdes frågor om respektive föreställning utgör ett viktigt fokus för lärandet i VFU. Svarsalternativen var en likertskala med sju svarsalternativ graderade från ”håller verkligen med” till ”håller verkligen inte med”. För beskrivning av roller för de 161 deltagarna i dessa omröstningar se tabell 4. Analysen av data från frågorna som besvarades med mentometerknappar genomfördes deskriptivt (svarsalternativen omvandlades till numeriska värden 1-7 och graferna i figur 11 representerar medelvärden).

Vid tillfälle a och b genomfördes ca 15 minuters diskussion i bikupor och vid tillfälle d ca 45 minuters diskussion i grupper om 5-7 personer. Vid tillfälle a, b och d tillfrågades deltagarna att svara på en enkät med följande frågor: ”Vilka betydelsefulla/inflytelsefulla föreställningar/bilder om omvårdnad saknas? Är det några föreställningar/bilder om omvårdnad som varit utmanade i VFU? I så fall, hur har ni hanterat dem? Hur kan omvårdnad som ämne göras tydligt i utbildningen, inklusive VFU?” samt ”Kommentarer”. Antal svar var: 7 st (tillfälle a) och 19 (tillfälle b) och dessa kan ha skrivits individuellt eller i små grupper

samt 46 (individuellt). Vid tillfälle c med lärare genomfördes i stället en längre grupp-diskussion utifrån frågan ”vilka konsekvenser ser ni för sjuksköterske-utbildningen” och sex grupper lämnade en anteckning per grupp. En tematisk analys genomfördes av dessa svar. Bortfall per fråga varierade för sjuksköterskor från 1 till 5, för chefer från 0 till 1, för studenter från 21 till 47 och för lärare från 0 till 2. Tekniska problem med clickers är troligen den mest väsentliga förklaringen till det stora interna bortfallet bland studenter.

Tabell 4. Deltagare i seminarier.

	Totalt
Sjuksköterska/röntgensjuksköterska	53
Chef/ledare/kvalitetsutvecklare	10
Student sjuksköterskeprogram	69
Lärare/forskare	29
	161

### *III. Analys av konsekvenser för ämnesutveckling*

Här genomfördes en analys baserad på resultaten från fokusgrupperna (steg I) och seminarier (steg II). Analysen var huvudsakligen deskriptiv baserad på data från deltagarnas kommentarer. Målet var att generera tolkningar avseende omvårdnad som ämne, som i vid bemärkelse främjar en lärande miljö (Bowden & Marton, 2004) för studenter i omvårdnad på olika utbildningsnivåer.

### *IV. Diskussion av en preliminär version av rapporten*

Två av författarna till rapporten träffade lärare i sjuksköterskeprogrammet med en preliminär version av denna rapport som underlag. Utifrån diskussionen gjordes små förändringar i diskussion och slutsatser. Projektgruppen har under vintern försökt få ett möte med representanter för Sjuksköterskornas Utbildningsråd vid Sahlgrenska akademien för diskussion av rapporten, men då detta inte kunnat genomföras hoppas vi på gemensam diskussion av denna slutliga rapport.

### *Begränsningar*

Se nämnda begränsningar i inledningen av diskussionen (s. 18).

Föreställning nr 4 att omvårdnad är att prioritera var vid alla tillfällen formulerad som ”att tiden räcker inte till för att ge omvårdnad”, diskussioner vid seminarier har väglett till omformuleringen. Ordningföljden för presentationen av de nio föreställningarna förändrades efter tillfälle I. Då presenterades föreställningarna 4-6 först. Vi noterade att deltagare uppfattade det svårt att ta ställning till de första frågorna och att föreställningen om att omvårdnad är helhetssyn var väl bekant för alla. Därför ändrade vi ordningföljden till den som redovisats i denna rapport och använde den ordningföljden vid tillfälle II-IV.

I fokusgrupper och seminarier deltog inga sjuksköterskor verksamma inom primärvård. Flera deltagare relaterade till hierarkier inom sjukhusens verksamheter. Det är därför möjligt att fler eller annorlunda föreställningar kunnat identifieras ifall deltagare från primärvården kunnat inkluderas. Omvårdnad i relation till samhällsförändringar berördes av fåtal studenter som förhållandet mellan professionell och informella insatser. I fokusgrupperna berördes omvårdnad i relation till det föränderliga samhället främst av ambulanssjuksköterskorna som diskuterade att dagens befolkning har andra förväntningar jämfört med tidigare. Patienten vill ha en ambulans snabbt och ”en ambulans idag behöver inte betyda att patienten åker med till sjukhuset” eftersom dagens högteknologiska utveckling medför att diagnostik, behandling och omvårdnad sker på plats ute i ambulansen. Här kan ambulanssjukvård ses om en vårdform

som träffar dagens medborgare i initiala sjukdomsskeden. Frågan är också här om och hur sjuksköterskor från primärvården hade diskuterat detta då de också är en grupp som dagligen träffar patienter i ”tidigt skede”.

Seminarier med lärarlag vid institutionen har enbart skett med sjuksköterskeprogrammets lärare och ej med specialistsjuksköterskeprogrammets lärare. Vid de två första seminarierna (Höstsalongen och nationella VFU-konferensen) fanns dock lärare från varierande program och utbildningsdelar, men vid de tillfällena efterfrågade vi inte om deltagande lärare var mest knutna till grund- eller specialistutbildning.

Presentationen till studenter (tillfälle IV) genomfördes i en stor gradängsal och det visade sig att några mentometerdosor hade batterier som inte hade räckvidd i borte delen av salen. De fick då byta ut dosan, men det medförde dels en del frustration och dels att bakgrundsdata ej gick att härleda till alla studenter (de svaren var kopplade till den dosa de använde först). Avsikten var att även använda mentometerknappar vid tillfälle III, men det gick då ej att upprätta anslutning mellan dator och mentometerknappar.

Några studenter (tillfälle IV) förde fram att det ”var väldigt konstigt formulerade frågor de besvarande med mentometerknapparna. De sa ”förstår inte riktigt vad ni är ute efter” och att ”fokus under VFU’ är otydligt, vad menas egentligen”. Enstaka student hade önskat att ha fått besvara frågan direkt till presentationen av varje föreställning/bild. Vi presenterade istället först tre föreställningar/bilder och därefter fick deltagarna ta ställning till vardera bilden med mentometerknapp.