SJUKSKÖTERSKEYRKETS PROFESSIONALISERING

En utvärdering

FÖRFATTARE	Susanna Råman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete
	VT 2006
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Dagrun Trewe
EXAMINATOR	Solveig Lundgren

Titel (svensk): Sjuksköterskeyrkets professionalisering – En utvärdering
Titel (engelsk): The professionalization of the nursing profession – An evaluation

Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN5
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Susanna Råman
Handledare:	Dagrun Trewe
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Vid utbildningsreformen 1977 blev den tidigare yrkesinriktade sjuksköterskeutbildningen en högskoleutbildning. En professionalisering av sjuksköterskeyrket har sedan skett. En profession definieras som ett yrke som uppfyller kriterierna samhällsnytta, autonomi, teorier och etisk kod. Professionalisering kan ske efter olika paradigm och perspektiv såsom naivt och cyniskt paradigm samt vårdrationalistiskt perspektiv. Katie Erikssons vårdteori presenteras. Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor arbetar efter olika professionella kriterier, perspektiv och paradigm samt hur de olika paradigmen och perspektiven som jag funnit i sjuksköterskearbetet är förenliga med vårdandets grundidé och vårdandets kärna. Metoden är en litteraturstudie och bygger på vetenskapliga artiklar som har analyserats i två steg. De vetenskapliga artiklarna beskriver studier där någon form av omvårdnadsidé har implementerats i praktiken. Artikelanalysen visade att sjuksköterskorna ofta uppvisade en professionalism enligt vårdrationalistiskt perspektiv där patienten sätts i fokus och där vården ses som ett samspel. Implementeringens utvärdering hade i de flesta fall skett enligt naturvetenskaplig metod. De olika professionskriterierna visade sig direkt och indirekt i flera artiklar. Resultatet i artikelanalysen och de olika paradigmen/perspektiven diskuteras utifrån Katie Erikssons vårdbegrepp. Vidare diskuteras den kritik som har framförts i litteraturen om sjuksköterskeyrkets professionalisering. Det vårdrationalistiska perspektivet visade sig stämma bäst överens med vårdandets kärna och skulle därmed kunna fungera som en mall för sjuksköterskeyrkets professionalisering i framtiden.

INLEDNING 3
BAKGRUND 3
Historik 3
Omvårdnadsforskning och den teoretiska omvårdnaden 4
Omvårdnadsvetenskap och omvårdnadsforskning 4
Omvårdnadsteorier och omvårdnadsmodeller 5
Att implementera forskningsresultat och omvårdnadsteorier i praktiken 5
Professionsbegreppet 5
Olika paradigm och perspektiv inom professionsforskningen och dess inverkan på omvårdnaden 7
Naivt paradigm 7
Applicering på sjuksköterskeyrket: 7
Cyniskt paradigm 8
Applicering på sjuksköterskeyrket: 8
Vårdrationalistiskt perspektiv – nya synsätt inom professionsforskningen 8
Problematik angående sjuksköteyrkets professionalisering 9
Vårdbegreppet enligt Katie Eriksson 10
Vårdandets kärna 10
Naturlig och professionell vård 10
SYFTE 11
FRÅGESTÄLLNINGAR 11
METOD 12
RESULTAT 13
Presentation av artiklarna 13
Artikelanalysen 13
Artiklar där vårdidén följer naivt paradigm 13
Vårdidén och sjuksköterskearbetet följer vårdrationalistiskt perspektiv 15
Vårdidén följer vårdrationalistiskt perspektiv, sjuksköterskearbetet kan ej analyseras 18
Sammanfattning 19
DISKUSSION 20
Metod- och litteraturval 20
Resultatdiskussion utifrån Katie Erikssons vårdbegrepp 20
Vårdbegreppet och vårdrationalistiskt perspektiv 21
Vårdbegreppet och naivt paradigm 22
Vårdbegreppet och cyniskt paradigm 22
Funderingar kring sjuksköterskeyrkets professionalisering 23
Slutsats 24
REFERENSER 25

BILAGA X

INLEDNING

Sjuksköterskeyrket har inte alltid varit ett professionellt yrke. För några årtionden sedan baserades yrket på praktiska kunskaper och erfarenheter som gick i arv mellan sjuksköterskegenerationerna. Den senaste tiden har det i Sverige skett en professionalisering av sjuksköterskeyrket och därmed en teoretisering av dess karaktärsämne omvårdnad. De praktiska kunskaperna har överförts i teorier och omvårdnadsmodeller. Därmed har det som förut till stor del varit tyst kunskap gjorts synlig, t.ex. genom sjuksköterskans skyldighet att dokumentera den omvårdnad hon utför.

Professionaliseringen av sjuksköterskeyrket har gått relativt fort den senaste tiden. Sättet som professionaliseringen har skett på har kritiserats, och det har förts flera debatter angående vad som håller på att hända. Medför professionaliseringen fördjupade kunskaper och därmed en ökad förståelse för patienten och dennes behov, så att de lättare kan tillgodoses? Eller innebär professionalisering av ett så människofokuserat ämne en oönskad men oundviklig distansering till patienten med anledning av förändrade makt- och statusförhållanden? Detta är frågor som har kommit upp i debatter den senaste tiden. Det är därför intressant att studera *hur* sjuksköterskor är professionella i sitt arbete, vilket jag ska försöka finna svar på.

I sjuksköterskeutbildningen läggs numera stor vikt på teoretisk kunskap i omvårdnad, kanske på bekostnad av utlärning av praktiska färdigheter. Med det här arbetet vill jag undersöka vad sjuksköterskeyrkets professionalisering har haft för konsekvenser på vårdkvaliteten i praktiken.

BAKGRUND

Historik

Sjuksköterskeyrket är inget nytt yrke. Ändå är det först under de senaste decennierna som sjuksköterskorna har erkänts ett för sin profession unikt ämnesområde. En förklaring till att det har dröjt så länge har angetts vara att sjuksköterskekåren inte lyckats göra sin kunskapsbas tillräckligt exklusiv för att kunna skaffa sig ett yrkesmonopol. Det har också funnits motsättningar mellan teori och praktik. Det har funnits svårigheter att argumentera för en professionalisering av ett yrke som är så starkt kopplat till allmänmänskliga kunskaper som sjuksköterskeyrket är. Ett förvetenskapliggörande av mänsklig omtanke och mänskligt omhändertagande kan verka främmande. Sjuksköterskeyrket har istället i stor utsträckning styrts av den medicinska vetenskapen. Bristen på utveckling kan också ses ur ett köns/gender-perspektiv. Den närmast totala kvinnodominansen inom sjuksköterskeyrket kan sammankopplas med att kvinnor inte har betraktats höra hemma i den vetenskapliga världen då det har ansetts och än idag anses finnas motsättningar mellan kvinnor och vetenskap (1, 2).

Det är utbildningen och dess utveckling som har legat som grund för sjuksköterskeyrkets professionalisering under 1900-talet. Utbildningen har i sin tur styrts av påverkan från samhället med dess ständiga förändring. Ett exempel är 1919 då

sjuksköterskorna fick igenom sitt krav på en tvåårig utbildning. Många sjuksköterskor var vid den tiden av borgerlig härkomst och hade nära sociala kontakter till de styrande skikten. Genom nya krav på utbildningens längd utestängdes en stor grupp av dåtidens lägre utbildade sjuksköterskor. Det skedde en så kallad social stängning, vilket innebär att grupper med liknande uppgifter men med lägre utbildning eller status stängs ute (1, 2).

Den senaste vändningen av stor vikt i sjuksköterskeyrkets professionella utveckling var utbildningsreformen år 1977. Den tidigare yrkesinriktade sjuksköterskeutbildningen blev då en högskoleutbildning med krav på vetenskaplig grund, forskningsanknytning och ämnesutveckling. Enligt högskolelagen ska en sådan utbildning bygga på en vetenskaplig utveckling inom ett specifikt ämnesområde. Benämningen på sjuksköterskeutbildningens karaktärsämne blev omvårdnad. De nya kraven ledde till ett behov av att definiera det begrepp som skulle karaktärisera utbildningen. För att ge utbildningen teoretisk grund använde man sig i början av *nursing-theories* som utvecklats i USA tills den svenska omvårdnadsforskningen kom igång med att leverera forskningsresultat (1, 2). Det skulle dock dröja ca 20 år innan innehållet i sjuksköterskeutbildningen kunde baseras på vetenskapliga rön (3). Vad som även hände under denna epok i samband med omvårdnadsforskningens framväxt var att sjuksköterskorna nu längre inte enbart försökte skydda sitt eget yrkesområde mot konkurrerande sidoorienterade yrkesgrupper, utan började snegla uppåt, mot läkarnas position. En tanke med omvårdnadsforskningen är ju att omvårdnad inte är underordnad läkarnas medicinska kunskap utan en sidoordnad och komplementär vetenskap till medicinen (2). Något som under 70-talet kom att kritiseras av sjuksköterskekåren med hjälp av sitt specifika ämnesområde var sjukvårdens arbetsorganisation och det så kallade rondsystemet. Med hjälp av omvårdnadsforskningen hävdades att rondsystemet medförde en teknifiering av vårdarbetet och att det bl.a. medförde en dålig patientkontakt. Man krävde därför att arbetsorganisationen skulle förändras så att vårdarbetet kunde organiseras med patientens behov i fokus; t.ex. behov av eget inflytande och kontinuitet i vårdandet (2).

Nu på senare tid finns det motsättningar inifrån sjuksköterskekåren som har hindrat sjuksköterskeyrkets professionalisering. Vårdforskare har hävdat att den teoretiska utvecklingen hämmats av att praktiskt verksamma sjuksköterskor inte tillämpat forskningsresultat i praktiken för att de inte upplevt dem som betydelsefulla för arbetet. Sjuksköterskestudenter har även uttryckt upplevelser om att utbildningen har förmedlat två sidor: dels en teoretisk idealiserad bild som beskriver omvårdnaden i teoretiska termer och dels en operationaliserad bild som gäller i praktiken, och att dessa upplevts svårförenliga (1).

Omvårdnadsforskning och den teoretiska omvårdnaden

Omvårdnadsforskning blev som nämnts tidigare aktuellt i och med steget i sjuksköterskeyrkets professionalisering som togs vid utbildningsreformen 1977.

Omvårdnadsvetenskap och omvårdnadsforskning

Med omvårdnadsvetenskap menas ett område för befintliga teorier, begrepp och metoder för teoribildning samt resultatet av forskningen, dvs. den befintliga

vetenskapliga kunskapen (4). Omvårdnadsvetenskapens intresse är att utöka kunskapen om människan som helhet, hennes hälsa och välbefinnande samt att förstå vårdandets konst (5).

Omvårdnadsforskning i sin tur avser de processer och metoder som används för att söka kunskap (4). Man kan skilja mellan *forskning inom omvårdnad* och *omvårdnadsforskning*. Forskning inom omvårdnad omfattar forskning med anknytning till sjuksköterskorna själva, exempelvis angående utbildning och ledarskap. Omvårdnadsforskning i sin tur omfattar forskning med direkt anknytning till omvårdnadsaktiviteten med syftet att få ökad förståelse och kunskap om omvårdnadens praktik samt att höja nivån på verksamheten. Vidare är *klinisk* omvårdnadsforskning den forskning som utgår direkt från ett problem i en klinisk omvårdnadssituation och som försöker lösa det genom en vetenskaplig metod. Kunskapen som produceras i den kliniska omvårdnadsforskningen är sedan till för att tillämpas i den praktiska verksamheten. Denna typ av forskning har således både sin *utgångspunkt* och sitt *användningsområde* i den praktiska verksamheten (6)

Omvårdnadsteorier och omvårdnadsmodeller

Termerna teori och modell används ofta synonymt. En teori kan vara ett antal begrepp som hålls ihop av beskrivna samband, d.v.s. en väl genomarbetad modell eller struktur. En teori kan också vara en begreppsmodell eller teoretisk struktur, eller det kan helt enkelt vara en enkel sammanfattning av empiriska resultat. Teorier ger sammanfattad kunskap och möjlighet till fortsatt kunskapsbyggande. De kan användas för att beskriva, förstå, förklara, förutsäga, kontrollera eller föreskriva. I huvudsak kan de sägas fungera som verktyg för reflektion (4).

Att implementera forskningsresultat och omvårdnadsteorier i praktiken

Omvårdnadsforskningens syfte är att bidra med ny kunskap som kommer individen/patienten till godo. Omvårdnadsforskaren har en skyldighet att förse sjuksköterskorna och den övriga vårdpersonalen med ny kunskap. Sjuksköterskorna i sin tur har skyldigheten att ta emot, bedöma och utnyttja denna kunskap. Det vilar också på sjuksköterskan att transformera kunskapen på ett sådant sätt att den blir tillgänglig för övrig vårdpersonal. Slutligen når den nya kunskapen patienten, och omvårdnadsforskningens syfte har därmed uppfyllts (7).

Professionsbegreppet

Professionalisering definieras av Hamilton enligt Keogh (8) som "*en process där ett yrke utvecklar kriterierna för en profession*" (egen översättning) (8, citat s. 302). En annan definition är tagen ur "Collins Dictionary of Sociology" (egen översättning): "*processen där ett yrke lyckas uppnå status, och därmed kan ta del av de privilegier som hör till en profession*" (9, citat s. 503).

När det gäller kriterierna för att ett yrke ska få kallas profession råder inte full enighet i litteraturen, men kärnan är ungefär densamma.

Kriterier enligt Sociologiskt lexikon är att en profession står för ett yrke som är baserat på *teoretisk kunskap*, att deras kompetens garanteras genom *examina*, att de

arbetar *för det allmänna bästa*, att yrkesutövarna ingår i en speciell *organisation* och slutligen att det finns en *handlingsetik* som garanterar yrkesintegriteten (10).
I ”A Dictionary of Sociology” (11) finner man att en profession innefattar en *etisk kod*, en *kunskapsbas* som står i förhållande till expertisen och som ligger som grund för praktiken, och till sist *intern kontroll* angående urval och utbildning av nyförvanter.

Bentling (1) sammanfattar professionskriterierna enligt följande punkter:

- *Samhällsnytta:* En profession ska föregås av en lång utbildning på högskolenivå som ger behörighet och som därmed leder till yrkesmonopol. Behörigheten kan t.ex. markeras med legitimation efter avslutad utbildning. Detta ger en garanti för samhället att yrket och de yrkesverksamma uppfyller av samhället fastställda krav. Professionella arbetar inte för sin egen vinning skull utan för mänsklighetens bästa. Det innebär en altruistisk syn och ger professionen prestige och auktoritet i samhället.

- *Autonomi:* Detta begrepp innebär självständighet och självbestämmande. Ansvaret ligger på yrkesutövarna själva att ha kontroll över det egna arbetet. Då professionen bygger på specialiserade kunskaper är det bara likasinnade som kan bedöma yrkesutövningens kvalitet och regler för vad och hur saker och ting skall utföras. Autonomin utvecklas i samband med att den teoretiska kunskapen baserad på egen forskning utvecklas.

- *Teorier:* Yrkespraktiken måste ha en teoretisk kunskapsbas som är byggd på egen forskning. Teoretisk kunskap innebär att det inte går att lära sig en profession enbart genom att se på eller följa någon som redan kan. Med teorin går det att bedöma och utveckla arbetet på ett sätt som inte kan göras om praktiken enbart lärts genom mästare – lärlingmetoden.

- *Etisk kod:* Slutligen har en profession en egen etisk kod som handlar om hur de professionella yrkesutövarna ska förhålla sig till sina klienter. Sjuksköterskeyrket har en internationellt gemensam etisk kod som fastställts av ICN; *International Council of Nurses*.

Yrken som endast uppfyller vissa av kriterierna ovan brukar kallas *semiprofessioner*. Sjuksköterskeyrket menar många är en semiprofession. Det hävdas att ett sådant yrke snarare grundar sig på erfarenhet och så kallad "tyst kunskap" och mindre på vetenskap än de fulländade professionerna (12). När det gäller sjuksköterskeyrket består det praktiska arbetet inte enbart av ren omvårdnad, utan är starkt kopplat till medicinen då t.ex. läkarordinationer utförs – därmed semiprofession (12). Professionskriterierna enligt Bentling (1) kommer att användas i artikelanalysen senare i arbetet.

Olika paradigm och perspektiv inom professionsforskningen och dess inverkan på omvårdnaden

Professionsforskningen kan enligt Brante (13) delas upp i två olika paradigm; ett naivt och ett cyniskt paradigm, vilka belyser professionsbegreppet ur olika synvinklar. De två perspektiven presenteras nedan med en efterföljande diskussion om hur de olika paradigmen kan ha kommit att påverka sjuksköterskeyrkets professionella utveckling.

Naivt paradigm

Inom det naiva paradigmet betonas professionernas funktioner i samhället i stort. Professionerna antas vara de primära förmedlarna av rationella normer, samt vara främst inom utvecklande av ekonomiska, tekniska och generella aspekter av välfärden. Professionerna antas skilja sig mot andra yrken genom att de har en strikt etik och integritet, att alla klienter behandlas lika och för professionens funktion specifikt samt att dess praktiska färdigheter är baserade på vetenskaplig kunskap. Professionerna ses inom detta paradigm som samhällets främsta spets när det gäller framtid och utveckling (14).

Enligt Öhlén (15) anser Parsons att en profession kan karaktäriseras enligt följande: *affektiv neutralitet*; att inte ha något känslomässigt engagemang i sina klienter, *universalism*; att alla klienter behandlas lika, *kollektivism;* att alla professionella jobbar för det allmännas bästa, *funktionell specialisering*; att den professionella uppmärksammar klienten angående vissa områden och ignorerar andra, och sist *prestation*; att det krävs en viss kompetens.

En annan synvinkel inom det naiva paradigmet presenteras av Greenwood genom Öhlén (15). Han anser att en profession karaktäriseras av *en systematisk teoretisk bas*, *professionell auktoritet*, *godkännande av samhället*, *en reglerande etisk kod* och *en professionell kultur*.

Applicering på sjuksköterskeyrket:

Den professionella sjusköterskans arbete kan beskrivas efter Parsons teori enligt följande: Patienten träffar sjuksköterskan, som håller patienten på avstånd. Både hans/hennes egen personlighet och patientens personliga aspekter som ligger utanför vårdsituationen tas inte i akt. Omvårdnaden planeras och genomförs baserad på patientens specifika problem eller behov i enlighet med standardvårdplaner. Sjuksköterskans omvårdnad är inte individualiserad, utan är mer eller mindre samma för olika patienter med samma omvårdnadsproblem och omvårdnadsdiagnoser (15).

När det gäller Greenwoods teori uppfyller sjuksköterskeyrket enligt Öhlén (15) alla kriterier, med undantag om kravet på en systematisk teoretisk kunskapsbas. Här står ord mot ord. Hamilton är enligt Keogh (8) av full övertygelse att det redan finns en fullständig bas av vetenskaplig kunskap, och att sjuksköterskeyrket därmed har uppfyllt alla karaktärer hos en profession. Enligt Keogh (8) anser Ellis & Hartley att omvårdnadsteoretiker och omvårdnadsforskare brukar vara av åsikten att sjuksköterskeprofessionen redan har en teoretisk kunskapsbas medan andra professioner som samhällsvetare och läkare uttrycker tvivel. Oavsett om målet ännu är nått eller inte så bidrar omvårdnadsforskare otvivelaktigt till att den befintliga kunskapsbasen hela tiden växer och förbättras (8).

Cyniskt paradigm

På 70-80-talet utvecklades ett alternativ till det naiva synsättet (14). Inom det cyniska paradigmet ses makt som den centrala drivkraften i samhället (13). Liksom det naiva paradigmet anses professioner vara ett yrke som föregåtts av en lång och hög utbildning. Däremot ses professioners framgång och teoretiserande av sin kompetens här som en medveten strategi att nå yrkesmonopol. Professioner ses som ett instrument för dess medlemmar att få högre lön, makt och prestige i samhället – en slags kollektiv egoism. Samhället ses här inte som en harmonisk helhet, utan som en marknad där en tävlan hela tiden förs mellan olika grupper och rivaler (14).

Professionella strategier ses utifrån teorin om ”social stängning” (14), vilken enligt Öhlén utvecklades av Parkin (15). Teorin bygger på Webers tes om att gränser mellan sociala grupper – såväl externt som internt – bestäms genom ett handlingsspel. Detta spel går ut på att sociala grupper genom att mobilisera maktresurser hindrar andra från att få tillträde till vissa specifika sammanhang (2). Inom professionsforskningen innebär detta att en professionell grupp försöker avgränsa sitt eget område genom att göra det oåtkomligt för lägre utbildade grupper samt andra grupper med nära relaterade ämnen. Parkin menar enligt Öhlén (15) att det finns två sätt att nå denna sociala stängning. Det ena är *exkludering*; makt riktas neråt. Det innebär att grupper avstängs från området genom krav på en viss utbildningsgrad, examen eller liknande. Det andra sättet är *”intrång*”; makten riktas uppåt. Då försöker en grupp nå professionalitet genom att bryta sig in ett territorium som redan finns och göra det till sitt eget.

Öhlén (15) skriver att medan Parkin betonade monopolet av vetenskap så menade Collins att professionalisering snarare handlar om ett monopol av symboliska värden och en strävan efter högre social status. Enligt Öhlén (15) menar Collins att orsaken till att utbildningssystemet har expanderat ligger just i denna strävan efter status.

Applicering på sjuksköterskeyrket:

Inom sjuksköterskeyrket kan man se att det har skett en social stängning enligt Parkins teori (15). Utbildning har, som nämnts tidigare, varit en viktig del i sjuksköterskeyrkets professionalisering. Den formella utbildningen har varit ett argument för att stänga ute icke skolad vårdpersonal. Idag markerar sjuksköterskan sin kompetens och sitt yrkesområde gentemot både underordnade grupper som undersköterskor och vårdbiträden, och mot sidoorienterade grupper som sjukgymnaster och arbetsterapeuter. I och med utbildningsreformen 1977 började sjuksköterskorna även markera sin kompetens gentemot läkarna och medicinen. Detta har lett till synen att omvårdnad inte är underordnad läkarnas medicinska kunskap utan en sidoordnad och komplementär vetenskap till medicinen (2).

Vårdrationalistiskt perspektiv – nya synsätt inom professionsforskningen

Nya synvinklar på professionsbegreppet har växt fram ur kritik – och ur en fortsatt utveckling – av de två paradigmen presenterade ovan.

Enligt Brante (13) bör man gruppera professioner efter dess *marknad* eller dess *konsumenter*, då det är dessa som ger professionerna dess förutsättningar och

möjligheter. Han delar upp professionerna enligt följande grupper: *fria professioner* (entreprenörer), *akademiska professioner*, *professioner av kapitalet* och *professioner av välfärdsstaten*. Hans poäng är att alla professioner innehar olika naturligt inneboende *rationaliteter* (d.v.s. förnuft), beroende på den målgrupp som dess professionella aktiviteter är beroende av och riktade mot. Genom denna uppdelning kan viktiga likheter och skillnader mellan de olika professionerna analyseras och förklaras på ett nytt sätt (13).

Waerness enligt Öhlén (15) hävdar att vårdens rationalitet är olik, och i viss utsträckning motsägelsefull, till naturvetenskapen. Naturvetenskapens rationalitet är riktad mot att ha kontroll över miljön medan vårdens rationalitet är riktad mot att förstå människor. Det vårdrationalistiska perspektivet säger emot den naturvetenskapliga då den senare anser att förnuft och en känslobetonad läggning som ”att förstå människor” inte är förenliga (15).

En rationalitet som går ut på att ha kontroll över omgivningen förespråkar en instrumentell metodik medan en rationalitet som bygger på förståelse av människor istället leder till en beskrivande och tolkande metodik. Då vårdens rationalitet ser ut som den gör kan det naturvetenskapliga vetenskapliggörandet av omvårdnaden ifrågasättas. Ett exempel på denna sorts vetenskapliggörande är den utökade och mer strukturerade dokumentationen som införts i sjuksköterskeyrket (15).

Vårdens rationalitet går hand i hand med en fenomenologisk och humanistisk syn på verkligheten. Människan ses som en helhet med kropp själ och ande (15, 16). Vidare hör begrepp som *välbefinnande* som uttrycker en känsla hos individen till fenomenologin medan ord som sundhet och friskhet är objektivt mätbara och står för en naturvetenskaplig syn på människan (17). Om den naturliga vården (caring) betonas som vårdandets kärna kommer begrepp som *närhet*, *mellanmänsklig relation*, *patientfokus* och *individualitet* i fokus. Dessa begrepp gör att professionalitetsbegreppet i ett vårdrationalistiskt perspektiv kan utökas till att också innehålla vissa former av *amatörisation*. Konsekvensen blir ett vårdande där det kan ske en pendling mellan närhet och distans i det professionella mötet med patienten, och där patienten sätts i rampljuset (15).

Problematik angående sjuksköteyrkets professionalisering

I litteraturen har det skrivits kritiskt om vad sjuksköterskornas professionalisering kan få för konsekvenser för vårdrelationen. Här nämns några exempel som tas upp i diskussionen senare i arbetet.

Ett yrkes professionalisering innefattar enligt Berglind (18) ökad makt och autonomi, och medför därmed att förhållandet mellan den professionella och klienten påverkas av den professionella auktoriteten. Sjuksköterskeyrkets professionalisering har enligt Andersson (7) setts som en väg att ge omvårdnadsarbetet högre status och större tyngd.

De professionellas möjlighet att bestämma över vad som ska göras för sina klienter ger dem enligt Porter (20) makt över de som konsumerar denna service – därmed förlorar klienterna makt på de professionellas bekostnad. Han utvecklar problematiken enligt följande (egen översättning): *”Medan sjuksköterskor ser* ”*att befrämja och stödja*” *som en av sina professionella attribut, motsäger professionalism*

äkta befrämjande/stödjande relaterat till den ofrånkomliga klyftan mellan den professionella och klienten gällande kunskap och makt" (20, citat s. 723).

Även omvårdnadsteorierna i vårdutbildningarna har fått kritik. De är enligt vissa kritiker allt för abstrakta, och de anses därmed bidra till att öka de blivande sjuksköterskornas distans till patienten (19).

Vårdbegreppet enligt Katie Eriksson

Vårdandets kärna

Vårdandets yttersta syfte är att befrämja hälsa och därmed livet självt. Vårdandet innefattar hela människan med kropp, själ och ande. Dess kärna eller grundläggande substans utgörs av att ansa, att leka och att lära.

Ansningen ger kroppsligt välbehag och renlighet och utgör den mest grundläggande formen av vårdande. En viktig del i ansningen är beröringen. Ansning kan handla om att hålla en hand, borsta någons hår eller att skydda och påverka olika kroppsfunktioner. Ansningen sätter igång olika hälsoprocesser hos patienten, vilket innebär en förändring av tillstånd såsom tillit, hopp, kärlek och trygghet.

Lekande ger tillit och tillfredsställelse. Leken är en upplevelse av något paradoxalt mellan den inre och yttre verkligheten. I det inre bekanta finns tryggheten och i det yttre finns det okända nya. Lekandet innebär att människan kan ”bolla” mellan dessa två verkligheter och stegvis införliva nya element från det yttre okända till sin egen inre värld, vilket leder till en känsla av att kunna behärska situationen. I lekandet är det alltid patienten som har kontrollen. Från vårdarens sida innebär detta krav att kunna underkasta sig.

Lärandet innebär utveckling och en ständig förändring. Det naturliga lärandet hör samman med lekandet. Med lärande kan vårdaren hjälpa patienten att återvinna sitt oberoende. Då människan lär öppnas nya vägar och möjligheter för henne att nå högre integrationsnivåer, d.v.s. högre nivåer av hälsa och helhet (21).

Naturlig och professionell vård

Naturlig vård utgör kärnan i den yrkesmässiga och professionella vården. Alla människor är i grunden naturliga vårdare, och det är den mänskliga omsorgen som gör oss till människor. Kärleken, vilken vi har med oss från livets början, är grunden för omsorgen och förmågan att vårda. ”Optimal” naturlig vård innebär att individen genom egna handlingar, i samspel med anhöriga och vänner, hos sig själv kan skapa kroppsligt välbehag, tillit och tillfredsställelse och en högre integrationsnivå, d.v.s. en högre nivå av hälsa. Den naturliga vården kan också beskrivas som en grundläggande relation mellan självet och den abstrakta och naturliga andra. Den abstrakta andra står för människans gudsförhållande och tro, den naturliga andra står för en äkta relation till en annan människa (21).

Det finns enligt Eriksson (21) tecken i samhället som visar på att människor har ett behov av en mer naturlig och ursprunglig form av vård som komplement till det medicinen idag har att erbjuda. Detta visar sig t.ex. i efterfrågan av alternativa vårdformer som naturlig föda, massage och meditation m.m. vilka ligger närmre den naturliga vårdens grundelement, d.v.s. ansning, lekande och lärande. Som en följd av

alla förändringsprocesser i vårt moderna samhälle har den naturliga vården i stor grad fått ersättas av den professionella. Den professionella andra och det professionella vårdandet tar vid i en situation där den naturliga andra blir otillräcklig. Idag sker detta relativt tidigt, under påverkan av normer i samhället. Ett exempel är de överdrivna hälsokampanjer vilka gör att människan inte ”vågar” vårda sig själv då de är rädda att påverka sin hälsa negativt, utan söker professionell hjälp i ett tidigt stadium (21).

Den naturliga vården utgör utgångspunkten och målet för den professionella vården. Det kommer antagligen alltid att finnas ett behov att professionell vård, men behovet kan minskas genom en utveckling av den naturliga vården, d.v.s. ett återinförande av vårdandets ursprungliga idé. Den professionella och yrkesmässiga vården kan dock aldrig helt bli identisk med den naturliga vården med dess grad av frihet. En orsak är att relationen mellan professionell – patient aldrig kan bli helt naturlig, utan alltid kommer att innehålla vissa stereotypa mönster. Ett exempel på vad ett sådant mönster leder till är att vi professionella i vår vård av vuxna betonar ”lärandet” medan att ansa och leka får väldigt liten plats. Vuxna får därmed i sjukvården sällan uppleva den naturliga vården och dess helande effekt (21).

> *Den största utmaningen för de olika formerna av yrkesmässig vård i dag är att självkritiskt omvärdera det egna fungerandet, att reflektera över det man rutinmässigt gör och upprepade gånger ställa sig frågan varför. I relation till den naturliga vården innebär det att fråga sig varför vi inte ansar, leker och lär eller fungerar i tro, hopp och kärlek.* (21, citat s. 68).

SYFTE

Att undersöka hur sjuksköterskor arbetar efter olika professionella kriterier och perspektiv/paradigm samt hur de olika perspektiven och paradigmen som jag finner är förenliga med vårdandets grundidé och vårdandets kärna.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur blir professionaliseringskriterier/perspektiv/paradigm synliga i sjuksköterskors utövande av vård?

- Är den professionella omvårdnaden efter respektive paradigm förenlig med Katie Erikssons vårdbegrepp och vårdandets kärna?

METOD

Studien bygger på vetenskapliga artiklar och är en litteraturstudie. Artiklarna har sökts elektroniskt i databaserna Pubmed, CINAHL, Swemed+ och Blackwell synergy. En artikel har även hittats manuellt. I alla elektroniska sökningar användes avgränsningen ”peer-reviewed”. Nedan följer en tabell över artikelsökningen:

Databas/sökställe	**Sökord**	**Ref. nr.**
CINAHL	evidence-based care, evaluation	22
Pubmed	model, applied, practice, nursing	23
CINAHL	implementing, qualitative study	24
Pubmed	caring, theory, practice	25
J Adv Nurs genom Blackwell synergy	implementation	26
CINAHL	qualitative study, implementing	27
Manuell genomgång av titlar i J Adv Nurs	xxxxxxxxxxxxxx	28
CINAHL	primary-nursing, study, quality-of-care	29
J Adv Nurs genom Blackwell synergy	implementing, evaluation	30
Swemed+	nursing model	31

Analysen av de vetenskapliga artiklarna har skett i två steg. Det första analyssteget har skett genom att professionskriterierna och de begrepp som ingår i de olika paradigmen och perspektiven inom professionsforskningen beskrivna ovan, har använts som ett raster i genomläsning av artiklarna. Eventuella paradigm/perspektiv och kriterier som hittats i artiklarna har markerats. För att få ett bättre sammanhang i sjuksköterskornas arbete har varje artikel redovisats var för sig, med en sammanfattning i slutet av resultatdelen.

Steg två i analysen har skett enligt deduktiv metod. Där har jag granskat i vilken grad sjuksköterskearbetet efter de olika paradigmen och perspektiven inom professionsforskningen är förenliga med Katie Erikssons vårdbegrepp, och hur dessa därmed stämmer överens med vårdandets kärna. Detta analyssteg redovisas under rubriken ”diskussion”.

RESULTAT

Presentation av artiklarna

Här följer en analys av tio vetenskapliga artiklar. Alla artiklar (22-31) beskriver hur sjuksköterskor på ett eller annat sätt har använt sig av en vårdidé i praktiken. Artiklarna skiljer sig däremot mycket i struktur och upplägg. Vissa artiklar beskriver implementering av redan existerande omvårdnadsmodeller, teorier eller sätt att arbeta på (22-26). Två artiklar undersöker hur ett visst fenomen på olika sätt kan öka patientens välbefinnande i omvårdnaden (27, 28) och två andra artiklar beskriver hur ett omvårdnadsadministrativt system implementeras i praktiken (29, 30). En av artiklarna beskriver utvecklingen av en omvårdnadsmodell med hjälp av patienter i praktiken (31).

I ungefär hälften av artiklarna framkom det tydligt att det var sjuksköterskor själva som ville undersöka eller införa en teori eller modell i omvårdnaden på sin egen avdelning (24, 27, 29, 30). I en artikel (23) var det oklart vem som stod för implementeringen, och i andra hälften (22, 25, 28, 31) var det forskare/författarna som stod för beslutsfattandet och planeringen av implementeringen. I det senare fallet är det intressant att studera hur sjuksköterskorna reagerar eller påverkas av den nya vårdidén som forskarna ämnar införa.

Sjuksköterskornas arbete och förhållningssätt granskas. Artiklarna analyseras och presenteras var för sig under samlingsrubriker, med en sammanfattning som avslutning. De ord som i analysen står som *kursivt* är de begrepp som lyfts fram ur texten i artikeln och som säger något om ett visst paradigm eller perspektiv inom professionsvetenskapen. De professionskriterier formulerade av Bentling (1) som kan tolkas ur texten presenteras också i kursivt.

Artikelanalysen

Artiklar där vårdidén följer naivt paradigm

En modell för symtomskattning utvecklades av en grupp sjuksköterskor med koppling till palliativ vård i Ottawa i Canada (26). Modellen består av ett formulär med olika skalor för uppskattning av intensitet hos olika symtom hos patienten. Även utförd åtgärd fylls i, samt ny beskattning av symtomet vid utvärdering. Formuläret fylls i tillsammans med patienten. Studien gick ut på att undersöka genomförbarheten av att implementera modellen i vården av palliativa patienter. Modellens användbarhet utvärderades genom att data från formulären för respektive patient sammanställdes i en grafisk tabell, samt genom fokusgruppsintervjuer med personalen.

Metoden för symtomskattning, som går ut på att fylla i patientens symtom och intensitet i ett formulär, är *kvantitativ* och därmed efter naturvetenskaplig rationalitet (15). Längst ner i formuläret är det meningen att sjuksköterskan ska dokumentera om någon åtgärd utförts, och i så fall vilken. Utvärderingen visade att detta inte hade gjorts fullständigt. Sjuksköterskorna hade en tendens att dokumentera när ett läkemedel hade givits, men verkade ofta avstå från att dokumentera då en icke-medicinsk omvårdnadsåtgärd hade utförts. Bortfallets storlek kunde inte mätas då det fanns osäkerhet angående i vilka fall dokumenteringen hade varit bristfällig och i vilka fall

ingen icke-medicinsk omvårdnadsåtgärd hade utförts. Eventuellt skulle detta kunna ses som en brist i autonomi då det egna området omvårdnad osynliggörs.

Vid utvärdering av modellen medverkade personalen och inga patienter. I formuläret för symtomskattning fanns det en fråga till patienterna om huruvida de kände sig nöjda med symtomkontrollen. Denna fråga hände det dock (i 30 % av fallen) att sjuksköterskorna undvek, då de kände sig obekväma att ställa denna fråga till en patient som de visste hade mycket ont (26).

Utvärdering av symtomskattningen utifrån patientens upplevelser gjordes genom *sammanställning av data från formulären*. Man fann då en genomsnittligt tillfredsställande procentuell symtomlindring. Denna form av *instrumentell* utvärdering står för en naturvetenskaplig rationalitet då metoden leder till *objektiverande* av mänskliga tillstånd. Förutom att modellen där formulär används för symtombeskattning står för ett naturvetenskapligt synsätt kan det ses utifrån *funktionell specialisering*, ett begrepp inom det naiva paradigmet. Detta innebär att de professionella uppmärksammar patienten angående vissa områden och ignorerar andra (15). En kritik mot detta uttrycktes av sjuksköterskorna på avdelningen. De menade att formuläret för symtombeskattning inte tog hänsyn till andra former av smärta än fysisk smärta. De menade att man även borde ta hänsyn till *psykisk* och *social* smärta hos patienterna (26). Detta påvisar att sjuksköterskorna hade en *humanistisk människosyn* och ett vårdvetenskapligt perspektiv i sin kontakt med patienten.

Studien är ett exempel på hur en forskares påtryckningar vid en implementering skulle kunna påverka sjuksköterskorna att ändra sitt tankesätt. I det här fallet behåller de sin humanistiska människosyn även efter implementeringen och ställer sig därmed kritiska till den nya omvårdnadsmodellen.

På sju olika sjukvårdsorganisationer i Canada bestämde man sig för att införa ett nytt dataprogram för evidensbaserad vård angående behandling och förebyggande av trycksår. Genom att fylla i specifika objektiva patientdata i programmet formulerade datorn evidensbaserade vårdinsatser för respektive patient. I utvärderingen fick sjuksköterskorna på avdelningarna svara på frågor angående det nya arbetssättet genom ett frågeformulär. Om patienterna skulle få ta del i utvärderingen framkommer inte (22).

Användning av ett dataprogram för datainsamling och skapande av vårdplan innebär *instrumentell metodik* och *objektivitet*, vilket stämmer överens med naivt paradigm. Metoden kan ses ur begreppet *universalism* inom det naiva paradigmet, d.v.s. att alla patienter behandlas lika. Omvårdnadsåtgärderna varierar beroende på patientens status, men det framkommer inte i artikeln att dataprogrammet skulle ta någon hänsyn till individuella önskemål hos patienten. I artikeln framkommer heller inte att patienten skulle vara delaktig i vårdplan eller utvärdering, vilket talar emot det vårdrationalistiska perspektivet med individualitet och mellanmänskligt samspel i fokus. Patienten ses i artikeln inte som en helhet utan som ett *objekt* med ett problem som ska lösas. Att *betona problemet* hos patienten istället för ett se honom/henne som människa kan också tolkas ur det naiva paradigmet och *funktionell specialisering*, d.v.s. att vissa delar hos patienten uppmärksammas medan andra områden ignoreras (15).

Under sjuksköterskornas utvärdering framkommer att de inte är helt nöjda med användningen av dataprogrammet i sin vårdplanering. Förutom att de tyckte att dataprogrammet var krångligt ansåg de att informationen de fick från datorn var för grundlig och enkel. De föredrog istället att själva komma fram till vilka behandlings-

och förebyggande åtgärder som passade bäst i respektive patientfall. Detta är ännu ett exempel på hur en forskares påtryckningar vid en implementering skulle kunna påverka sjuksköterskorna att ändra sitt tankesätt. Även i detta fall visar sig sjuksköterskorna stå för sitt eget tankesätt då de föredrar att lita på sin egen kunskap och intuition, vilket talar för *autonomi*.

Vårdidén och sjuksköterskearbetet följer vårdrationalistiskt perspektiv

En artikel av Knight (23) presenterar en fallstudie där en omvårdnadsmodell implementerats i praktiken. Modellen beskriver en teori om hur människor hela tiden påverkas av olika stressfaktorer, och hur detta kan hanteras med olika strategier. En stressfaktor, som exempelvis kan vara att få besked om en sjukdom, påverkar människan på alla fyra plan; d.v.s. det fysiska, psykiska, sociokulturella och andliga planet. Omvårdnadsmodellen, som innehåller både metod för datainsamling och planering av åtgärder, användes i vården av en 22-årig kvinna som just diagnostiserats med MS.

Omvårdnadsmodellen som användes i artikeln stod för en humanistisk människosyn då den tog hänsyn till *människans alla plan* och där *förståelsen* för de specifika stressreaktionerna hos patienten sattes i fokus. Det beskrivs hur sjuksköterskorna utvecklade en förtroendefull *relation* till patienten. Genom att använda sig av omvårdnadsmodellen påvisade sjuksköterskorna därmed ett vårdrationalistiskt arbetssätt.

I England gjordes en liten kvalitativ studie med några sjuksköterskor som hade genomgått en utbildning i aromaterapi. Man ville bland annat undersöka om sjuksköterskorna kände att de kunde använda sig av sin utbildning när de kom tillbaka till sitt arbete, och vad eventuella hinder berodde på. Sjuksköterskorna intervjuades med start nio månader efter utbildningens slut (24).

Flera av sjuksköterskorna upplevde det som frustrerande då de inte fick stöd av ledningen att använda sig av aromaterapin i praktiken. De flesta upplevde dock att utbildningen hade haft en positiv inverkan på deras roll som sjuksköterska. De upplevde exempelvis att de efter utbildningen hade en mer *holistisk* syn på sina patienter. En av sjuksköterskorna hade sagt (egen översättning): ”*Jag ser på patienten som en helhet nu istället för att bara se ett problem*” (24, citat s. 409). Utbildningen hade med andra ord gjort att sjuksköterskorna i sitt utövande av vård utvecklat ett mer vårdrationalistiskt perspektiv där man ser människan som en helhet och inte som ett objekt (15). Sjuksköterskorna upplevde också att de hade utvecklat en kunskap som var unik, och att de hade något att erbjuda sina patienter som inte läkarna hade. De kände därmed att de genom sina nya kunskaper hade stärkt sin *autonomi* (1).

Rawlings et al. (24) nämner i artikeln vikten av att vid införande av nya metoder i sitt patientarbete vara noga med att den *etiska koden* fortfarande följs. I detta fall kan det handla om att vara säker på att aromaterapi är en säker metod och att den främjar hälsa.

Två av sjuksköterskorna märkte hos sig själva att de var så stolta över sina nya kunskaper att de såg den lite som privat egendom. De kände därför ett motstånd mot att dela med sig av sina kunskaper till sina arbetskamrater. Detta kan ses ur ett cyniskt

paradigm: Sjuksköterskan har med hjälp av utbildningen och *social stängning* ännu starkare lyckats avgränsa och hävda sig mot kringliggande yrkesgrupper som läkare och undersköterskor. Den ständiga *strävan efter status* leder till att hon inte vill dela med sig av sina kunskaper, eftersom det skulle jämna ut statusskillnaden.

På ett sjukhus i Florida utfördes en studie angående utveckling och implementering av en omvårdnadsmodell byggd på caring-begreppet. Patienter och anhöriga intervjuades om vad de upplever som ”caring”. Resultatet av intervjuerna bidrog till en utveckling av caring-modellen. Implementeringen av modellen skedde sedan stegvis, under stöd av gruppdiskussioner där sjuksköterskorna fick dela med sig av sina tankar och erfarenheter angående införandet av det nya ”caring-tankesättet” i sitt arbete. Utvärdering av modellen skedde genom att patienter fick svara på en enkät före och en efter projektets start. Svaren i enkäterna jämfördes sedan (25).

Efter implementeringen uttryckte sjuksköterskorna att de kände en större *medkänsla* för sina patienter. De upplevde också det som lättare att ge *unik*, *individuell vård* till en patient då de utvecklat en *nära relation* till patienten. Detta visar på inslag av *amatörisation* som hör hemma i ett vårdrationalistiskt paradigm. Sjuksköterskorna såg att vårdkvaliteten kunde öka om de fick lära känna patienten även på ett personligt plan, eftersom vården då kunde bli mera individanpassad.

Syftet med datainsamlingen uttrycktes vara att man ville ta reda på vad som verkligen betydde något för patienten. Genom hela artikeln uttrycks vården dessutom som ett *samspel*. Här följer två citat som exempel (egen översättning): ”*…vården mellan sjuksköterskan och den som vårdas…*” och ”*…hur nyckelbegrepp i modellen hjälpte henne att lägga grund för vården med sin patient…*” (25, citat s. 315). Även detta visar på inslag av *amatörisation* då man hela tiden utgår från att vården är en *mellanmänsklig handling*.

Metoden för utvärdering av patienternas upplevelser var *kvantitativ* och därmed efter naturvetenskaplig rationalitet (15). Man hade i sin utvärdering även använt sig av brev som man fått av utskrivna patienter eller anhöriga där de berättat om sina upplevelser av sjukhusvistelsen, vilket skulle kunna ses som ett kvalitativt inslag.

Sjuksköterskorna på två sjukhusavdelningar på Island bestämde sig för att i sitt arbete implementera ”primary nursing”. Syftet med detta var att bättre kunna bemöta sina patienters komplexa behov. Studien var riktad ur sjuksköterskornas synvinkel. Jonsdottir (29), författaren till artikeln, jobbade själv deltid på en av avdelningarna. Förändringen till ”primary nursing” skedde stegvis. Sjuksköterskorna intervjuades om sina upplevelser med start nio månader efter implementeringens början. Tolkningen av intervjuerna stod för resultatet av studien (29).

Studiens resultat byggde helt på sjuksköterskornas upplevelser. Patienternas åsikter förmedlades enbart genom sjuksköterskan och fick därmed endast en sekundär plats i resultatet. Detta motsäger vårdrationalistiskt perspektiv angående att vården ska vara ett *samspel*.

Sjuksköterskorna uttryckte det som mycket positivt att nu få en annan möjlighet att utveckla en *nära relation* till sina patienter och att få lära känna dem som *människor*. På detta sätt kunde varje patients individuella behov synliggöras på ett bättre sätt. Sjuksköterskorna betonar *individualitet* och *mellanmänsklig relation* och inför därmed en viss form av *amatörisation* i sin profession då de betonar närheten till patienterna

som något positivt. Allt detta står för ett vårdrationalistiskt perspektiv (15). Jonsdottir uttrycker att en av de viktigaste komponenterna i vårdkvalitet är att *förstå* patientens upplevelser. Vidare använde sig författaren av en *fenomenologisk metod* i sin analys av intervjuerna. Författaren nämner dock risken att komma för nära patienten, vilket hon menar också måste tas i anspråk.

”Primary nursing” leder till ett högre beslutsansvar hos den enskilde sjuksköterskan angående vilken vård som skall ges till patienten. Sjuksköterskorna uttryckte också mycket riktigt att de kände av en större *autonomi* i det nya vårdsystemet.

På en sjukhusavdelning för äldre patienter i Storbritannien bestämdes att en ny metod för rapportering vid skiftbyte mellan sjuksköterskepass skulle införas. Istället för att sitta och rapportera i ett avskilt rum skulle rapporteringen nu istället ske vid sängkanten tillsammans med patienten. Endast de sjuksköterskor som var ansvariga för den enskilde patienten skulle få medverka. Rapporteringen skulle vara vårdfokuserad och inte kretsa kring den medicinska diagnosen. Utvärdering av den nya metoden skedde efter tre samt efter sex månader genom en enkätstudie som sjuksköterskorna fick svara på, angående åsikter om vad som hade varit bra respektive mindre bra med den nya metoden (30).

Webster (30) skriver att deras grundtanke med förändringen var att patienten borde vara *i centrum av all vård*, och med andra ord även borde få stå i centrum även vid rapporteringen mellan två skift. Utvärderingen genom enkätundersökningarna visade att sjuksköterskorna upplevde att förmedlingen mellan patienten och sjukskötersketeamet hade förbättrats. Vårdrelationen upplevdes som *personligare,* vilket bl.a. visade sig i samtal med patienten där vårdaren och patienten nu i större utsträckning än tidigare nämnde de andra i vårdteamet vid namn istället för titel. Patientvården hade med andra ord fått en vårdrationalistisk prägel med inslag av *amatörisation*.

Utvärderingen skedde genom *enkätundersökningar* som var uppbyggda av ja- och nej frågor. Metoden följer naturvetenskapens rationalitet med en objektiv syn på verkligheten. Författaren nämnde dock att en kvalitativ metod förmodligen hade varit förstahandsvalet om de haft större resurser.

Sjuksköterskorna på avdelningen uppvisade först skepsis mot förändringen. Bland annat var man osäker på hur det skulle gå när samtalet vid rapportering inte längre fick handla om medicinska diagnoser. Efter en tid uttryckte dock sjuksköterskorna istället att de förstått att medicinen inte behöver ligga som grund för deras planering av omvårdnadshandlingar (30). Detta talar för att sjuksköterskorna utvecklat sin *autonomi* genom att betona självständigheten i sin egen kunskap. Studien är därmed ett exempel på hur forskaren genom sin implementering påverkade sjuksköterskorna att utveckla ett mer vårdrationalistiskt tankesätt i sitt utövande av vård.

Något som sjuksköterskorna ställde sig skeptiska mot var den ökade risken att bryta mot tystnadsplikten och patientintegriteten då flera patienter ligger i samma sal, eller att med andra ord bryta mot den för professionen specifika *etiska koden* (1). Sjuksköterskorna kände också ett visst obehag över att inte inneha aktuell information över alla patienter på avdelningen utan ibland vara tvungna att referera till den dokumenterade informationen. Författaren tolkar detta som orsaken till en gammal *strikt hierarki* där sjusköterskorna känner ett ansvar att direkt kunna svara på frågor om alla patienter. Eventuellt skulle detta kunna kopplas till det cyniska paradigmet där

samhället ses som en marknad där en tävlan hela tiden förs mellan olika grupper och rivaler (15).

Vårdidén följer vårdrationalistiskt perspektiv, sjuksköterskearbetet kan ej analyseras

På en kirurgisk enhet i Brisbane undersöktes det om musik kunde sänka oron hos preoperativa patienter. Patienter som valts ut till studien fick lyssna på musik som de själva valt i 30 minuter under väntan på sin operation. De fick fylla i ett frågeformulär före och ett efter musiklyssnandet, vilka sedan jämfördes för att se om man fann någon signifikant skillnad i oro. Svaren jämfördes dessutom med en placebo och en kontrollgrupp. Resultatet visade att patienterna hade mindre oro efter att de fått lyssna på musik än patienterna som inte hade fått lyssna på någon musik (28).

Datainsamlingsmetoden var *kvantitativ* och därmed efter naturvetenskaplig metod. Helt strikt var den dock inte då patienterna själva fick välja vilken musik de skulle få lyssna på. Det nämndes även i artikeln ett par gånger att egen vald musik kan främja egenvård och autonomi hos patienten. Detta visar på vikten av *individuellt anpassad vård* och att vården måste vara ett *samspel*, vilket står för ett vårdrationalistiskt perspektiv. Det framgår inte i artikeln hur sjuksköterskorna på avdelningen arbetade eller huruvida de använde sig av studiens resultat i sitt omvårdnadsarbete i framtiden. Däremot innebär beviset att individuellt vald musik kan sänka oron hos patienter att användandet av musik är en självständig omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskor kan använda i sitt patientarbete. Utvecklandet av nya omvårdnadsåtgärder leder i sin tur till en förstärkning av sjuksköterskornas *autonomi*.

Nästa artikel utspelar sig i Finland där Suhonen et al. (31) utvecklade och testade en modell för individuell vård. En preliminär begreppsmodell för utvärdering av individuell vård utvecklades ur litteraturen. Syftet med studien var att testa samt vidare specificera modellen med utgångspunkt i patientens synvinkel. Detta gjordes genom en enkätundersökning där patienter på tre sjukhus i Finland fick svara på frågor om individuell vård. Frågorna handlade om vad de själva ansåg vara individuell vård samt hur de upplevde sjuksköterskornas vårdaktiviteter syftade till att ge individuell vård. Utvärdering av begreppsmodellen gjordes sedan med hjälp av statistiska metoder. Den preliminära modellen jämfördes med svaren från enkätundersökningen. Några få ändringar i modellen gjordes sedan.

Tyvärr kan inte heller här sjuksköterskorna med den nära patientkontaktens arbete granskas, då endast författarnas syn på vårdandet framkommer i studien.

I studien argumenteras för vikten av att ge individuell vård. Suhonen et al. (13) nämner att mer kunskap behövs om *vad patienter anser* om individuell vård, och att individuell vård kan ses som en indikator för högkvalitativ vård. Det framkommer också i artikeln att individuell vård inte kan utföras utan att det tas hänsyn till patientens *livssituation* och *bakgrund*. Detta betyder att införande av vissa former av *amatörisation* krävs för att uppnå hög vårdkvalitet. Författaren har med andra ord ett vårdrationalistiskt perspektiv på vårdandet.

För datainsamling användes en enkät där patienterna fick svara på frågor genom att sätta betyg *längs med en skala*. Detta är en naturvetenskaplig metod som följer naivt paradigm där mänskliga upplevelser ses som objektivt mätbara ting (15).

På en vårdavdelning i Australien fick sex patienter möjligheten att delta i ett strukturerat träningsprogram i en tremånaders period. Syftet var att undersöka hur fysisk aktivitet inverkar på patienternas hälsa och välbefinnande. Studien var en kvalitativ studie där patienterna efter programmets slut fick delta i fokusgrupps intervjuer där öppna frågor ställdes om hur de upplevt träningen. Både personal och patienter deltog i intervjuerna (27).

Träningsprogrammen var *individuellt anpassade* för att passa varje patients *specifika behov*. Begreppet *välbefinnande* som användes i artikeln finnes inom fenomenologin och är ett begrepp som beskriver *hela* människan med kropp, själ och ande (17). En fenomenologisk syn och individanpassad vård stämmer överens med ett vårdrationalistiskt perspektiv. Det framgick dock inte av artikeln om sjuksköterskorna hade någon större del i forskningsarbetet, utan en stor del av planeringen och utförandet lämnades över till fysiologer som bl.a. stod för utformningen av de individuella träningsprogrammen. Därför kan inte sjuksköterskornas arbete analyseras närmare i denna artikel. Eventuellt skulle frånvaron i studien kunna tolkas som en brist i sjuksköterskornas autonomi.

Sammanfattning

I alla artiklar (22-31) har någon form av vårdidé använts i praktiken. Detta uppfyller kravet för en *teoretisk grund* enligt Bentlings professionskriterier (1). Sjuksköterskornas *autonomi* har också visat sig i ett flertal artiklar (22, 24, 28-30). I en artikel (26) visade sig tydligt en avsaknad av autonomi. Den *etiska koden* har endast visat sig i två artiklar (24, 30) och har därmed inte framkommit så tydligt. *Samhällsnytta* handlar om att tillfredsställa samhällsmedborgarnas behov inom sådana områden som är för komplicerade för att människorna själva, utan den specifika utbildningen, skall kunna göra det (1). I artiklarna har samhällsnyttan endast visat sig indirekt. Samhällsnyttan kan ses som en konsekvens av en förstärkning av den egna autonomin. Då det egna specifika kunskapsområdet utvecklas, förtydligas även dess funktion och nytta i samhället.

I analysen har det kommit fram att sjuksköterskorna är professionella efter ett antal olika paradigm och perspektiv. En röd tråd som kan ses i analysen är att idén som appliceras på omvårdnaden för det mesta utgår från ett vårdrationalistiskt perspektiv där patienten sätts i fokus och där vården ses som ett samspel (23-25, 27-31). I metodvalet för utvärdering av vården har en naturvetenskaplig metod använts i hälften av studierna (22, 26, 28, 30, 31). Detta kan eventuellt förklaras med otillräckliga resurser för att en kvalitativ metod skulle kunna genomföras, vilket bokstavligen uttrycks i en av artiklarna (30). En annan röd tråd som kan ses i analysen är att sjuksköterskornas sätt att tänka eller arbeta på ute i praktiken i de flesta fall följer vårdrationalistiskt perspektiv (23-26, 29, 30). I de andra fallen har sjuksköterskornas arbets- eller tankesätt i den nära patientvården inte kunnat studeras (22, 27, 28, 31).

DISKUSSION

Nedan följer en diskussion om metod och vald litteratur. Därefter följer en resultatdiskussion där det andra analyssteget presenteras. Sist presenteras tankar och slutsatser som jag dragit under arbetets gång.

Metod- och litteraturval

Att en litteraturstudie är den metod som bäst svarar på mitt syfte är inte självklart. Det bästa hade varit att ge sig ut i sjukvården och på plats studera hur sjuksköterskorna arbetar för att sedan utifrån professionsforskningen analysera det som ses. I mitt fall fanns det dock varken tid eller resurser för detta. Alternativet blev därför en litteraturstudie.

I mitt val av litteratur till resultatdelen ville jag använda vetenskapliga artiklar som på något sätt beskriver sjuksköterskornas professionella arbete, och hur omvårdnaden påverkas. Jag bestämde mig för att använda artiklar där sjuksköterskor på ett eller annat sätt använder sig av någon form av vårdidé i praktiken. I en sådan artikel riktas fokus mot sjuksköterskearbetet och hur omvårdnaden påverkas av exempelvis ett nytt sätt att utföra omvårdnad på. Det fanns dock inte så många artiklar som jag väntat mig inom området. Mest oroande skulle vara om detta beror på att det inte gjorts så många studier där teori och praktik förenas inom sjuksköterskeyrket. Förhoppningsvis är det jag som inte funnit de rätta sökorden.

Resultatanalysen bygger på internationella fakta då artiklarna kommer från Canada (tre stycken), Storbritannien (två), Australien (två), USA, Finland och Island (en vardera). Ingen artikel skildrar alltså sjuksköterskornas arbete i Sverige. Analysen måste därför ses som en generell utvärdering av sjuksköterskeprofessionen i västvärlden.

När det gäller artiklarnas ålder valdes artiklar bort som var mer än några år gamla, med undantag för en artikel från 1990. De resulterande är från 1999 och framåt. Anledningen är att jag ville studera sjuksköterskans arbete i nutid för att få en aktuell prognos, då professionaliseringen av sjuksköterskeyrket hela tiden går framåt.

Det något magra urvalet av artiklar jag hade att välja mellan gjorde att även ett par artiklar där den vetenskapliga strukturen är tveksam inkluderades. Min slutsats är dock att det inte borde ha någon större betydelse för kvaliteten av resultatet i arbetet då detta bygger på en egen analys av artiklarnas innehåll, och inte av artiklarnas slutsatser.

Katie Erikssons vårdteori valdes till analysen då jag anser att hennes teori innehåller en fördjupad beskrivning av vårdandets olika komponenter. Teorin har ansetts vara alltför abstrakt för att kunna användas i praktiken. I mitt arbete har det dock visats att den är fullt användbar som ett analysverktyg för att studera vårdandets olika beståndsdelar.

Resultatdiskussion utifrån Katie Erikssons vårdbegrepp

I det här arbetet har den professionalisering som har skett inom sjuksköterskeyrket under de senaste årtiondena studerats. Det har undersökts hur professionaliseringen utifrån olika paradigm/perspektiv har påverkat sjuksköterskorna och deras arbete. För att vidare förstå hur omvårdnaden i sin tur har påverkats av professionaliseringen ska jag nu granska hur professionalitet utifrån de olika paradigmen och perspektiven

stämmer överens med vårdandets grundidé och det naturliga vårdandet enligt Katie Erikssons vårdteori.

Vårdbegreppet och vårdrationalistiskt perspektiv

Att vara professionell enligt vårdrationalistiskt perspektiv innebär *att förstå* den andra människan, samt att kunna införa vissa aspekter av amatörisation, d.v.s. *närhet*, *individualitet*, *patientfokus* och *mellanmänsklig relation* i sin professionalitet (15). Även vårdandets kärna och den naturliga vården grundar sig i *en relation* mellan patienten och den naturliga och abstrakta andra (21).

Vårdandets kärna består enligt Katie Eriksson i *ansning*, *lek* och *lärande* (21). Även dessa begrepp kan kopplas till det vårdrationalistiska paradigmet. För att de fysiska omvårdnadsaktiviteterna ska kunna bli en positiv upplevelse för patienten och med andra ord kunna benämnas *ansning*, krävs tillit, trygghet och kärlek. Detta sker rimligtvis i en mellanmänsklig relation och med hjälp av vissa former av amatörisation. Att leka, som är Katie Erikssons andra begrepp, står även det för ett mellanmänskligt samspel där vårdaren och patienten tillsammans behärskar nya situationer. I leken ska dock som nämnt tidigare patienten känna att han/hon har kontroll över situationen. Det krävs ett *patientfokus* och att vården är *individanpassad* för att leken ska kunna ske efter patientens villkor. Även detta hittar vi i det vårdrationalistiska perspektivet. Det sista av Katie Erikssons begrepp är att lära. Lärandet hör ihop med lekandet och handlar om en ”hjälp till självhjälp”. Målet är att patienten själv ska kunna behärska sin situation i det dagliga livet. Innan man kan lära ut något krävs det dock att man förstår det patienten förstår, så att man kan börja på samma våglängd (32). Även detta hänger ihop med det vårdrationalistiska perspektivet som handlar om *att förstå den andra människan*. För att visa på kopplingen följer här några exempel ur artiklarna:

Sjuksköterskorna som hade gått en utbildning i aromaterapi hade nytta av att det fanns en efterfrågan på alternativa metoder i samhället (24). Aromaterapi är en form av fysisk omvårdnad som innehåller beröring och aspekter av *ansning* genom trygghet och tillit som finns i *närheten* mellan sjuksköterskan och patienten. Efterfrågan i samhället tyder på att människor vid olika former av ohälsa har ett behov av det som det naturliga vårdandet har att erbjuda.

En sjuksköterska beskriver en nära relation till en patient och hur de tillsammans lär sig behärska svåra situationer genom former av lek (egen översättning):

> *…Gregory, när din temperatur steg över 104 F, och du lät oss packa in dig i is och lägga dig på den där hemska kylmadrassen. Och illamåendet, det där hemska illamåendet, Jason och jag skämtade om Marinol och scenerna från 60-talet. Vi kom ingåendes sjungandes ”In-a-gadda-da-vida”, och du bara skrattade med oss...*
> (25, citat s. 316).

Genom den relation som sjuksköterskorna och patienten hade utvecklat visste de hur de genom ett samspel av *lek* och humor tillsammans kunde klara av situationen. Denna form av omvårdnad är i högsta grad *individanpassad*, och det är *patienten* som är *satt i fokus*.

Patienterna som fick lyssna på musik för att sänka sin oro preoperativt fick möjlighet att välja sin egen musik (28). Detta kan kopplas till *lärandet* och hjälp till självhjälp. Genom *att förstå patienten* utifrån dennes perspektiv blir det självklart att låta honom/henne välja sin egen musik för att kunna sänka sin oro. Man hjälper därmed patienten att på egen hand kunna behärska sin egen situation.

Professionalitet enligt vårdrationalistiskt perspektiv leder med andra ord till att omvårdnaden bygger på vårdandets kärna och att den får inslag av naturlig vård.

Vårdbegreppet och naivt paradigm

Jag sammankopplar det naiva paradigmet med den naturvetenskapliga rationaliteten då de båda står för känslomässig neutralitet och objektivitet. Vidare finner jag att det naiva paradigmet med dess naturvetenskapliga rationalitet är oförenligt med Katie Erikssons vårdbegrepp. Affektiv neutralitet är t.ex. inte förenligt med en omsorg grundad i kärlek. Universalism, att alla patienter behandlas lika, är inte förenligt med *leken*, där sjuksköterskan och patienten tillsammans planerar och utför omvårdnadsaktiviteter genom ett individanpassat skapande. Funktionell specialisering, d.v.s. att sjuksköterskan uppmärksammar patienten angående vissa områden och ignorerar andra är inte förenligt med en helhetssyn på människan. Aspekter på den hela människan är heller inte mätbara med objektiv instrumentell metodik, utan kräver en tolkande och beskrivande metodik. Här följer några exempel ur artiklarna:

Vården av patienter enligt caring-modellen (25) visar tydligt på en *omsorg grundad i kärlek*. Vården hade inte varit densamma om sjuksköterskorna hade varit *affektivt neutrala* i sitt möte med patienten. Det visade sig istället i studien att en vård byggd på medkänsla och nära relationer ökade sjuksköterskornas förståelse för patienten och dennes individuella behov.

I studien där man använde sig av ett dataprogram för att få reda på vilka specifika vårdaktiviteter som bör utföras (22) behandlades alla patienter enligt samma objektiva mall, eller med andra ord genom *universalism*. Där fanns ingen plats för *leken* och det gemensamma individanpassade skapandet. Detta visade sig genom att sjuksköterskorna kände en ovilja att använda sig av dataprogrammet då de ansåg att det gav för förenklade svar.

Användningen av ett formulär för symtombeskattning (26) tog hänsyn till fysisk smärta men ignorerade andra former av smärta som psykisk, social eller andlig. Den hade med andra en *funktionell specialisering* och är ej förenligt med en syn på människan som en *helhet* mellan kropp, själ och ande.

Det naiva paradigmet motsäger med andra ord vård enligt Katie Erikssons vårdbegrepp.

Vårdbegreppet och cyniskt paradigm

Det cyniska paradigmet står för åsikten att professionalisering är ett sätt för människan att få högre lön, makt och prestige i samhället. En sjuksköterska som följer detta paradigm skulle ha väldigt svårt att, samtidigt som hon ser sin makt som något viktigt, låta patienten vara fokus. En naturlig vårdrelation skulle heller inte vara möjlig då förhållandet mellan sjuksköterskan och patienten aldrig skulle kunna bli naturlig om sjuksköterskan hela tiden betonar sin makt och status gentemot patienten. Sist men inte minst innebär *lekande* en förmåga att kunna underkasta sig patienten, så att denna ska

kunna få kontroll över situationen. Då makt är motsatsen till underkastelse är lekande ej förenlig med ett cyniskt förhållningssätt.

I artiklarna har det cyniska paradigmet endast visat sig indirekt i två fall (24,30) och inte i den direkta vården av patienter. Det cyniska paradigmet beskriver snarare hur de professionella förhåller sig till andra yrkesgrupper, och inte hur de utför sitt arbete (15).

I sjukvården förekommer ibland diskussioner som handlar om att vi sjuksköterskor måste se till att vi får högre lön så vi kan öka vår status. Detta tyder på en cynisk inställning till sin profession. Man förutsätter att makt och status kommer ur högre lön. Om så är fallet innebär det att statusen bara bygger på luft. Status måste bygga på något av relevans. Om vi sjuksköterskor vill få en ökad status måste vi visa samhället vad vi står för och vad vi har att erbjuda. För att detta ska fungera måste vi vara eniga angående hur vår fortsatta utveckling ska ske och på vilket sätt vi ska vara professionella i vårt arbete. Först när samhället ser att det vi har att erbjuda är något unikt och önskvärt kan statusen bygga på något av värde. Då status innebär makt kan makten i sin tur användas till något positivt. Om professionaliseringen leder till ökad status för sjuksköterskan kan hon i sin tur använda sig av den för att öka statusen för patienten.

Funderingar kring sjuksköterskeyrkets professionalisering

I litteraturen är det uttryckt att sjuksköterskeyrkets professionalisering skulle kunna ha en negativ inverkan på vårdrelationen. Detta menar jag bero helt på *hur* professionaliseringen går till. Som visat tidigare innebär en professionalisering efter det naiva paradigmet en distansering mellan vårdaren och patienten. En professionalisering med vissa inslag av amatörisation, eller med andra ord en professionalisering genom det vårdrationalistiska perspektivet, innebär istället en ökad *närhet* till patienten. Sjuksköterskeyrket har i historien i stor grad påverkats av medicinen (12). Då medicinen har en naturvetenskaplig kunskapsgrund och läkaryrkets professionalisering kan ses utifrån det naiva paradigmet är det viktigt att sjuksköterskeyrket går sin egen väg i sin professionalisering. Om detta görs bör det inte finnas någon risk att det sker en distansering till patienten.

Vidare finns det kritik som säger att omvårdnadsteorier är allt för abstrakta för att kunna användas i praktiken, och att de därmed endast bidrar till ett distanstagande till patienten (19). Även om många teorier är abstrakta och kan kännas oförståeliga så har det i artikelanalysen visat sig att det finns teorier och omvårdnadsmodeller som är fullt applicerbara i praktiken, och att vården efter applicerandet har lett till en ökad närhet och förståelse för patienten (23, 25, 29).

En annan kritik som finns beskriven i litteraturen är angående sättet som professionaliseringen har gått till på. Det har exempelvis ansetts att omvårdnadsforskningen allt för ofta byggts på medicinska diagnoser istället för att följa det egna området och kunskap angående människors *upplevelser* och *beteenden* i samband med lidande, sjukdom och död (2). En orsak till detta kan vara medicinens specialisering och den senaste tidens utveckling av medicinsk teknologi vilket har påverkat sjuksköterskerollen att bli allt mer instrumentell. Detta visar på vikten av att professionaliseringen av sjuksköterskeyrket sker på egna villkor, och att forskningen

bedrivs därefter. När det gäller forskningsmetoder tror jag däremot inte att det behöver vara lika strikt när det handlar om att hålla sig till ”rätt paradigm”. I artikelanalysen har det framgått att kvantitativa metoder som enkätundersökningar ofta används även om teorin följer vårdrationalistiskt perspektiv. Att alltid använda sig av kvalitativa metoder i omvårdnadsforskning tror jag inte är genomförbart och inte heller nödvändigt. Även kvantitativa metoder menar jag kan ge svar angående människors känslor och upplevelser, om de bara utförs på rätt sätt.

Det har även förts diskussioner om huruvida sjuksköterskeyrket är en fulländad profession eller om det är en semiprofession. Som nämnt i bakgrunden menas det att de medicinska inslagen i sjuksköterskeyrket, som t.ex. läkemedelsdelegering, gör att sjuksköterskeyrket endast kan vara en semiprofession. Oavsett om sjuksköterskeyrket är en fulländad profession eller inte så är *omvårdnadsämnet* ett vetenskapligt ämne som vi sjusköterskor kan utveckla och utöva professionellt inom vårt yrkesområde.

Slutsats

I mitt arbete har jag sett att professionalitet kan visa sig på flera olika sätt, och med helt olika konsekvenser som följd. I ”Målsättning för klinisk utbildning” (33) som används vid kliniska studier i sjuksköterskeutbildningen vid Göteborgs universitet handlar ett stycke om studentens utveckling av ett professionellt förhållningssätt. Inga vidare förklaringar finns dock om vad som bör ligga i detta professionella förhållningssätt. Som det har framkommit i arbetet finns det inget enhetligt sätt att vara professionell på. Jag hoppas att det i mitt arbete har visats vad ett professionellt förhållningssätt bör innebära för sjuksköterskan så att vården ska få en så hög kvalitet som möjligt.

Det som krävs är med andra ord att sjuksköterskan utvecklar sin profession enligt vårdrationalistiskt perspektiv. Professionaliseringen måste ske på vårdandets egna villkor för att vi inte ska förlora värdet i vårdandets kärna. För att upprätthålla och främja denna professionalitet är det viktigt att sjuksköterskor ställer sig kritiska till nya forskningsresultat inom omvårdnadsämnet. Det är sjuksköterskans ansvar att utvärdera vården för att göra sig säker på att dess metoder och rutiner stämmer överens med vårdandets rationalitet och förnuft. Om vården inte visar sig göra det är det sjuksköterskans autonoma ansvar att se till att det sker en förändring.

REFERENSER

1. Bentling S. Sjuksköterskeprofessionen - Vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling. Falköping: Liber Utbildning; 1995.

2. Lindqvist R, red. Medikalisering, professionalisering och hälsa - Ett sociologiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 1997.

3. Holmdahl B. Sjuksköterskans historia - Från siukwakterska till omvårdnadsdoktor. Stockholm: Liber; 1997.

4. Willman A. Behövs specifika omvårdnadsteorier/modeller för omvårdnadsämnets utveckling? In: Omvårdnad som akademiskt ämne. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2001.

5. Eriksson K. Vårdvetenskap som disciplin, forsknings- och tillämpningsområde. 4 uppl. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten, Åbo Akademi; 1992.

6. Granum V. Sjuksköterskan som vårdutvecklare och forskare. Lund: Studentlitteratur; 1997.

7. Andersson KM. Omvårdnad - Framväxten av en ny vetenskap. Arlöv: Esselte Studium AB; 1987.

8. Keogh J. Professionalization of nursing: development, difficulties and solutions. J Adv Nurs 1997; 25: 302-08.

9. Jary D-J. Collins Dictionary of Sociology. Glasgow: Harper Collins Publishers; 1991.

10. Brante T, Andersen H, Korsnes O, red. Sociologiskt lexikon. Stockholm: Universitetsförlaget; 1998.

11. Marshall G. A dictionary of Sociology. 2 uppl. Oxford: Oxford University Press; 1998.

12. Repstad P. Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 1998.

13. Brante T. Sociological approaches to the professions. In: Acta Sociologica 1988; 31(1): 119-42.

14. Brante T. Professional types as a strategy of analysis. In: Burrage M, Torstendahl R. Professions in theory and history - Rethinking the Study of the Professions. London: SAGE publications; 1990.

15. Öhlén J, Segesten K. Professionalization – Theoretical Analysis of the Implications for Nursing Practice. Scand J Caring Sci 1993; 8: 3-8.

16. Barbosa da Silva A, Andersson M. Vetenskap och människosyn i sjukvården - En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Stockholm: SHSTF; 1993.

17. Eriksson K. Introduktion till vårdvetenskap. Stockholm: Nordstedts Förlag; 1987.

18. Berglind H, Pettersson U. Omsorg som yrke eller omsorg om yrket – en studie av omsorgens professionalisering. Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier; 1980.

19. Svensson R. Samhälle medicin vård: En introduktion till medicinsk sociologi. Lund: Studentlitteratur; 1993.

20. Porter S. The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing. J Adv Nurs 1992; 17: 720-26.

21. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Almquist & Wiksell förlag; 1986.

22. Clarke H.F., Bradley C, Whytock S, Handfield S, van der Wal R, Gundry S. Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. J Adv Nurs 2005; 49 (6): 578-90.

23. Knight J.B. The Betty Neuman Systems Model applied to practice: a client with multiple sclerosis. J Adv Nurs 1990; 15: 447-55.

24. Rawlings F, Meerabeau L. Implementing aromatherapy in nursing and midwifery practice. J Clin Nurs 2003; 12: 405-11.

25. Bulfin S. Nursing as Caring Theory: Living Caring in Practice. Nurs Sci Q. 2005; 18 (4): 313-19.

26. Bouvette M, Fothergill-Bourbonnais F, Perrault A. Implementation of the pain and symptom assessment record (PSAR). J Adv Nurs 2002; 40 (6): 685-700.

27. Fogarty M, Happell B. Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative study. Issues Ment Health Nurs 2005; 26: 341-51.

28. Cooke M., Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. J Adv Nurs 2005; 52 (1): 47-55.

29. Jonsdottir H. Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses` experience. J Nurs Manag 1999; 7: 235-42.

30. Webster J. Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over. J Adv Nurs 1999; 30 (6): 1375-82.

31. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. Scand J Caring Sci 2004; 18: 27-36.

32. Söderkvist B.K., red. Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur; 2001.

33. Sahlgrenska akademin vid Göteborgs universitet, Vårdvetenskapliga fakulteten, Institutionen för omvårdnad. Målsättning för klinisk utbildning på grund-fortsättnings- och fördjupningsnivå I i sjuksköterskeprogrammet; 2003-06-15. Available from: URL: http://www.fhs.gu.se/Utbildning/Verksamhet/LBSmal1.pdf

BILAGA

Referens nr: 22
Författare: Clarke H.F, Bradley C, Whytock S, Handfield S, van der Wal R, Gundry S.
Titel: Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice
Tidskrift: J Adv Nurs 2005; 49 (6): 578-90.
Syfte: Att utvärdera användandet av datorassisterade strategier för implementering av praktiska guidelines.
Metod: Kvantitativ metod; enkätundersökning.
Urval: Implementeringen utfördes i en region innehållande sju hälso- och sjukvårdsorganisationer. Alla sjuksköterskor, mentorer och experter som var aktiva i den aktuella implementeringen deltog i enkätundersökningen.
Land: Canada

Referens nr: 23
Författare: Knight J.B.
Titel: The Betty Neuman Systems Model applied to practice: a client with multiple sclerosis
Tidskrift: J Adv Nurs 1990; 15: 447-55
Syfte: Att demonstrera användbarheten av ”Betty Neuman Systems” modell i vården av patienter med MS.
Metod: Fallstudie: modellen används i vården av en patient med MS.
Urval: Endast en patient, urval oklart.
Land: Canada

Referens nr: 24
Författare: Rawlings F, Meerabeau L.
Titel: Implementing aromatherapy in nursing and midwifery practice
Tidskrift: J Clin Nurs 2003; 12: 405-11
Syfte: Att följa upp sex sjuksköterskor och två barnmorskor som genomgått en kurs i aromaterapi för att se om – och i så fall vilka – förändringar de gjort då de kommit tillbaka till sitt arbete.
Metod: Kvalitativ studie; intervjuer som analyserades med analysmetod enligt Colaizzi (1978). Intervjuerna spelades in och varade i ca 40 min vardera.
Urval: Sjuksköterskor och barnmorskor som genomgått och avslutat en specifik utbildning i aromaterapi mellan nio månader och två år tidigare.
Land: England

Referens nr: 25
Författare: Bulfin S.
Titel: Nursing as Caring Theory: Living Caring in Practice
Tidskrift: Nurs Sci Q. 2005; 18 (4): 313-19
Syfte: Att utveckla en modell utifrån ”nursing as caring theory” samt att utvärdera implementeringen av modellen på ett sjukhus med 440 sängar i Florida.
Metod: Kvantitativ metod; jämförande enkätundersökning enligt ”Press Ganey”. Patienternas nöjdhetsgrad före och efter implementeringen jämfördes. Även kvalitativ metod genom analys av patientbrev samt utvärdering genom personalmöten där personalen fick samtala fritt.
Urval: Implementeringen utfördes på sjukhusets akutvårdsavdelning samt dess onkologiska enheter. Personal och patienter i anknytning till avdelningarna deltog i utvärderingen.
Land: USA

Referens nr: 26
Författare: Bouvette M, Fothergill-Bourbonnais F, Perrault A.
Titel: Implementation of the pain and symptom assessment record (PSAR)
Tidskrift: J Adv Nurs 2002; 40 (6): 685-700
Syfte: Att fastställa genomförbarheten av att implementera PSAR för smärt- och symtombeskattning av palliativa patienter inom olika områden i Ottawa.
Metod: Kvalitativ metod; fokusgruppsintervjuer med personalen. Intervjuerna spelades in och varade ca 1 timme/grupp. Intervjuerna analyserades genom en metod av Burnard (1991). Kvantitativ metod; sammanställning av data från symtombeskattningsformulären.
Urval: Kvalitativ metod: Sjuksköterskorna som deltagit i implementeringen erbjöds att frivilligt deltaga i fokusgruppsintervjuerna. Kvantitativ metod: Symtombeskattningsformulären tillhörande 10 % av patienterna användes, och valdes ut genom slumpmässigt urval.
Land: Canada

Referens nr: 27
Författare: Fogarty M, Happell B.
Titel: Exploring the benefits of an exercise program for people with schizofrenia: a qualitative study
Tidskrift: Issues Ment Health Nurs 2005; 26: 341-51
Syfte: Att fastställa inverkan av ett strukturerat träningsprogram på det fysiska och psykiska välbefinnandet hos människor med en sedan länge fastställd diagnos av schizofreni eller liknande psykossjukdom.
Metod: Fokusgruppsintervjuer med blandade grupper bestående av patienterna som deltagit i studien och sjuksköterskor och fysiologer från avdelningarna. Intervjuerna spelades in och analyserades genom en metod av Creswell (1998).
Urval: Patienterna på den psykiatriska avdelningen informerades om studien. Sex patienter anmälde sig frivilligt att delta i träningsprogrammet med tillhörande fokusgruppsintervju.
Land: Australien

Referens nr: 28

Författare: Cooke M., Chaboyer W, Schluter P, Hiratos M.
Titel: The effect of music on preoperative anxiety in day surgery
Tidskrift: J Adv Nurs 2005; 52 (1): 47-55
Syfte: Att testa hypotesen att dagkirurgiska patienter som får lyssna på musik under sin preoperativa väntan får en statistiskt signifikant lägre nivå av oro än patienter som får vård enligt rutin.
Metod: Kvantitativ metod; randomiserad interventionsstudie med en interventionsgrupp, en kontrollgrupp och en placebogrupp. Patienterna delades slumpmässigt in i grupper och fick svara på en enkät före och efter den preoperativa väntan.
Urval: Studien utfördes på en dagkirurgisk avdelning för vuxna. Patienter exkluderades om de var under 18 år, fick sedativa läkemedel, inte tyckte om musik, hade hörselnedsättning, hade svårigheter att bära hörlurar, inte kunde läsa eller skriva engelska, om de skulle utföra en ögonkirurgisk behandling och/eller om de hade en preoperativ väntan på mindre än 45 minuter. Alla patienter som kvalificerade för kraven erbjöds att delta tills antalet hade nått målet 180 patienter.
Land: Australien

Referens nr: 29
Författare: Jonsdottir H.
Titel: Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses´ experience
Tidskrift: J Nurs Manag 1999; 7: 235-42
Syfte: Att beskriva resultatet av ett forskningsprojekt där ”primary nursing” implementerades i vården av patienter med kronisk lungsjukdom på två sjukhusavdelningar på Island.
Metod: Kvalitativ metod; intervjustudie. 21 sjuksköterskor från de två avdelningarna intervjuades under en tid mellan 9 och 21 månader efter implementeringens början. Intervjuerna varade mellan 15-45 minuter. De spelades in och tolkades sedan enligt metod av Benner (1994).
Urval: Alla sjuksköterskor på de två avdelningarna som deltagit i studien erbjöds att delta i intervjun. 21 av de totalt 24 sjuksköterskorna anmälde sig frivilligt.
Land: Island

Referens nr: 30
Författare: Webster J.
Titel: Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over
Tidskrift: J Adv Nurs 1999; 30 (6): 1375-82
Syfte: Att bedöma effektiviteten av den planerade implementeringen av ”rapportering vid sängkanten” med dess efterföljande förändring i sjuksköterskepraktiken.
Metod: Kvantitativ studie; enkätundersökning för utvärdering vid två tillfällen: tre månader samt sex månader efter implementeringens början.
Urval: All personal på sjukhusavdelningen där studien ägde rum (30 personer sammanlagt) erbjöds att deltaga i enkätundersökningen. 75 % av personalen deltog vid det första tillfället och 80 % deltog vid det andra tillfället.
Land: England

Referens nr: 31
Författare: Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J.
Titel: Testing the individualized care model
Tidskrift: Scand J Caring Sci 2004; 18: 27-36
Syfte: Att testa en hypotetisk modell för individualiserad vård i en provgrupp av kirurgiska patienter.
Metod: Kvantitativ metod; enkätundersökning enligt sambandssökande och granskande design. Patienter på tre sjukhus fick svara på frågor angående individualiserad vård med hjälp av instrumentet ”the individualized care scale” (ICS). Data sammanställdes sedan enligt statistiska metoder.
Urval: Kriterierna för patienterna att få delta i enkätundersökningen var: att vara vuxen, att ha mottagit vård på en vuxenkirurgisk avdelning, att de hade blivit utskrivna samt att de var kapabla att svara på enkäten på egen hand. Sammanlagt 454 patienter deltog i studien.
Land: Finland