

När vårdande och lärande sammanfaller

*Patienters, studenters och handledares erfarenheter av möten
på en utbildningsvårddelning inom psykiatrisk vård*



Linnaeus University Dissertations

No 212/2015

NÄR VÅRDANDE OCH LÄRANDE
SAMMANFALLER

*Patienters, studenters och handledares erfarenheter av
möten på en utbildningsvårddelning inom psykiatrisk
vård*

NIKLAS ANDERSSON

LINNAEUS UNIVERSITY PRESS

När vårdande och lärande sammanfaller. Patienters, studenters och handledares erfarenheter av möten på en utbildningsvårdavdelning inom psykiatrisk vård.

Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö, Sweden, 2015

Omslagsbild: Nisse Nilsson, Linnéuniversitetet

ISBN: 978-91-87925-50-4

Utgiven av: Linnaeus University Press, 351 95 Växjö

Tryck: Elanders Sverige AB, 2015

Abstract

Andersson, Niklas (2015). *När vårdande och lärande sammanfaller. Patienters, studenters och handledares erfarenheter av möten på en utbildningsvårddelning inom psykiatrisk vård (When caring and learning converge. Patients', students', and supervisors' experiences of encounters in a dedicated education unit within psychiatric care* Linnaeus University Dissertation No 212/2015, ISBN: 978-91-87925-50-4. Written in Swedish with a summary in English.

When students learn caring during clinical practice, the usual point of departure is that caring and learning coexist, as separate and parallel phenomena. There is, however, a need to study how caring and learning relate to one another, as well as when and how they converge. The aim of this dissertation is to describe how caring and learning converge in the encounters between students and patients, in a dedicated educational unit within psychiatric care, as experienced by students, patients, and supervisors. Describing how supervisory support can facilitate this is another aim. A reflective lifeworld approach based on phenomenological philosophy has been applied. Data were collected through interviews, participant observations with follow-up interviews, and narrative diaries.

The result shows that caring and learning converge in those encounters between students and patients which are characterized by reciprocity, wherein the patient's narrative is the point of departure, complemented by the student's listening and inquiring attitude. It is here, that the desire for and pursuit of health and understanding, give the reciprocal interaction power. The common desire of those involved to know, to become accustomed to the new and unfamiliar, as well as the presence of a feeling of responsibility for one another, create questions which in turn create opportunities wherein students and patients are available to one another.

The dissertation shows that learning in a caring context can be complex. Despite their being prerequisites for one another, competition and conflicts can occur when the caring and learning perspectives are not equally attended to. When they are placed counter to one another, there is a risk that reciprocal interaction is hindered, which can cause loneliness for all involved. For convergence to occur most propitiously, those involved must exist in a caring and learning togetherness. Responsible and present supervisors are needed, who create possibilities for the perspectives to converge through maintenance and monitoring, so that caring and learning receive equal space.

A didactic concept has been developed based on the dissertation's result, focusing on the meaning of creating forums where students', patients', and supervisors' caring considerations and reflections can intertwine.

Key words: caring, learning, student-patient relationship, dedicated education unit, psychiatric care, phenomenology, lifeworld research, lifeworld-led didactics, caring science.



Självreflektion

”Den som vill lära sig vårda, kan växa och bli stor.
Genom att få veta, var hälsa och lidande bor.
För den som vill lära om livet, och som har valt slitstarka skor,
är chansen att värdande och lärande sammanfaller, tämligen stor.
Det som krävs är att använda sitt mod och våga titta in,
för att begrunda och upptäcka något, innanför sitt skinn”.

Dikt av avhandlingens författare Niklas Andersson, med inspiration av Olle Ljungström



Förord

Så har då dryga fem år gått sedan jag steg på doktorandtåget, som har tagit mig ut på en resa med ett slutmål som innebär en doktorsavhandling, vilket i sin tur är ett kvitto på att jag är utbildad till forskare. När resan påbörjades var slutdestinationen, i form av vad jag ville uppnå, tydligt och klart. Det var dock mer ovisst hur resan skulle gå till och jag stod då inför flera frågor såsom: vilka var delmålen, skulle tidsschemat hållas, vilka "tåg" skulle jag hoppa på och vilka skulle jag avvakta med. Ja, frågorna var fler än svaren men är det något som jag lärt mig under denna "forskarutbildningsresa" så är det just att ställa frågor, till mig själv, till mina handledare, till doktorandkollegor, seminarieledare och sist, men absolut inte minst, till de personer som deltog i studien. En annan lärdom som jag erhållit under min forskarutbildning är att ta en sak i taget, att skynda långsamt och inte forcera framåt, "för snabbt". Jag har lärt mig betydelsen av att låta saker och ting visa sig när tiden är mogen.

På resans väg mot avhandlingsmålet har det funnits många betydelsefulla människor som på olika sätt har hjälpt och stöttat mig och som jag nu vill tacka. Att i ord uttrycka min tacksamhet till dessa människor är inte lätt, eftersom ord många gånger "väger lätt" men jag ska ändå försöka.

Först av allt vill jag framföra min tacksamhet till professor Katie Eriksson, professor Unni Lindström och professor Karin Dahlberg för att Ni med Er forskning och gärning inom vårdvetenskap, alltid varit och är, ljuset och ledstjärnan på min yrkesmässiga väg. Ni försvarar Er väldigt bra själva, men ibland har jag fått hjälpa till med detta, dels när Era budskap missförstås, dels när vårdvetenskap inte syns och hörs i sammanhang där den borde göra det.

Inledningsvis vill jag tacka alla deltagande personer i studien. Era berättelser, hur det är att vårda, vårdas och handleda i att vårda, i ett psykiatrisk lärande vårdsammanhang, har berört och påverkat mig. Ni har bidragit till att denna avhandling skapats och jag hoppas att dess resultat ska få en gynnsam betydelse för Er alla. Tack även till dåvarande verksamhetschef Martin Rödhalm, som gav mig tillträde till verksamheten samt till nuvarande verksamhetschef Bengt-Arne Andersson.

Sedan vill jag tacka mina handledare, professor Margaretha Ekebergh och docent Ulrica Hörberg. Utan Er hade det inte blivit någon avhandling. Tack Margaretha, för att Du gav mig förtroendet att försöka förvalta Ditt forskningsprojekt. Tack Ulrica och Margaretha för Ert aldrig sinade tålamod, för Er förmåga att ständigt vara tillgängliga, närvarande och att alltid förmedla återkopplingar som utvecklat arbetet. Tack också för allt stöd och alla samtal, som ibland handlade om forskningen, men som också kunde handla om "livet i stort och smått".

Tack till alla Er som bidragit till avhandlingens utveckling och framväxt, genom att i olika stadier läsa, granska och ge värdefulla kommentarer. Granskare vid mittseminariet: docent Lena Wiklund Gustin och fil.dr. Susanne Syrén; granskare vid slutseminariet docent Jonna Bornemark och fil.dr. Mia Berglund. Professor Karin Dahlberg och fil.dr. Lise-Lotte Ozolins, för granskning av avhandlingsmanus inför disputation, i form av läsgrupp. Dessutom vill jag tacka fil.dr. Kenneth Rydenlund och fil.dr. Liselotte Jonasson för granskningen av mina första två delresultat samt Ulla Strumpel för svensk språkgranskning och Eva Medin för engelsk översättning.

Att ges möjlighet till en forskarutbildning är en stor förmån och därför vill jag tacka de som gett mig denna möjlighet: Högskolan i Borås och Linnéuniversitetet i Växjö och Kalmar. Tack till Caroline Ahl, dåvarande prefekt vid institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås, som gav mig chansen att pröva mina vingar. Tack till f.d. prefekt och numer akademikchef Lotta Dalheim Englund och till studierektor Gunilla Carlsson som generöst gett mig utrymme till min forskning och till alla medarbetare på akademien för vård, arbetsliv och välfärd. Tack till alla Er på Linnéuniversitetet: Studierektor för forskarutbildningen, professor David Brunt, dåvarande forskarsamordnare Kristina Julin och nuvarande Catarina Gaunitz samt alla Ni seminarie- och kursledare, som gjort min forskarutbildning till ett trevligt lärande.

Tack alla Ni doktorandkollegor, för alla samtalande möten, innehållande allt från ytligheter till djup kunskap. I Boråsgänget vill jag framförallt tacka Lina Palmér, Elisabeth Lindberg, Katarina Karlsson, Sepideh Olausson, Camilla Eskilsson, Laura Darcy och Karin Högberg. Och på Linnéuniversitetet Margareta Larsson, Hanna Holst, Sofia Backåberg, Judy Chow och Ann-Christine Karlsson. Varma minnestankar går även till Azam Edalatojow.

Jag vill också framföra ETT STORT TACK till den bästa arbetskamrat man kan ha: Stefan Gustavsson, på akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Utan Din närvaro hade det dagliga arbetet varit torrt och trist. Du sätter en glädjefull krydda på tillvaron och bidrar dessutom till att vårdvetenskapen syns och hörs inom vår akademi. I en svår tid i mitt liv med hjärtinfarkt och upplevd ensamhet fanns Du nära, minns vårt långa samtal fram till kl. 22:30 på hjärtavdelningen.

Avslutningsvis vill jag tacka de människor som ligger mig allra varmast om hjärtat. Min hustru Marie och mina döttrar Elin och Ida. All kärlek till Er. Det är Ni, som ger livet mening!

Ulricehamn, inbäddad i snö, 6 februari 2015.

Innehållsförteckning

INLEDNING	5
Avhandlingens struktur och upplägg	7
BAKGRUND	9
Pedagogisk och didaktisk utveckling i vårdande sammanhang.....	9
Lärande	10
Ontologiska och epistemologiska grunder för vårdande och lärande	12
Livsvärlden	12
Intentionalitet.....	13
Levd kropp i en sammanflätad värld	14
Mellanmänniska möten	16
Vårdvetenskap på livsvärldsteoretisk grund	16
Andra vårdvetenskapliga teorier av betydelse	18
Livsvärlden som grund för lärande	19
Livsvärldsdidaktik– en inriktning av vårdvetenskaplig didaktik	20
Lärande i vårdpraxis.....	22
Utbildningsvårdavdelningar - UVA	25
Psykiatriskt vårdande på UVA	27
Forskning kring studenters lärande under VFU	29
Studenters perspektiv av att vårda under VFU	31
Handledares perspektiv av att handleda studenter i att vårda under VFU.....	34
Patienters perspektiv på sin roll i studenters lärande och på studenters delaktighet i deras vård	36
Forskning inom livsvärldsdidaktik.....	39
Forskning om utbildningsvårdavdelningar	40
PROBLEMMOMRÅDE, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	43

METODTEORI OCH GENOMFÖRANDE	46
Reflekerande livsvärldsforskning	46
Öppenhet och följsamhet	47
Tyglad förståelse	48
Tyglad hållning i föreliggande forskning.....	48
Datainsamling.....	50
Forskningspersoner.....	51
Informerat samtycke	52
Livsvärldsintervjuer.....	54
Deltagande observation med uppföljande livsvärldsintervju.....	59
Dagboksbeskrivningar	62
Dataanalysen	64
Generell struktur.....	70
Reflektioner över ansats och metod.....	72
Etiska reflektioner, val och ställningstaganden	72
Information, tillstånd och samtycke	72
Reflektioner över datainsamlingen.....	75
Reflektioner över dataanalysen.....	78
Övergripande och sammanfattande	79
Resultatets objektivitet, validitet och generaliserbarhet	82
RESULTAT	86
När vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av studenter	86
Behovet av en närvarande handledare.....	87
Kraft- och inspirationskällor.....	93
Patientmötets möjligheter	97
Patientberättelser visar vägen.....	101
När vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av patienter	104
Utsatt och sårbar.....	105
Ansvar att stödja	109
Tillgänglighetens betydelse.....	113
Ömsesidigt samspel	115
Engagemang som väcker livslust	119
När vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av handledande sjuksköterskor	121
Handledning på vårdandets villkor.....	122
Konsten att förena vård- och lärandebehov	126
Att bedöma mötets förutsättningar	131
Att överlämna ett vårdande förtroende.....	133
Att upprätthålla ett lärandeperspektiv i vårdandet	136
Handledning berikar och ställer krav.....	139

Fenomenets generella struktur - samspelet som skapar möjlighet för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter, med stöd av handledare	144
DISKUSSION	146
Resultatdiskussion.....	146
Ensamhetens och utanförskapets mening	149
Viljan till delaktighet	153
Ovisshetens möjligheter	154
Patientberättelsen visar vägen.....	156
Ansvaret för den andre	156
Reflektionens betydelse	158
Forskningens slutsatser	162
Avhandlingens kunskapsbidrag	163
En didaktisk idé	165
Tillämpning av VÅ-LÄ-RE	166
Betydelsen av VÅ-LÄ-RE	169
Framtidsperspektiv.....	171
Avslutning.....	171
LITTERATUR	172
SUMMARY	193
WHEN CARING AND LEARNING CONVERGE	193
Patients', students', and supervisors' experiences of encounters in a dedicated education unit within psychiatric care.....	193
Introduction.....	193
Background.....	194
Scientific approach and methodology.....	197
When caring and learning converge in encounters between students and patients, as experienced by students	199
When caring and learning converge in encounters between students and patients, as experienced by patients.....	200
When caring and learning converge in encounters between students and patients, as experienced by supervising nurses	201
The phenomenon's general structure—the interaction, which creates the possibility for caring and learning to converge in encounters between students and patients, with supervisory support	202
Discussion	203
Research Findings	204
Bilaga 1	209
Instruktioner för forskningsstudie – Datainsamling Reflekterande dagboksbeskrivningar Sjuksköterskestudenter	209
Bilaga 2	211
Till Dig som sjuksköterskestudent på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning.....	211

Bilaga 3	213
Till Dig som vårdas på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning.....	213
Bilaga 4	215
Till Dig som handledande sjuksköterska på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning	215
Bilaga 5	217
Blankett för samtycke.....	217
Patienter	217
Bilaga 6	218
Blankett för samtycke.....	218
Sjuksköterskestudenter.....	218
Bilaga 7	219
Blankett för samtycke.....	219
Handledande sjuksköterskor	219
Bilaga 8	220
Till Verksamhetschef på vuxenpsykiatriska kliniken	220
Bilaga 9	221
Till Stf Prefekt vid Institutionen för vårdvetenskap	221

INLEDNING

Den här avhandlingen handlar om det lärande som sker i ett vårdande sammanhang, när sjuksköterskestudenter, i sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU), praktiskt ska tillämpa teoretiska kunskaper i möten med patienter och handledare. Mer preciserat handlar den om när vårdande och lärande sammanfaller på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning (psyk-UVA). Jag, som blivande forskare och författare till denna avhandling, har så länge jag kan minnas haft och har ett starkt intresse för lärande i vårdande sammanhang. Min erfarenhet utgörs av 10 års arbete som psykiatrisjuksköterska inom både heldygns- och öppenvård samt sju år som adjunkt och fem år som doktorand. Dessa erfarenheter omfattar både vårdarbete och handledning av sjuksköterskestudenter. Ända sedan jag genomförde min VFU som student¹, har jag undrat hur patienter upplever att vårdas av studenter. Denna undran har sedan följt mig i mitt arbete som sjuksköterska och som lärare samt omvårdnadshandledare för vårdpersonal i psykiatrisk vård². Teoretisk inspiration för mina olika vårdande och lärande uppdrag har jag hämtat från professorerna Katie Erikssons, Unni Lindströms och Karin Dahlbergs forskning. Min grundsyn vad gäller lärande i vårdande sammanhang har alltid legat i linje med min syn på vårdande. Min utgångspunkt är att både vårdande och lärande är sprungna ur samma ämnessubstans, nämligen vårdvetenskap, och är processer som liknar varandra, fast med olika syften. Jag ser studenters lärande som en process, som överensstämmer med patientens vårdprocess (jfr Ekebergh, 2001, 2009.a).

När studenter genomför VFU får de tillgång till både specifikt teoretiska och erfarenhetsbaserade kunskaper. VFU kan organiseras på olika sätt, men vid flera lärosäten finns utbildningsvårdavdelningar (UVA), där handledning och andra didaktiska strategier tillämpas, för att stödja studenters lärande i att vårda. En UVA kännetecknas av en miljö där vårdande och lärande

¹ I början på 1990-talet.

² Innebär att processorienterat handleda vårdare i grupp, i syfte att kvalitetssäkra patienters omvårdnad

samexisterar och det kan därför antas att de påverkar varandra. UVA-avdelningar kan ha olika karaktärer beroende på patienters specifika ohälsa, lidande och vårdbehov, vilka kan ha betydelse för hur lärande formas och hur studenter tillägnar sig kunskaper.

På den UVA som utgör forskningskontexten för föreliggande avhandling, har jag under en treårsperiod, (2006-2009) som klinisk adjunkt, varit med och planerat samt startat den. I denna vårdande och lärande miljö har mitt intresse och min nyfikenhet väckts alltmer utifrån hur möten mellan student och patient kan bli både vårdande och lärande på ett sätt som medför god omvårdnad till patienter. När jag påbörjade forskarutbildningen och avhandlingsarbetet, var min uppfattning att vårdande och lärande på något sätt hänger ihop. Det kan tyckas vara en självklarhet då studenters lärande handlar om att lära sig vårda. Min undran var på vilket sätt, d.v.s. hur vårdande och lärande påverkar varandra.

Hur förhållandet mellan vårdande och lärande upplevs och uppfattas av studenter, patienter och handledande sjuksköterskor, kan ha avgörande betydelse för hur studenter lär sig att vårda. Det är därför viktigt att studera när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, för att kunna utveckla kunskaper om vilka möten som möjliggör ett sådant sammanfallande, men också vilka möten som kan utgöra hinder. Sådana kunskaper kan bana väg för didaktiska strategier, som på bästa sätt kan stödja studenters lärande, samtidigt som även kunskaper utvecklas om hur vårdande av patienter kan främjas.

Avhandlingens övergripande syfte är att beskriva hur vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter och vilket handledande stöd som kan bereda vägen, för att detta sker. Detta kommer att beskrivas ur studenters, patienters och handledares perspektiv och utmynnar avslutningsvis i en generell struktur av när vårdande och lärande sammanfaller, vilket är en generell struktur av forskningsfenomenet. Att se vårdande och lärande som parallella företeelser³ är grundläggande, för att upptäcka när de sammanfaller. Med benämningen sammanfalla⁴ menas i detta sammanhang att två, var för sig, stora företeelser, så som vårdande och lärande inträffar samtidigt. I denna avhandling ligger utgångspunkten för ett sådant sammanfallande i linje med VFU:s syfte, nämligen att studenter ska lära sig vårda genom att just vårda patienter.

³ Se även "avhandlingens problemområde, syfte och frågeställningar".

⁴ Sammanfalla som begrepp har enligt www.synonymer.se – lexikon och ordbok för svenska synonymer, synonymer såsom *vara identisk, överensstämma, infalla samtidigt, sammanträffa, löpa ihop, löpa samman*.

Under de senaste tre decennierna har fokus vad gäller lärande i vårdande sammanhang mer legat på allmänpedagogik än på relationen mellan pedagogik/didaktik och ämnessubstansen vårdvetenskap. Dock har en vårdvetenskaplig inriktning på didaktik, den så kallade livsvärldsdidaktiken (Ekebergh, 2009; Hörberg, Carlsson, Holst, Andersson, Eskilsson & Ekebergh, 2014) utvecklats under den senaste 15-årsperioden. Det är inom denna vårdvetenskapliga livsvärldsdidaktik som föreliggande avhandling är skriven.

Min huvudsakliga strävan är att vårdvetenskap, som ämne, vilket också utgör en central del av mitt ethos⁵, ska "höras" och synas som en röd tråd genom avhandlingen, från första bokstaven i titeln till sista punkten i referenslistan. Strävan är också att den psykiatriska kontexten ska synas, men också att resultatet kan användas som reflektionsstimulans och lärandestöd i andra vårdande sammanhang. Ganska tidigt under mina forskarstudier bestämde jag mig för att skriva avhandlingen som en monografi, vilken Skott (2013) benämner som en längre berättelse. En sådan form erbjuder möjligheter att genomföra forskningen som en helhet, vilket har varit ett bra sätt att arbeta med ett komplext fenomen. Monografi, som avhandlingsformat har hjälpt mig att hålla ihop helheten från start till mål. På det sättet har jag kunnat studera när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, ur studenters, patienters och handledares perspektiv, och har sedan också kunnat studera fenomenet på en generell nivå

Avhandlingens struktur och upplägg

I bakgrund ges en kort beskrivning av pedagogisk och didaktisk utveckling i vårdande sammanhang. Dessutom behandlas lärande som begrepp och företeelse samt lärande i vårdpraxis. Vidare redovisas avhandlingens teoretiska perspektiv genom att ontologiska och epistemologiska utgångspunkter för vårdande och lärande beskrivs. Denna del bereder vägen för de epistemologiska val som har gjorts. Livsvärldsteorin spelar en central roll i avhandlingen och utvecklas därför i bakgrunden. Vidare behandlas ämnet vårdvetenskap och vårdvetenskapens didaktik som livsvärldsdidaktik. Bakgrundsdelen omfattas även av en forskningsöversikt. Här redovisas tidigare forskning som valts ut utifrån forskningsfenomenet som studeras i denna avhandling. Bakgrundsdelen avslutas med en sammanfattning av forskningsproblemet.

⁵ Kan förstås som mina inre drivkrafter. Ethos enligt Eriksson (2007) beskrivs i disussionsdelen under rubriken "ansvaret för den andre".

I teori- och metoddelen beskrivs forskningsansatsen ”Reflekterande livsvärldsforskning” (RLR), samt hur den har omsatts i forskningens genomförande i form av datainsamling och dataanalys.

I den del som innehåller reflektioner över ansats och metod diskuteras etiska reflektioner innehållande mina val och ställningstaganden, följt av metodologiska reflektioner vad gäller datainsamling och dataanalys. Därpå följer en mer övergripande och sammanfattande diskussion om mina val av ansats och metod samt om andra möjliga metodologiska angreppssätt. Efter detta följer reflektioner över resultatets objektivitet och validitet, där även diskussioner förs om resultatets överförbarhet till andra lärande vårdssammanhang.

I resultatdelen redovisas forskningens resultat, som beskriver innebörden av fenomenet; när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter. Resultatet utgörs av tre delresultat samt en syntes av dessa i form av en generell struktur av fenomenet.

I avhandlingens diskussionsdel diskuteras resultatet i relation till ämnessubstans och didaktik samt vårdande verksamhet och samhällsperspektiv. Vidare lyfts avhandlingens ”clou”⁶ fram, det vill säga huvudfyndet som sticker ut. Vidare diskuteras denna avhandlings kunskapsbidrag till ämnet vårdvetenskap och dess didaktik samt till det vårdande sammanhanget. Avslutningsvis presenteras en didaktisk idé om hur vårdande och lärande kan sammanfalla i möten mellan studenter och patienter, på ett sätt som medför både god omvårdnad till patienter och ett gynnsamt lärande för studenter i vårdande sammanhang.

⁶ Det som sticker ut i resultatet. Kommer från franskans ”le clou” som enligt www.fransktlexikon.se betyder ”piggen”.

BAKGRUND

Pedagogisk och didaktisk utveckling i vårdande sammanhang

Lärandestöd i vårdande sammanhang har utvecklats med olika teoretiska utgångspunkter. I Sverige utvecklades i slutet av 1970-talet en vårdpedagogisk tradition genom professor Britt Johanssons forskning. Så småningom etablerades ett autonomt akademiskt ämne, och en forskarutbildning i vårdpedagogik inrättades 1995 vid Göteborgs universitet. Disciplinen vårdpedagogik var och är starkt knuten till samhällsvetenskaper och då främst pedagogiken. Vårdpedagogiken har en nära relation till allmänpedagogik avseende ontologi och forskningsmetodik (Ekebergh, 2008). Studieobjekten var bland annat effekter av utbildningsförändringar, ämnesdidaktiska frågeställningar med inriktning mot undervisningsämnet omvårdnad samt studerande i vårdutbildningar (Johansson, 1996). Under de senaste tre decennierna har den vårdpedagogiska diskursen breddats till ett forskningsområde där även studier om patienters och närståendes lärande involveras (Friberg, 2001, Wallengren, 2009).

Ett vårddidaktiskt kunskapsområde växte under 1980-talet fram i Finland vid Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi. Här togs utgångspunkt i undervisning och lärande i relation till ämnet vårdvetenskap. Vårdvetenskapens didaktik utvecklades till en deldisciplin inom vårdvetenskapen. Vikten av att didaktik och vårdvetenskap utgår från samma ontologi och teorikärna var det som betonades och fokuserades. Denna didaktiska tradition beskrivs som:

”En didaktik som med en humanvetenskaplig och hermeneutisk bas, och ett ethos, med grund i caritas, är en öppen värld, där den hermeneutiska rörelsen skapar en epistemologi som söker sig mot nya horisonter, med siktet i traditionen och vårdvetenskapens teorikärna”

(Matilainen & Eriksson, 2004, s.1).

Integrerat med uppbyggnaden av den vårdvetenskapliga forskarutbildningen vid Växjö universitet⁷ har även utveckling och forskning kring didaktiken inom vårdvetenskapen pågått (Ekebergh, 2008). Denna didaktik startade med ett forskningsprojekt benämnt REDI, vilket står för reflektion och didaktik (Ekebergh, 2009.b). Fokus ligger på lärandestöd i vårdande sammanhang, inom såväl lärosäten som i klinisk verksamhet. På en övergripande nivå handlar vårdvetenskapens didaktik, enligt Ekebergh (2008), om hur lärandet kan stödjas, för att på bästa sätt kunna stödja patienter i deras hälsoprocesser. Detta innebär att vårdvetenskapens didaktik, som kunskaps- och forskningsområde, handlar om lärandestöd som riktar sig till studenter och vårdpersonal, men också till patienter och närstående. Denna gren inom vårdvetenskapens didaktik har en livsvärldsteoretisk förankring och har utvecklat en livsvärlds-didaktik.

Lärande

En central term som förekommer i avhandlingen är lärande. Med detta begrepp avses den speciella form av lärande som sker i studenters VFU, när de vårdar patienter. Studenter kompletterar det teoretiskt generella lärandet i en kollektiv högskolemiljö med ett vårdande sammanhang, där patientarbetet utgör det primära (Silén & Bolander Laksov, 2013).

Lärande som begrepp och företeelse kan definieras på olika sätt, vilket innebär att det också finns olika sätt att se på kunskap och kunskapsformer. Strävan i denna avhandling är inte att försöka definiera lärandet "fullständigt", utan att istället försöka att se så öppet som möjligt på lärande i relation till att lära sig vårda, att vårdas i ett lärande sammanhang samt att handleda i att lära sig vårda. Detta görs för att fenomenet, när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, inte är studerat i någon större utsträckning i tidigare forskning⁸. Emellertid finns i avhandlingen några "fasta utgångspunkter" avseende lärande i relation till vårdande sammanhang.

En av utgångspunkterna relaterar till Berglunds (2011) definition av lärande som grundas i en semantisk analys. Här framträder två dimensioner, vilka är *lära ut* och *lära sig*. Lära ut betyder att undervisa, visa och utbilda någon annan. Innebörden i att lära ut handlar således om att någon med specifik kompetens, erfarenhet och insikt kan förmedla kunskap till den som ska lära sig. Detta kan göras genom undervisning, information, handledning, predikan

⁷ Växjö universitet slogs 2010 ihop med högskolan i Kalmar och bytte namn till Linnéuniversitetet.

⁸ V.g. se "forskningsöversikten om lärande i vårdande sammanhang" längre fram i denna bakgrundsdelen.

och uppfostran. Lära sig betyder något annat än lära ut. Den som ska lära sig är här aktiv på ett annat sätt när det gäller att inhämta kunskap. Inhämtande kan ske genom erfarenheter och insikter. Lära sig handlar också om att inhämta vanor, vilket kan ske både aktivt och passivt. Andra vanligt förekommande synonymer till att lära sig är öva, pröva, träna och studera. Sammanfattningsvis kan sägas att lärande som begrepp handlar om:

- undervisning som ger legitimitet till att uppfostra och tillrättvisa
 - att aktivt inhämta kunskap för att nå egna insikter och färdigheter
 - aktivt och/eller passivt tillägnande av vanor
- (Berglund, 2011 sid. 55).

En annan utgångspunkt i denna avhandling, vad gäller lärande, handlar om de två kunskapsformerna teoretisk och praktisk kunskap. Den grekiske filosofen Aristoteles (2004)⁹ menade emellertid att det finns fem kunskapsformer, vilket är en mer förfinad indelning av kunskaper. *Episteme* är den vetenskapliga kunskapen, som kan förstås som en påstående "veta att-kunskap". Den praktiska och produktiva färdighetskunskapen *techne* kan förstås som en "veta hur-kunskap". *Fronesis* är praktisk klokhet eller "den goda omdömes-kunskapen". *Sofia* är filosofisk kunskap och visdom. *Nous* handlar om förnuftsinsikt och intuition. För Aristoteles finns det inte endast ett sätt att tänka på eller en kunskapsform, utan det finns flera. Den vetenskapliga kunskapen är inte tillräcklig, utan samtliga kunskapsformer behövs, för att förstå människans existens och utveckling, enligt Aristoteles. Med andra ord är inte en kunskapsform bättre än de andra. Dessa former är också i grunden sammanlänkade och de måste förstås i sin sammanlänkade form. I denna avhandling, som handlar om lärande i vårdande sammanhang, är det dock framförallt *episteme*, *techne* och *fronesis* som är av intresse och viktiga, för att förstå den kunskap som behövs för att kunna vårda. *Fronesis* spelar här en avgörande roll för att åstadkomma god vård. Det är en kunskap som inte går att formulera i allmänna termer, utan det är den bedömning som behövs i varje enskild situation för att handla med gott omdöme. Denna kunskapsform är inte heller begränsad till den specifika situationen, utan den handlar om att försöka se helheten i situationen. *Fronesis* kan därför förstås som en situationskunskap eller handlingskunskap (Nilsson, 2009). *Episteme* och *techne* omsätts i handlingar i vården med hjälp av *fronesis*. Utmaningen i ett lärande sammanhang är att studenter ska tillägna sig denna kunskapsform för att utveckla praktisk klokhet baserad i vetenskaplig och praktisk kunskap i sina möten med patienter.

⁹ Aristoteles resonemang om de olika kunskapsformerna finns att läsa i "bok VI" av Den nikomachiska etiken som finns i svensk översättning av Märten Ringbom.

Ontologiska och epistemologiska grunder för vårdande och lärande

Valda ontologiska och epistemologiska utgångspunkter, som har betydelse för det fenomen som studeras, beskrivs i detta avsnitt. En central utgångspunkt är livsvärldsteori med tillhörande intentionalitetsteori (Husserl, 1992/1929/, 1973/1939, 1970/1936). Enligt Bengtsson (1999) kan fenomenologi förstås som en rörelse i olika riktningar, där livsvärldsteori och intentionalitetsteori är en sådan riktning. Såväl Heidegger som Gadamer och Merleau-Ponty har utvecklat och nyanserat Husserls resonemang om livsvärlden (Bengtsson, 1999). Livsvärldsteori har en central plats inom vårdvetenskap (Dahlberg & Segesten, 2010) och bidrar med såväl ontologi som epistemologi och metodologi inom denna disciplin. Det fenomen som föreliggande avhandling studerar, det vill säga när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, har visat vägen för ontologiska och epistemologiska val vad gäller teoretiska utgångspunkter och metodologiska ställningstaganden. Därför har livsvärldsteori och intentionalitetsteori blivit viktiga fundament i denna avhandling.

Livsvärlden

Den moderna fenomenologins grundare Edmund Husserl menade, som kritik mot det naturvetenskapliga idealet i allmänhet och positivismen i synnerhet, att forskningsfrågorna måste komma från människors vardagsvärld (Bengtsson, 1999). Om forskning och vetenskap fjärrar sig från människans vardag, genom att endast finnas i sammanhang långt ifrån där människor dagligen lever, kommer en förtroendekris att inträffa. Därav finns risker att människor uppfattar forskning och vetenskap endast som processer och företeelser som inte angår dem. Husserl var alltså kritiskt till den sortens vetenskap som inte är grundad i det som människan har verklig kunskap om, det vill säga sina egna erfarenheter (Bengtsson, 1999). Husserl hävdade att vetenskaperna blivit alltmer "faktabaserade" och genom denna objektivism förlorat sin betydelse för "vanliga människors" liv. Detta benämnde Husserl som en vetenskaplig kris och han argumenterade för att vetenskapen måste närma sig människors livsvärld och studera företeelser såsom de erfars av människor (Bengtsson, 1999).

Enligt Dahlberg m.fl. (2008) är livsvärlden ett filosofiskt begrepp, som bland andra¹⁰ Husserl (1992/1929) har utvecklat. Livsvärlden är även grundbulten i fenomenologisk vårdvetenskaplig forskning (Dahlberg m.fl., 2008). Livsvärlden är den värld "som vi dagligen lever i, erfar, talar om och tar för

¹⁰ Enligt Bengtsson (1999) har även andra filosofer i den fenomenologiska rörelsen varit med och bidragit till livsvärldsbegreppets utveckling så som: Max Schelers – "miljövärld", Martin Heideggers – "vara-i-världen", Merleau-Pontys – "vara-till-världen" samt Schütz – "vardagsvärld"

given i alla våra aktiviteter” (Bengtsson 2001 s. 46). Bengtsson (1999) menar att livsvärlden är den bas som vi människor har, varifrån reflektion, abstraktion och generaliseringar kan ske. Människan saknar ofta en naturlig distans till sin livsvärld, som underlättar för att vardagliga företeelser kan problematiseras och reflekteras i lärande syfte. Vi har helt enkelt ett naturligt förhållningssätt som innebär att företeelser, skeenden och händelser, som är oss nära, tas för givna och därför sällan problematiseras och reflekteras över. Enligt Bengtsson (1999) vidareutvecklade Husserl kunskapen om människors naturliga förhållningssätt till sin vardagsvärld. Efterhand ersattes begreppet vardagsvärld med det mer grundläggande och övergripande begreppet livsvärld. Människors erfarenheter som helhet fokuseras i livsvärldsteorin. Fenomenologin har ett rikt erfarenhetsbegrepp och innefattar det som en människa kan erfara och uppleva i sitt dagliga liv (Carlsson, 2003). I livsvärlden, till skillnad från ”vardagsvärlden”, ingår både det naturliga, okritiska förhållningssätt som nämns ovan och det reflekterande förhållningssätt som beskrivs längre fram i denna avhandling (bl.a. på sid. 20-24).

Intentionalitet

Enligt Dahlberg m.fl. (2008) är Husserls teori (1973/1939, 1970/1936) om livsvärlden relaterad till hans teori om intentionalitet, som behandlar relationen mellan subjekt (människan) och objekt (världen, fenomenet). Denna teori handlar om att människans medvetande, i sitt grundläggande, är riktat utåt, mot något annat än sig själv. Detta innebär att människan spontant, det vill säga utan aktiv tolkning, alltid erfar något ”som något”. Människan kan således endast tala om något i världen i relation till sin erfarenhet av det. Dahlberg m.fl. (2008) tar stöd i Husserls och Merleau-Pontys (1995/1962) resonemang, som fokuserar fenomenets *innebörder (mening)* utifrån denna teori om intentionalitet. Utgångspunkt är att subjektet alltid *erfar* objektet som någonting och det är just detta ”som någonting” som bildar innebörder och skapar mening, såsom meningsfullt och/eller meningslöst. Intentionalitet, som kunskapsmodell, utgör på så vis den centrala innebörden av livsvärldsteorin, genom att den tydliggör hur människan erfar allt omkring sig i relation till andra människor och till sin omvärld. Att ”erfara” något ska här förstås som erfarenheter i form av exempelvis upplevelser, tankar, känslor och handlingar.

Bengtsson (1999) menar, med hänvisning till Husserl (1929/1992) att en grundläggande komponent i fenomenologisk metod handlar att gå till sakerna själva, och göra den levda erfarenheten full rättvisa, så som den erfars i all sin mångfald. Sakerna ska i detta sammanhang inte förstås som ”saker och ting”, utan som saker i en vidare mening som exempelvis händelser och/eller företeelser, så som de erfars av någon. Att gå till och vända sig till sakerna handlar om att forskaren förhåller sig på ett sådant sätt att sakerna kan visa sig.

Dahlberg m.fl. (2008) menar, med stöd av Husserl (1973/1939, 1970/1936) att när människan erfar något "som något" innehåller detta "något" emellertid alltid mer än vad som direkt erfars. Det finns således egenskaper hos detta "något" som samtidigt "medpresenteras", vilket benämns som "appresentationer". På så vis både presenteras och medpresenteras en företeelse för människans medvetande, mer eller mindre medvetet. Dahlberg m.fl. (2008) talar vidare, med hänvisning till Husserl (1992/1929), om företeelsens (eller fenomenets) inre och yttre horisonter, vilka utgör "det" som presenterar och medpresenterar sig när människan erfar något. När människan exempelvis erfar ett hus¹¹, presenteras husets yttre horisonter i form av husvägg, fönster, dörrar etc. Husets inre horisonter utgörs av sådant som människan i stunden och med blotta ögat inte kan se, men som människan via sina tidigare erfarenheter ändå kan ana, så som rum som går att gå in i. På så vis medpresenterar sig husets inre horisonter. En människas naturliga hållning innebär att medvetandet kan vara oreflekterat och okritiskt, vilket innebär ett förgivettagande grundat på tidigare erfarenheter. Men om något oväntat och nytt inträffar kan människans hållning förändras till ett mer reflekterat och kritiskt ifrågasättande. På detta sätt kan nya "saker" erfaras, som får ny och/eller förändrad mening. Om man använder exemplet med husets inre och yttre horisonter, kan på så vis något som vid första anblick kan upplevas som ett boningshus i själva verket vara något helt annat, som exempelvis en affärsverksamhet eller förskola.

Levd kropp i en sammanflätad värld

En annan central ontologisk utgångspunkt i avhandlingen är att förstå människan som levd kropp i en med människan sammanflätad värld, vilket är en idé som är inspirerad av Merleau-Pontys filosofi (Dahlberg m.fl., 2008). Denna avhandlings forskningsfenomen bör således förstås utifrån ett ontologiskt resonemang, där livsvärlden står för ett helhetsperspektiv med en integrativ syn. Dahlberg m.fl. (2008) tar stöd av Merleau-Ponty, (1968/1948) och menar att människans existens är en sammanflätad enhet av levd kropp-själ-värld. Genom denna utgångspunkt kan fenomenet, när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, ses som att "vårdande är av lärande" och vice versa. Min strävan är dels att försöka beskriva när och hur vårdande och lärande "är av varandra" genom att beskriva när och hur de sammanfaller. Dels att försöka beskriva fenomenet integrativt, det vill säga mer i termer av "både-och"¹² istället för att förstå dessa möten som antingen vårdande eller lärande.

¹¹ För vidare beskrivningar och exempel se Bengtsson (1999, s. 29) och Hörberg (2008, s. 37).

¹² Detta "både-och" kan även förstås med hjälp av "figur 1 – rubins ansiktsvas, vilken beskrivs både i "dataanalysen" och i "metoddiskussionen" i denna avhandling.

Dahlberg m.fl. (2008) hänvisar till den franske existensfilosofen Maurice Merleau-Ponty (1995/1962), som har vidareutvecklat Husserls livsvärlds- och intentionalitetsteori. Det betyder att människan inte kan delas upp i kropp och själ på ett dualistiskt (eller radikalt) vis, inte heller kan människan separeras från världen. "Människan är av världen", liksom "världen är av människan". Enhet ska i detta sammanhang förstås som ett icke reduktionistiskt sätt att se på och förstå verkligheten. Det innebär i denna avhandling att värdande verklighet och lärande verklighet består av en mångfald av egenskaper, som inte kan reduceras till eller separeras från varandra. Det integrativa perspektivet handlar här om sammanflätningen, det vill säga det ömsesidiga beroendet mellan det värdande och det lärande sammanhangets många skiftande egenskaper. Den integrativa synen förkastar dualistisk ontologi, som delar upp verkligheten i exempelvis materiella eller mentala egenskaper. Andra exempel kan handla om objektiva eller subjektiva fenomen, vilka inte relaterar till varandra (Bengtsson, 2001; 2005). Enligt Dahlberg m.fl. (2008) talar Merleau-Ponty (1968/1948) om människans intentionala existens. Människan står i ständig "direkt-förbindelse" med världen genom sin levda kropp. Detta benämns och gestaltas av Merleau-Ponty som så kallade intentionala "trådar". Människan erfar objekt i världen utifrån vilken betydelse eller mening de har. På så sätt är människan "bunden till" världen via intentionala trådar och erfar den genom att dagligen "mellankroppsligt kommunicera" med dessa objekt och andra människor. Människan kan således endast tala om världen i relation till kroppsligt levd erfarenhet av den.

Som nämns ovan är människan spontant eller aktivt riktad mot företeelser och kroppsliga aktiviteter i sin tillvaro. Genom dessa aktiviteter och sitt varande i världen kan människan tillägna sig erfarenheter, vilka kan generera kunskap. Enligt Berglund (2011), med stöd av Bengtsson (2010)¹³ ska människans praktiska aktiviteter inte förstås som "bara praktiska", det vill säga utan teoretisk koppling. En människas intelligens och förstånd kommer inte enbart till uttryck i mentala funktioner, utan uttrycks också i form av handlingar, så som ett görande med händer eller andra delar av kroppen. Berglund (2011) menar med stöd av Merleau-Ponty (1995/1945), att när människan "tagit till sig" kunskap, såväl teoretisk som praktisk, och denna har "satt sig" i kroppen, visar sig detta i sätt att tänka, känna, tala, se, lyssna och agera. På så vis blir kunskap en "förlängning" av kroppen. Dessa erfarenheter som kan förstås som ett lärande, benämns som förkroppsligade.¹⁴ Detta sätt att se på lärande utgör en viktig utgångspunkt i denna avhandling. Studenters lärande under VFU är en speciell form av lärande som bygger på mellanmänskliga och

¹³ Jan Bengtsson, professor Göteborgs universitet: *Embodied experince in educational practice and research*. Paper presenterat på Kollegiet för livsvärlds-fenomenologisk forskning, 2010-10-06, Göteborgs universitet, Institutionen för didaktik och pedagogisk profession.

¹⁴ Exempel på ett sådant förkroppsligat lärande kan vara att lära sig cykla eller att lära sig köra bil.

mellankroppsliga möten med patienter, där såväl teoretiska som praktiska erfarenheter förväntas att "sätta sig" i studenternas kroppar som kunskap. Detta är ett sätt att lära som skiljer sig från det lärande som förväntas ske på lärosätet, genom att ett lärosäte inte kan förmedla möten med patienter där studenter vårdar och patienter vårdas.

Mellanmänskliga möten

Den levda kroppen "förankrar" människan i världen och blir på så sätt navet i hennes livsvärld. Enligt Dahlberg m.fl. (2008), med stöd i Merleau-Ponty (1995/1962), ger den levda kroppen människan tillgång till världen. På samma sätt som den kan "öppna upp" världen genom hälsa och välbefinnande kan den även "begränsa" tillgången till världen, genom exempelvis sjukdom, ohälsa och funktionsnedsättningar. Det är genom den levda kroppen som människan får tillgång till andra människor. Genom mellankroppsliga möten som sker mellan människors livsvärldar när de möts, erfars andra människor, samtidigt som de är sammanflätade. Erfar kan här förstås som upplever, vilket omfattar den levda kroppens tankar, känslor och handlingar. Studenters lärande under VFU är en specifik typ av lärande, som bygger på att studenter ska vårda patienter i mellanmänskliga möten. Denna avhandling uppmärksammar just dessa mellanmänskliga och mellankroppsliga möten som sker mellan studenter, patienter och handledare. Avsikten är att utforska när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter samt vilket handledande stöd som krävs för att detta ska ske.

Vårdvetenskap på livsvärldsteoretisk grund

Nationellt och internationellt finns i dag olika vårdvetenskapliga "landskap", vilket innebär att det finns olika teoribildningar inom vårdvetenskapen¹⁵. Denna avhandling har en vårdvetenskaplig utgångspunkt med livsvärlden som grund (Dahlberg m.fl., 2003; Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdvetenskap är en vetenskap med humanvetenskapliga rötter, som inte är riktad mot någon specifik profession, utan är en professionsneutral och autonom vetenskap. Denna vetenskap behandlar människan i förhållande till hälsa, lidande och vårdande. Enligt Dahlberg och Segesten, (2010) samt Dahlberg, Todres och Galvin, (2008) är patientperspektivet sprunget ur livsvärldsperspektivet, vilket

¹⁵ Internationellt förekommer olika engelska benämningar så som: caring science och health care science. Nationellt och internationellt finns i dag olika vårdvetenskapliga "landskap", vilket innebär att det finns olika teoribildningar inom vårdvetenskapen. I praktiska vårdsammanhang kan begreppet vårdvetenskap ibland blandas ihop med begreppet omvårdnad. Skillnaden mellan dessa ligger i att vårdvetenskap är ett professionsneutralt ämne och omvårdnad har fokus på professionskunskaper. Vårdvetenskap kan även förekomma som ett organisatoriskt begrepp för flera olika vårdutbildningar, men det handlar då inte om ämnet vårdvetenskap.

innebär att det utgår ifrån och uppmärksammar människors intentionaltet och dagliga tillvaro. Livsvärldsperspektivet har, i detta sammanhang, fokus på hur patienten erfar sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande eller sin vård. Perspektivet fokuserar på och har intresse för patientens berättelse och livshistoria, med utgångspunkt i att varje människa och varje erfarenhet är unik. Perspektivet innebär också att patienten betraktas som den främste experten på sig själv och på sin situation. Dahlberg och Segesten (2010), menar vidare att patientperspektivet anger ett förhållningssätt som för vårdaren speglar en värdegrund med utgångspunkt från respekt, integritet och värdighet. Patientperspektivets centrala plats i vårdvetenskap gör att denna vetenskap kan förstås som en patientvetenskap. Begreppet patient är inte knutet till speciella vårdområden och det kan omsättas till olika benämningar beroende på vårdkontext.¹⁶ Vårdvetenskap utgår ifrån en helhetssyn, vilket innebär att patienten ses i sitt totala sammanhang, som även inbegriper familj och närstående.

Livsvärldsperspektivet betonar öppenhet och följsamhet utifrån patientens levda värld. Navet i en människas liv är den levda kroppen, som ska förstås ur ett helhetsperspektiv, vilket innebär att kroppen inte är något människan har utan är något människan är¹⁷. Varje mänsklig upplevelse är en helhet genom hennes levda kropp. Varje förändring i människans kropp medför en förändring av hennes tillgång till livet (Dahlberg & Segesten, 2010). Exempel på sådana förändringar är sjukdom och ohälsa. Ohälsa kan beskrivas med hjälp av begreppet lidande. Vårdvetenskapens kunskapsområde relaterar i stor utsträckning till existentiella frågor. På olika sätt studeras och problematiseras hur det är att leva med sjukdom, ohälsa, lidande samt hur hälsa och välbefinnande kommer till uttryck. Vårdvetenskapens intresse för patientens värld anger ett helhetsperspektiv och en fråga som är relevant i sammanhanget är; hur påverkar hälsa/ohälsa, lidande/välbefinnande människans existens? Det yttersta syftet med vårdvetenskaplig forskning är att skapa kunskap, som på ett etiskt sätt kan utveckla och förbättra vårdandet och lindra patientens lidande. Att vårda vårdvetenskapligt innebär att lindra människors lidande och att stärka hälsoprocesser (Dahlberg m.fl.,2003; Dahlberg & Segesten, 2010).

Den livsvärldsorienterade vårdvetenskapen har fokus på hälsa och vårdande. Dahlberg och Segesten (2010) menar att en stor del av forskning som genererat kunskap inom vårdvetenskap har handlat om ohälsa och lidande och inte om hälsan i relation till vårdande. Av denna anledning har dessa författare lyft fram hälsa som begrepp och företeelse. De har utvecklat en teori som

¹⁶ Exempelvis brukare, individ, klient, kund, person, vårdtagare.

¹⁷ Se rubrik "Levd kropp i en sammanflätad värld" samt "Det mellan mänskliga mötet" i denna bakgrundsdel.

beskriver hälsa i förhållande till begrepp¹⁸ som välbefinnande, livsprojekt, livskraft, livsrytm, mening och sammanhang.

Andra vårdvetenskapliga teorier av betydelse

Andra vårdvetenskapliga teorier, som är betydelsefulla för att förstå lärande i vårdande sammanhang, är de som har utvecklats genom Erikssons och Lindströms¹⁹ forskning. Erikssons forskning om den lidande människan (1994) är betydelsefull för vårdandet. Begreppet patient betyder den lidande eller den som tålmodigt uthärdar ett lidande. Det mänskliga lidandet i dess djupaste mening är en form av döende och i varje lidande finns substans, som handlar om att något har tagits ifrån den som lider, konkret och/eller symboliskt (Eriksson, 1994). Lidande är en dödskamp innehållande såväl sorg som möjlighet till nytt liv. Eriksson menar vidare att i lidandet finns visshet hos människan om att kampen går ut på att kämpa eller ge upp. Det är beroende på livssituationen som hon går in i kampen eller ger upp den. Även Lindholm (1998) och Wiklund (2000, 2003) beskriver lidandet och lidandets kamp. Lidandets kamp beskrivs som en plåga, där människan bl.a. kämpar mot känslan av skam och förnedring. Kampen kan ses som en ständig rörelse mellan ytterligheter så som hopp-hopplöshet, tro-förtvivlan och liv-död. Lidandet framträder i olika former så som livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (Eriksson, 1994).

Under mina yrkesverksamma år som sjuksköterska inom psykiatrisk vård har jag inspirerats av Erikssons (1983; 1986) caritativa²⁰ vårdprocessmodell samt Lindströms (1987/1994/2003) vidareutveckling av denna i en psykiatrisk kontext. Både när jag har vårdat patienter och när jag handledt studenter har jag tagit stöd av denna teoretiska vårdprocessmodell, där ansande, lek och lärande, kan översättas till handlingar och aktiviteter i vårdpraxis. En stödjande handling med tillhörande stödjande aktivitet är tätt sammanflätade med varandra. Handlingen motsvarar vad som ska uppnås likt ett syfte och aktiviteten motsvarar hur detta kan uppnås på en praktisk nivå. Ett sätt att förstå vårdprocessmodellen är att den kan utgöra ett didaktiskt stöd för involverade personer, så som en orienterare använder sig av karta och kompass för att navigera sig i tillvaron. Ansandet är en konkret caritativ gärning, vilken handlar om att bekräfta den andres existens. Ansande handlingar kan vara att i mötet lyssna med aktiva sinnen, visa intresse, bekräfta genom att ge utrymme och uppmuntra. Leken handlar om att utmana den trygghet som ansningen

¹⁸ Exempel på andra begrepp som beskrivs i denna teori är livsmod, vila och rytm.

¹⁹ Båda är professorer på institutionen för vårdvetenskap, tillhörande Åbo Akademi men belägen i Vasa, Finland.

²⁰ Den oegennyttiga kärleken till den andra människan omsatt i vårdande handlingar ska ses som vårdandets grundmotiv. På så sätt är all vård enligt Erikssons teori förenad med kärlek.

har som syfte. Lekande handlingar kan vara att ge studenten utrymme till att genom reflektion kunna leka med tanke, känsla och handlingar. I leken finns övning, prövning, lust, längtan, önskningar, skapande och allvar. I leken finns det naturliga lärandet, som innebär ökad autonomitet, utveckling, växt, förnyelse, vilket stärker självkänsla och oberoende. Lärande handlingar kan vara att ge kunskap, rådgivning, anvisning, påverkan, överläggning och utvärdering (Eriksson, 1983; 1986). Ansande, lekande och lärande vårdhandlingar ska inte förstås som metodiska och tekniska problemlösningsmodeller, vilket både Eriksson (1983; 1986) och Lindström (1987, 1994, 2003) betonar.

Livsvärlden som grund för lärande

Hur vi människor lär beror på erfarenhet, förståelse och syn på det som ska läras. Detta är en självklar utgångspunkt i all samtida didaktik, oavsett teoretisk inriktning. Livsvärlden spelar på detta sätt en viktig roll för hur människan kan tillägna sig kunskap och även utveckla den. Livsvärldsperspektivet bereder således vägen för en människas förståelse för såväl lärande som vårdande (Ekebergh, 2008; 2012). Människans varande i världen handlar om att hon alltid bär på historiska, kulturella och sociala erfarenheter av företeelser och sammanhang. När människan erfar olika företeelser, finns redan innebörd och mening utifrån tidigare erfarenheter. Dessa företeelser och sammanhang är mycket viktiga för kunskapen i och med att de finns där, som en förförståelse, även om vi inte alltid är medvetna om dem. Enligt Ekebergh (2009.a) kan företeelser i livsvärlden dock undersökas och begreppsliggöras genom reflektion. Med hjälp av reflektion medvetandegörs fenomenen i världen och blir därmed möjliga att analysera, i stället för att tas för givna. På detta sätt kan livsvärlden med hjälp av ord och begrepp synliggöras och artikuleras, vilket utgör grunden dels för skapande av teorier, dels för lärande.

Människan och hennes värld, som tidigare framkommit, formas av varandra och bildar en sammanflätad enhet, som inte kan delas upp. Således är förståelsen av människan som levande kropp i en sammanflätad värld även centralt för att förstå lärande som fenomen. Hur människan lär är följaktligen individuellt, utifrån att varje människa är bärare av unika erfarenheter av företeelser och sammanhang. På så vis börjar alltid lärande i den lärandes tidigare erfarenheter, som utgör grunden för individens förståelse. Människans livsvärld är på detta sätt grunden för lärande och lärande måste alltid förstås i relation till den lärande och dennes erfarenheter, som följer med in i lärandeprocessen (Ekeberg, 2009.a).

Livsvärldsdidaktik– en inriktning av vårdvetenskaplig didaktik

Ekeberghs (2001, 2007, 2009.a, 2009.b, 2011) forskning om lärande i vårdutbildning har visat att didaktiken är beroende av ett vårdvetenskapligt perspektiv, för att kunna stödja lärandet i att vårda. Vårdvetenskapens didaktik är en deldisciplin inom vårdvetenskap och vilar därmed på samma ontologiska och kunskapsteoretiska grund som vårdvetenskapen i övrigt (Ekebergh, 2009; Dahlberg & Segesten, 2010; Maatilainen & Eriksson, 2004). Inom vårdvetenskapens didaktik ligger fokus på lärande om patientens värld i syfte att kunna utföra en god vård. Vårdande innefattar såväl vårdvetenskaplig teoretisk kunskap som praxiskunskap. Centralt inom den vårdvetenskapliga kunskapstraditionen är lyhördheten för patienten och dennes upplevelser av sin hälsa och ohälsa. På motsvarande sätt är det centralt inom livsvärldsdidaktiken att vara öppen och lyhörd för den lärandes erfarenheter, tankar och upplevelser i förhållande till lärostoffet vårdande, det vill säga att lära sig vårda. Didaktik och vårdvetenskap har således en gemensam utgångspunkt. Det som karakteriserar en vårdande relation kan också karakterisera en lärande relation. Kärnan²¹ är densamma i dessa relationer även om förutsättningar, syften och mål är olika. På detta sätt finns samstämmighet mellan vårdande som lärostoff och lärandestöd, som i praktiska vårdsammanhang benämns som handledning. En sådan samstämmighet är central vad gäller trovärdigheten i det som ska läras, vilket kan underlätta tillägnet av innebörder i vårdvetenskapliga begrepp och i människors upplevelser (Ekebergh, 2009.a, 2012).

Både vårdande och lärande präglas av ett livsvärldsperspektiv, som innebär öppenhet för den som ska vårdas respektive lära sig. Utgångspunkt för ett sådant lärande utgörs av livsvärldsdidaktiken (Ekebergh, 2001, 2005, 2007, 2008, 2009.a, 2009.b, 2011). Med livsvärlden som grund har didaktiken ett lärandeperspektiv som innebär att det är den lärandes livsvärld som är i fokus. Enligt Hörberg (2008.c) är det viktigt att vårdarna intar en reflekterande vårdande hållning, som har sin grund i en medveten och genomtänkt vårdvetenskaplig värdegrund. Eftersom studenters lärande handlar om att lära sig vårda blir detta centralt även för studenter. Livsvärldsdidaktiken stödjer studenter i att inta en reflekterande vårdande och lärande hållning i möten med patienter. Det är en hållning som kräver öppenhet och följsamhet för samtliga involverades levda värld, med strävan att försöka förstå hur varje människa erfar sin livssituation. I föreliggande avhandling handlar det om hur studenter, patienter och handledare förstår och erfar sin livssituation i ett

²¹ Kärnan som begrepp i dessa sammanhang kan förstås dels som utgångspunkt och dels likt kärnhuset i en frukt, där frukten växer och utvecklas inifrån sitt kärnhus och ”ut” mot omgivningen

lärande vårdsammanhang. Inom livsvärldsdidaktiken finns handledning som en didaktisk form. Handledning under studenters VFU handlar om att studenter som ska lära sig vårda får ett handledande stöd (Hörberg, Ozolins & Ekebergh, 2011; Holst & Hörberg, 2012, 2013).

Reflektion spelar en central roll i livsvärldsdidaktiken, när det handlar om att lära sig vårda. Det är reflektionen som startar lärandeprocessen. Enligt Ekebergh (2009.a) är reflektion en inre dialog hos människan där tidigare erfarenheter relateras till nuet, men även till en möjlig framtid. I reflektionen tänker individen över sitt tänkande. Tankar känslor och erfarenheter begrundas. Reflektionen är en helhetsakt i människans medvetande, där hela livsvärlden och existensen är involverad och syftet är att skapa ordning och mening, eller med andra ord, att försöka förstå en företeelse eller ett sammanhang (Ekebergh, 2001). Reflektion kan förstås med hjälp av teorin om medvetandets intentionalitet, såsom filosofen Husserl (1973/1939, 1970/1936) har beskrivet den och som finns beskriven i denna avhandling (s. 14). Med denna utgångspunkt kan det tydliggöras hur medvetandet kan inta två olika riktningar: dels mot något utanför sig självt så som föremål, objekt, vilket är den naturliga hållningen (se avsittet om livsvärld s. 13), dels kan det riktas mot sig självt, vilket innebär en distansering till den naturliga hållningen. På så sätt görs själva intentionaliteten till föremål för reflektion. När medvetandet riktas mot sig självt, medvetandegörs det som erfars på ett aktivt sätt i stället för att ske passivt och tas för givet, vilket samtidigt också innebär att en reflektion sätts igång. En distansering till den naturliga hållningen kräver ett medvetet och aktivt arbete genom en frågande hållning. Individen blir öppen för det som erfars och tillskriver det inte direkt en mening. Reflektion är på så sätt ett medvetet och aktivt tankearbete. Det är en bearbetning av det som människan erfår, vilket sker i relation till tidigare erfarenheter och alla de speciella tankar, minnen, känslor och förväntningar som det nya erfandet/upplevelsen framkallar. Ekebergh (2001; 2009) betonar med stöd i Merleau-Ponty att reflektionen inte endast är en tankeprocess utan en helhetsakt som involverar och inbegriper hela människan i sin levda existens, något som människan genomlever.

Ekebergh (2001; 2007) menar också att reflektionsprocessen kan förstås som en förståelseutvecklingsprocess i den mening att reflektionen leder till ny förståelse eller med filosofen Gadamer's ord, en vidgad förståelsehorisont. Gadamer (1989) påtalar betydelsen av ett öppet sinne för att förstå mer, vilket i reflektionen innebär att "dröja" eller förlängsamma tänkandet och öppna upp för "annanheten", det vill säga att ställa frågorna: Kan detta vara något annat än det som jag först kommer att tänka på? Vad handlar detta om egentligen? Det innebär att låta det som erfars vara obestämt en stund och inte göra det till något bestämt för snabbt. Genom att förlängsamma tankeprocessen på detta sätt bearbetas tidigare erfarenheter, som är innebörder, värderingar och

synsätt av företeelser i världen, i förhållande till det nya som erfars. Individens förståelse och erfarenheter omprövas. Så småningom sker i bearbetningen en sammansmältning av gammalt och nytt och en ny förståelsehorisont tar form. Hur den nya erfarenheten struktureras i medvetandet och hur den nya förståelsen blir beror på individens tidigare erfarenheter. Det innebär att det alltid finns en subjektiv dimension av förståelse. Förutsättningen för att lära nytt och utvecklas som person är, enligt Gadamer (1989), att sätta tidigare erfarenhet och förståelse på spel. Det är detta som är utmaningen i förståelseutveckling, vilket spelar en central roll i att lära sig vårda. Ekebergh (2009.a, s. 33-34) har i en begreppsanalys av reflektion kommit fram till att reflektion innebär att:

- tänka efter och noggrant överväga tankar i lugn och ro
- filosofera och grubbla eller fundera
- med distans ”titta på” och upptäcka sina upplevelser genom tankar och funderingar
- uppmärksamma och fokusera på någon eller något
- med aktiva sinnen utföra ett medvetet övervägande
- med förnuft och avsikt skapa mening
- med nyfikenhet möta något okänt
- låta sig förvånas och förundras

Lärande i vårdpraxis

I den verksamhetsförlagda utbildningen, VFU, ges studenter möjlighet att praktiskt tillämpa teoretiska kunskaper i möten med handledare och patienter. Detta sker i olika vårdande sammanhang såsom öppen och sluten hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg samt olika typer av hälsovård. I Sverige är sjuksköterskeutbildningen treårig med ett innehåll av VFU som varierar mellan 20-50 % mellan olika lärosäten (Mogensen, Thorell Ekstrand & Löfmark, 2010). Dessa utbildningsperioder utgör enligt Mogensen m.fl. (2010) en viktig del av studenters utbildning. Vad som anses viktigt kan dock variera, beroende på vems perspektiv som speglas. Ur ett högskoleperspektiv skall VFU vara kvalificerande för professionen, samtidigt som den skall vara såväl kontrollerande som bedömande, vad gäller studenters kunskaper. Ur studenters perspektiv speglas ofta VFU utifrån behovet av att få prova på att vårda patienter ”på riktigt”. När huvudmän för sjukvård- och omsorg uttalar sig om syften med studenters VFU, handlar det oftast om att denna skall vara yrkesförberedande, vilket ska leda till att kompetens kan tillföras i verksamheten. Patienters perspektiv utifrån lärande- och vårdandesyften, det vill säga förväntningar och erfarenheter av att vårdas under studenters VFU är dock enligt Mogensen m.fl. (2010) inte undersökta i någon större omfattning.

Under VFU ges studenter möjlighet att lära såväl teoretisk som erfarenhetsbaserad kunskap i vårdpraxis. De ska tillägna sig erfarenhetsbaserad kunskap genom att tillgodogöra sig yrkeskunskaper som andra vårdare redan "vet" och "kan". Detta sker genom att studenter deltar i det dagliga vårdarbetet, observerar och prövar genom att imitera. De ges möjlighet att vara i kontakt med ett vårdande sammanhang, som de sedan som färdigutbildade sjuksköterskor ska vara en del av, hantera, förstå och utveckla (Silén & Bolander Laksov, 2013). Lärande i VFU betyder att de möter patienter i ett kliniskt vårdande sammanhang, något som de kanske tidigare endast läst om. Studier visar att ett sådant lärande kan vara komplext (Ekebergh, 2001; Lilja Andersson & Edberg, 2011). Komplexiteten handlar dels om det "glapp" som kan finnas mellan vetenskaplig och praktisk kunskap²², dels om att utbildningen till sjuksköterska innebär såväl en yrkesexamen som en akademisk examen, vilket ställer stora krav på lärare, studenter och handledare. Enligt Mogensen m.fl. (2010) kan kollision och konflikt mellan erfarenhetsbaserad yrkeskunskap och akademisk tradition bli påtaglig under studenters VFU.

Enligt högskolelagen (SFS; 1992, 1:a kap. § 2) ska all högskoleutbildning vila på både en vetenskaplig grund och en beprövad erfarenhet. Dimenäs, Björklund, Häggkvist, Larsson, Rundgren och Welin Modh (2012) problematiserar sjuksköterskestudenters lärande under VFU utifrån begreppet beprövad erfarenhet, som motvikt till begreppet vetenskaplig grund. Författarna refererar till Segesten (2011), som menar att beprövad erfarenhet är ett begrepp som är nära knutet till yrkesutbildningar och dessutom ofta förekommer i praktiska sammanhang. Segesten (2011) uttrycker vidare att begreppet beprövad erfarenhet är problematiskt inom vårdkontexter, eftersom det saknas en klar definition av dess innebörd. När forskning saknas, eller om det handlar om områden som kanske inte låter sig studeras, benämns ofta dessa som beprövad erfarenhet. Enligt Dimenäs m.fl. (2012) används begreppen vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet ibland som synonymer till begrepp som akademi respektive verksamhetsutövning, samt även till begrepp som teori och praktik. Det förekommer att företrädare för dessa båda perspektiv hamnar i konflikt, beträffande vad som anses vara den viktigaste kunskapsformen i sjuksköterskors utbildning. Att uppfatta studenters VFU som praktik i relation till den akademiska delen av utbildningen, tycks utgöra en stark tradition bland involverade företrädare.

²² Vilket även nämnts under rubriken - "problemområde" i avhandlingens bakgrundsdel samt vilket ofta utgör utgångspunkt för tidigare forskning om studenters lärande i vårdande sammanhang – se "Forskningsöversikt om sjuksköterskestudenters vårdande av patienter under VFU".

Det kan följaktligen konstateras att det finns centrala frågor om att ta hänsyn till avseende lärande i vårdpraxis. Sjuksköterskeutbildningen ska ge professionskunskaper, vilka är grundade i såväl teori som praxis, vilket innebär att det finns två kunskapskällor för inhämtande av kunskaper om vårdandet. Båda dessa kunskapskällor kan på olika sätt vara förenade med problem och svårigheter vad gäller lärandet. I teoretiskt inriktad vårdvetenskap arbetas med abstrakta och generella beskrivningar av vårdandet, vilka utgör teoretiska ideal (Dahlberg & Segesten, 2010; Eriksson & Lindström, 1999). Dessa teoretiska beskrivningar är inte alltid identiska med den konkreta och ofta mer komplexa vårdverkligheten. Forskning och utvärderingar visar att studenter kan uppleva svårigheter i att använda den teoretiska kunskapen i en praktiskt "levande" vårdkontext, det vill säga i mötet med patienten. De tillägnar sig den teoretiska innebörden av centrala vårdvetenskapliga begrepp, men har sedan svårt för att omsätta dem eller använda dem som stöd i mötet med patienten (Ekebergh, 2001; Ekebergh & Määttä, 2005).

Det som ytterligare kan förstärka dessa svårigheter är att det handledande stöd som studenter erhåller under verksamhetsförlagd utbildning. Detta stöd är inte alltid teoretiskt integrerat²³, utan fungerar, vid dessa tillfällen, som en "tom teknik", vilket innebär att handledningen då saknar koppling till vårdvetenskapliga teoretiska perspektiv (Ekebergh, 2001; 2009). Ekeberghs resonemang ligger i linje med Mogensen m.fl. (2010), som uttrycker att handledning ibland vilar på en gammal mästare och lärlingskultur, där studenten är knuten till en handledare. Därmed finns risken att studenten intar en passiv observatörs- och imitatorroll.

Mästare-lärlingstraditionen är enligt Nielsen och Kvale (2000) samt Mogensen m.fl. (2010) en typ av handledning som är starkt traditionsbevarande, och som än idag praktiseras i många så kallade hantverksyrken, bland annat i sjuksköterskeprofessionen. Ett pedagogiskt problem som är knutet till denna hantverkstradition är att etik och moral i förhållande till yrkesfunktionen grundläggs, genom att lärlingen deltar tillsammans med mästaren i praktisk verksamhet, tar efter och imiterar denne. Samtidigt kan omoralen utvecklas om inte etik och moral görs till föremål för reflektion (Tveiten, 2003; Ekebergh, 2001). Ekebergh (2001, 2009) pekar också ut denna pedagogiska företeelse som ett lärandeproblem, som i en förlängning kan medföra brister i vårdandet. Vårdvetenskap²⁴ är idag många gånger osynlig i vårdpraxis, vilket kan få konsekvenser för studenters lärande.

²³ Att det finns ett glapp mellan teori och praktik är något som ofta utgör utgångspunkt för tidigare forskning om studenters lärande i vårdande sammanhang – v.g. se "forskningsöversikten" i denna avhandlings bakgrund.

²⁴ Avhandlingens valda utgångspunkter av ämnet vårdvetenskap beskrivs bl.a. under rubrikerna "vårdvetenskap på livsvärldsteoretisk grund" och "andra vårdvetenskapliga teorier av betydelse".

Eftersom vårdvetenskap inte alltid är tillräckligt implementerad och införlivad i vårdpraxis saknas, denna kunskapsgrund i möten mellan studenter, patienter och handledare. När teoretisk kunskap inte är tillräckligt implementerad i den praktiska vårdande verksamheten, tar lärandet istället sin utgångspunkt i livserfarenheter ”i det levda livet”. Det innebär att lärandet baseras i ett förgivettagande, som saknar kritiskt reflekterande. Detta kan medföra att en medveten reflektion uteblir och istället fokuseras och förstärks ett oreflekterat och imiterat beteende. Ekebergh (2001; 2009) benämner detta som modellärande med fokus på görande och menar att studenter enbart blir bekräftade i aktiviteter som de praktiskt utför. När medveten reflektion som handlar om att sammanfläta situationsrelaterat praktiskt vårdande med vårdvetenskaplig kunskap uteblir reduceras lärande till endast beteendeinläring. När och om studenter lär sig vårda på ett sådant sätt, finns både kort- och långsiktiga risker att patienter utsätts för det som Eriksson (1993; 1994) benämner som ett vårdlidande²⁵. Det vill säga det blir ett lidande hos patienter som vårdare/vården skapat.

Utbildningsvårdavdelningar - UVA

Den stora utmaningen i sjuksköterskeutbildningen handlar om hur studenter bäst kan förberedas för att kunna arbeta i ett vårdande sammanhang, vilket är fyllt av komplexa situationer utifrån såväl lärande som vårdande aspekter (Edgecombe & Bowden, 2013). I ljuset av denna komplexitet har sjuksköterskors lärande, ur ett historiskt perspektiv, genomgått oändliga förändringar. Dessa förändringar har skett parallellt med hur sjuksköterskeprofessionen historiskt har förändrats, från att ha varit ett kall, en livsuppgift, till att bli en självständig profession. Förändringarna i sjuksköterskeutbildningen har syftat till att stödja och underlätta lärandet. Edgecombe och Bowden (2013) menar att detta förändringsarbete inte alltid har medfört positiva konsekvenser. Innovationer, experiment och utvärderingar har avlöst varandra. Förändringarna har varit både stora och små men en stor och betydelsefull förändring, vad gäller sjuksköterskeutbildningen, var när denna akademiserades²⁶. Mellan lärosäten och vårdaktörer skapade denna förändring vissa spänningar, som handlade om vilken typ av kunskap som var att föredra, vetenskaplig eller erfarenhetsbaserad praktisk kunskap (Andrews, 2006; Newton, Billett & Ockerby, 2009). En del av dessa spänningar kvarstår än idag och frågor som ofta aktualiseras är: Hur kan förändringsarbetet göras bättre? Hur kan gapet mellan teori och praxis överbryggas? Den enskilde handledaren har förvisso ett stort ansvar och spelar en viktig roll för studenters lärande under VFU, men det har även visat sig att en anpassad lärandemiljö är viktig. Utbildningsvårdavdelningar har under 2000-talet utvecklats i USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland och Sverige,

²⁵ Ytterligare beskrivningar om detta finns under rubriken ”forskningsproblemet” i denna avhandling.

²⁶ I Sverige skedde detta i början av 1990-talet (Segesten, 2011).

som den senaste innovationen för att utveckla den lärande miljön (Edgecombe, Wotton, Gonda & Mason, 1999; Edgecombe & Bowden, 2013). Bakgrunden till att skapa dessa avdelningar handlar således om att det var dags för lärosäten och vårdaktörer att, agera utifrån gemensamma perspektiv och mål, dels för att maximera studenters lärande (Magnusson, O'Driscoll & Smith, 2007), dels för att möjliggöra fler VFU-platser (Dapremont & Lee, 2013).

Utbildningsvårdavdelningar är således skapade som initiativ till nytänkande. Dessa avdelningar försöker på ett systematiskt och medvetet sätt verka för att integrera teori med praktiskt vårdande i studenters lärandeprocess under VFU (Rhodes, Myers & Underhill, 2012; Manninen, Welin Henriksson, Scheja & Silén, 2012). Här finns en pedagogisk utgångspunkt, som innebär att de erbjuder studenter ett vårdande sammanhang med patienter. En UVA är en lärandemiljö med särskild organisation och struktur, som är anpassad till studenters lärande. Här kan studenter, under handledning, lära sig att ta ansvar för vården av patienter, men också lära av varandra. Sådana utbildningsavdelningar finns nationellt idag i olika vårdkontext och med inriktning mot olika studentgrupper, såsom sjuksköterskor, läkare, röntgensköterskor och biomedicinska analytiker (Silén & Bolander Laksov, 2013).

Utbildningsavdelningars organisation, struktur och målgrupper varierar. Vissa fokuserar på ett interprofessionellt lärande som innebär att enheten tar emot studenter från flera olika professionsutbildningar samtidigt. Lärandet handlar bland annat om att samverka med andra professioner (Sommerfeldt, Barton, Stayco, Patterson & Pimlott, 2011). Andra utbildningsavdelningar inriktar sig mot en specifik profession (Manninen, Welin Henriksson, Scheja & Silén, 2013). Vad gäller ramar, struktur och organisation kring dessa utbildningsenheter²⁷ saknas formella riktlinjer utöver de som redan finns för sjuksköterskeutbildning och vårdande. Det förefaller vara upp till respektive samverkansaktörer, såsom lärosäte och huvudman för sjukvård och omsorg, att skapa kvalitetskriterier. Enligt Silén och Bolander Laksov (2013) förekommer det att handledare får en anpassad handledarutbildning och försök görs även att organisera vården så att förutsättningar för lärande skapas. Ibland avsätts även extra tid för handledning. Således är sådana enheter skapade för att möjliggöra gynnsamma förutsättningar för didaktik, som stödjer såväl studenters som patienters och handledares behov. I Sverige finns utbildningsvårdavdelningar²⁸ bland annat inom områdena medicinsk vård,

²⁷ Det finns heller inga formella riktlinjer på hur dessa enheter ska benämnas. Mer om detta finns att läsa under rubriken "Tidigare forskning – utbildningsvårdavdelningar" i denna bakgrundsdel.

²⁸ I Sverige finns även andra näraliggande modeller, där man på delar av en avdelning har en modell som liknar detta "didaktiska koncept". Exempelvis ULVE – Utvecklande Lärande Vårdenhet för

ortopedisk vård, rehabiliterande vård, psykiatrisk vård samt inom infektionssjukvård (Arvidsson, 2005; Langelotz, 2008; Silén & Bolander Laksov, 2013).

Psykiatriskt vårdande på UVA

Den psykiatriska omvårdnaden handlar om att vårdare försöker minska patienters existentiella ensamhet, genom att fungera som ersättare för de mellanmännsliga relationer som många gånger saknas i form av familj och vänner, vilket kan ge patienter hälsohinder och lidande (Dahlberg, m.fl., 2003). Relationen mellan patient och vårdare, vårdrelationen, utgör således grunden för den psykiatriska omvårdnaden. Att psykiatrisk omvårdnad handlar om vårdande utifrån vårdrelationsaspekter stärks av flera vårdforskare (Lindström, 1992; 1994; 1995, Arvidsson & Skärsäter, 2006; Wiklund Gustin, 2014).

Inom psykiatrisk vård utgör vårdaren med sin kunskap, sin personlighet, sin kropp, samt sina tankar känslor och handlingar "det vårdande instrumentet". Något som är centralt för vårdare inom psykiatrisk vård är att skapa ömsesidighet, vad gäller tillit med patienten. Detta kan förstås som en grundförutsättning för vårdrelationen. Wiklund (2008) uttrycker att den vårdande relationens betydelse betonas inte bara inom vårdvetenskap, utan även inom medicin och psykoterapi. Att kunna relatera till andra kräver dock mod och tillit till vårdare, vilket ofta kan vara en svår utmaning inom psykiatrisk vård, där patienters hälsohinder kan handla om brist på tillit och mod i relation till andra. Vårdande handlar alltså mer om att genom en vårdande hållning bjuda in och "vara" i relation än att "göra" med händerna. Detta ger psykiatrisk vård en något annorlunda karaktär än somatisk vård (Dahlberg m.fl., 2003). Något annat som särskiljer psykiatrisk vård från andra vårdande sammanhang är att patienter ibland vårdas med stöd av tvångsvårdslagar²⁹, vilka träder i kraft utifrån medicinska ställningstaganden och bedömningar. Tvångsvården innebär att psykiatrin "tar över" ansvaret för dessa patienters liv. Således är psykiatrisk vård och omvårdnad till sin karaktär specifik i relation till andra vårdande sammanhang, vilket kan medföra att vårdare ställs inför beslut som kan vara både etiskt och moraliskt komplicerade. På så vis krävs enligt Dahlberg m.fl. (2003) en vårdande hållning som är både medveten och reflekterad.

sjuksköterskestudenter som är utvecklad utifrån ett forskningsprojekt benämnt REDI – reflektion och didaktik (Ekebergh, 2009.b).

²⁹ Vanligast förekommande tvångsvårdslagar inom vuxenpsykiatrisk vård är lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, ofta benämnd enligt förkortningen LPT, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV samt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM (www.riksdagen.se/svensk-forfattningssamling).

VFU inom psykiatrisk vård är ett område som kan utvecklas avseende sammanflätning av teori och praktik. Psykiatrisk vård har en specifik prägel vad gäller patienters ohälsa och vårdbehov, vilket också bör präglade lämpligt lärandestöd för studenter. Sedan 2009 finns en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning (Psyk-UVA) på ett sjukhus i sydvästra Sverige. Denna UVA betraktas som en enhet och består av två vårdavdelningar, vilka båda är inriktade på att vårda patienter med så kallade förstämningssyndrom³⁰. Dessa två avdelningar var vid tidpunkten för denna avhandlings datainsamling organiserade på olika sätt. På den ena avdelningen var studenter placerade i olika team och på den andra var samtliga studenter placerade i ett team. Hur de två avdelningarna var organiserade vid tidpunkten för datainsamlingen presenteras i tabell 9 och 10. Det förekommer även att patienter med andra diagnoser och ohälsoproblematik vårdas på psyk-UVA, vid exempelvis platsbrist på klinikkens övriga avdelningar. Dessutom är det vanligt förekommande att patienter har en multisjuklighet, vilket innebär att de vårdas för flera olika diagnoser, vilket gör att det inte riktigt går att säga att utbildningsvårdavdelningen är riktad mot en specifik typ av patientgrupp med diagnos eller ohälsa. Avdelningarna tar emot 12 studenter var, alltså sammanlagt 24 st.³¹ VFU-perioden varar i sju till åtta veckor.

På varje avdelning fanns en så kallad huvudhandledare. Detta är en organisatorisk benämning på ett handledande uppdrag med ansvar att organisera, leda och fördela det handledande arbetet. Huvudhandledares ansvar är också att samordna, planera och kvalitetssäkra handledningen, så att studenters lärande håller högskolemässighet. Huvudhandledaren fungerar även som närmaste samverkanskontakt med högskolans kliniska adjunkt. Bashandledare är de som handleder studenter i det patientnära arbetet. Bashandledare kan vara både sjuksköterskor och mentalskötare. Från lärosätetet medverkar en klinisk adjunkt, som ansvarar för att integrera teoretiska kurser på UVA samt att handleda bas- och huvudhandledare i grupp. Vidare finns även en klinisk lektor för UVA.

³⁰ Ibland även benämnt som affektiva syndrom eller sjukdomar. Vanliga diagnoser, som patienter på denna avdelning vårdas för, utgörs av depression, olika former av bipolära syndrom (manodepressivitet) samt diverse ångesttillstånd.

³¹ Vad gäller antalet deltagande studenter i studien: se ”tabell 1, 4, 7”.

Tabell 9. Teamorganisation för ”avdelning X”

Antal team	Varje team består av
3	6 patienter 3 handledande sjuksköterskor (bashandleddare) 5 handledande mentalskötare (bashandleddare) 4 studenter
Övergripande ansvar	1 huvudhandledare
Lärosätetes ansvariga	1 klinisk adjunkt (som delas mellan avdelningarna)

Tabell 10. Teamorganisation för ”avdelning Y”

Antal team	Varje team består av	UVA-teamet
3	6 patienter 3 sjuksköterskor 5 mentalskötare	6 patienter 3 handledande sjuksköterskor (bashandleddare) 5 handledande mentalskötare (bashandleddare) 12 studenter
Övergripande ansvar	1 huvudhandledare	
Lärosätetes ansvariga	1 klinisk adjunkt (som delas mellan avdelningarna)	

Forskning kring studenters lärande under VFU

Denna forskningsöversikt är indelad i olika avsnitt. Först beskrivs allmänt om forskningsläget, vad gäller studenters lärande i vårdande sammanhang och sedan hur detta läge ser ut kontextuellt. Sedan följer beskrivningar av mina avsikter och ambitioner med denna forskningsöversikt och därpå anges viktiga utgångspunkter för såväl tidigare forskning som för denna avhandling. Vidare redogörs kort för på vilket sätt de olika perspektiven (studenter, patienter och

handledare) speglats under en 20-årsperiod. Därefter presenteras tidigare forskning, som anses relatera till denna avhandlingens forskningsfenomen. Forskningen redovisas först utifrån varje perspektiv, nämligen studenters, handledares och patienters, och sedan utifrån livsvärldsdidaktik. Sist presenteras tidigare forskning om olika utbildningsvårdavdelningar. Avslutningen består av en sammanfattning och slutsats, som bereder vägen för avhandlingens fortsatta delar.

Min avsikt är att, först och främst beskriva forskningsläget inom området studenters lärande under VFU, i ett psykiatriskt vårdande sammanhang. Psykiatrisk vårdkontext skiljer sig till sin vårdkaraktär från andra kontexter, vilket kan antas forma lärandet. Emellertid kommer även forskning från andra vårdkontexter att lyftas fram, beroende på att inom psykiatrisk vård finns framförallt en majoritet av forskning som speglar studenters och handledares perspektiv. Min avsikt med denna forskningsöversikt är att fokusera på studenters lärande utifrån en direkt eller indirekt koppling till det vårdande och lärande mötet med patienten, samt det handledande stödet i relation till ett sådant möte. Det har visat sig att detta forskningsområde innehåller en stor mängd forskning och anspråk görs inte på att redovisa allt. Ambitionen är mer att försöka belysa hur forskningslandskapet formats under en 20-årsperiod, genom att redovisa de studier som anses vara betydelsefulla för denna avhandlingens problemområde och fenomen. Nedanstående innehåller en variation av studenters lärande i VFU, inom såväl grundutbildning som specialistutbildning med inriktning på psykiatrisk vård.

När studenters lärande i vårdande sammanhang studeras utgörs ofta problemområdet och utgångspunkten av det glapp som påstås finnas mellan teoretisk och praktisk kunskap, vilket utgör ett pedagogiskt och didaktiskt problem inom de flesta vårdkontexter (Munukka, Pukuri, Linnainmaa & Kilku, 2002; Jonsén, Melander & Hilli, 2013). Forskningens syfte handlar här om att försöka överbrygga glappet genom att skapa olika didaktiska modeller (Spouse, 2001, Hatlevik, 2011).

Eftersom föreliggande forskning även tar upp de vårdande aspekterna, såsom innebär av att både lära sig vårda och att vårdas, har valet gjorts att koncentrera denna forskningsöversikt kring möten och relationen mellan student och patient samt handledares perspektiv på att handleda studenter i dessa möten. Suikkala och Leino-Kilpis (2001) forskningsöversikt vad gäller student-patientrelationen, under perioden 1984-1998, visar på ett ökat forskningsintresse sedan 1980-talets början, vilket främst speglas ur studenters perspektiv. Historien visar att forskningsintresset vad gäller patientperspektivet under denna period var sparsamt, dock med några undantag. Några av dessa studier nämns där tidigare forskning om patienters perspektiv speglas, trots att dessa studier kan ses som föråldrade.

Läkarutbildningen har varit tidigare än sjuksköterskeutbildningen med att undersöka patienters delaktighet i utbildningen (Black & Church, 1998; Lynöe, Sandlund & Westberg, 1998). Patienters möten med läkarstuderande, i ett psykiatriskt vårdssammanhang, tycks kunna medföra flera goda behandlande konsekvenser. Ur ett patientperspektiv möjliggör dessa möten en djupare och mer förstående relation mellan läkare och patient, vilket medför en högre självkänsla och en större sjukdomsinsikt (Walters, Buszewicz, Russell & Humphrey, 2003). Ett visst trendbrott vad gäller sjuksköterskeutbildningen kan dock skönjas, med start runt åren 2007-2008.

Studenters perspektiv av att vårda under VFU

Forskning med utgångspunkt i ett studentperspektiv visar på en bred variation av upplevelser, attityder och erfarenheter av möten med patienter, vilka speglas genom såväl kvalitativa som kvantitativa ansatser och metoder. Enligt Solvoll och Heggen (2010) tillvaratas sällan studenters erfarenheter och upplevelser från att ha vårdat patienter under VFU. Studenterna har potential att såväl skapa som utveckla didaktiska idéer, som kan förbättra situationen för dem men också för patienter och handledare. Henderson, Happel och Martin (2007) menar att studenter ofta har en negativ attityd till att välja psykiatrisk vård som framtida arbetsområde. Att den verksamhetsförlagda utbildningen kan erbjuda möjligheter för studenten att möta patienter spelar stor roll för att skapa en mer positiv inställning. Happel, Pinikhana och Ropers (2002) studie visar att majoriteten av studenter i psykiatrisk vård är positivt inställda till att patienter deltar i deras lärande, så länge det handlar om praktiska moment så som behandlingsplanering och genomförande. Studenter tycks dock vara mer ambivalenta och osäkra på om patienter kan bidra till deras teoretiska lärande. Enligt Munukka, m.fl. (2002) visar studier att relationen med patienten är en viktig del av studenters lärandeprocess (även Holst & Hörberg, 2012, 2013). Att skapa och utveckla en relation med patienten lär studenten att vårda individbaserat, samtidigt som personlig växt och professionell utveckling samt självförtroende och självkänsla främjas (Stockhausen, 2005; Waldrip, 2003). För att sätta sig in i hur det kan kännas att vara patient leker studenten med tanken att själv inta patientens roll, för att få lite inblick i patientens livssituation, ohälsa och behov (Gunby, 1996). Wilkes och Wallis (1998) menar att studentens relation med patienten blir allt starkare för varje personligt möte som sker, vilket till slut utmynnar i en "vi-relation", när studenten samtidigt gör lärande framsteg. En viktig utgångspunkt i skapandet av "vi-relation" tycks enligt Munukka, m.fl. (2002) vara att se patienten som expert på sina egna vårdbehov. En viktig vårdhandling, kopplad till psykisk ohälsa, handlar om att kunna ingjuta hopp (även Kolade, 2012).

I ett inledande skede av studenters praktikperiod, när de håller på att utveckla sina vårdande förmågor, uttrycker de svårigheter i att utföra en omvårdnad

som är individuellt anpassad till varje patients behov. Det finns då en osäkerhet och oro utifrån att deras okunskaper och oförmågor skulle påverka patienten på ett negativt sätt (Munukka, 1996). Morgan och Sanggarans (1997) forskning visar att det är i relation med patienten inom psykiatrisk vård som studenten får erfarenheter av att vårda, vilket lär studenten om patientens hälsoprocesser. Lärandet består även av att hantera situationer där patientens hälsa och individuella behov måste beaktas och fokuseras. Studenter uttrycker ofta att medvetenhet om de egna känslorna i möten med patienter är en viktig del, för att kunna utveckla vårdande relationer med patienter (Henderson m.fl., 2007; Johnson, 1994). Studenter är ofta nervösa och osäkra inför VFU. Enligt Sharif och Masoumi (2005) är studenter oroliga för att ge fel information och att göra misstag, som skulle kunna skada patienter. Det som studenter ofta lyfter fram som problematiskt, när de praktiserar i psykiatrisk vård, är mötet med patienten (Landeen, Byrne & Brown, 1995; Kragelund, 2011). Det förekommer rädsla inför patientmöten, som tros vara hotfulla och våldsamma (Fisher, 2002). Rädslan är ofta förknippad med att möta något okänt (Charleston & Happel, 2005). Här blir det handledande stödet särskilt viktigt (Melrose & Shapiro, 1999).

För studenten är handledaren betydelsefull och bidrar starkt till lärandets karaktär under VFU (Kristoffersson, Mårtensson, Mamhidir & Löfmark, 2012; Walker, Dwyer, Moxham, Broadbent & Sander, 2012). Nyckeln till lärande tycks handla om en god relation mellan student och handledare (Higgins & McCarthy, 2005; Stockhausen, 2005).Handledning, som lärandestöd, kan dock vara sårbart: Jonsén m.fl. (2013) visar på vikten av en närvarande och synlig handledare för att möjliggöra studentens lärande. En närvarande handledare tycks stimulera studenten och en frånvarande tycks skapa maktlöshet. Utan handledning upplevs det som svårt att förbereda sig för mötet med patienten. Handledarens förhållningssätt tycks således vara helt avgörande för hur lärandet uppnås. Sandvik, Melander, Jonsén, Jönsson, Samlu och Hilli (2012) drar slutsatsen att om handledaren inte får tillräckligt med utbildning och stöd i didaktiska frågor och i vårdvetenskap, finns risk att studenten fokuserar olika arbetsuppgifter och färdigheter mer än reflektion och eftertanke. Hinder kan uppstå när studentens fokus uppfylls av att passa in och att följa avdelningsrutiner (Higgins & McCarthy, 2005). Flera studier visar även att såväl handledare som student är uppenbart omedvetna om lärandeaspekter vid möten med patienter (Kragelund, 2011; Sharif & Masoumi, 2005). Detta kan medföra att studenter inte uppfattar att den verksamhetsförlagda utbildningen förbereder dem för att vårda patienter (Wynaden, Orb, McGowan & Downie, 2000).

I vissa patientmöten kan relationsproblem uppstå, vilka upplevs som mycket svåra att hantera och lösa. Det kan handla om att konfrontera patienter som inte håller överenskommelser, att sätta gränser för patienters beteenden samt

att kunna hantera patienters projektioner (Kragelund, 2011). Studenter kan uttrycka starka känslor av vrede, frustration och besvikelse, som är riktade mot deras roll som patientens ombud eller när de ser hur patienter blir dåligt bemötta av vårdare. Det kan också handla om situationer där stress förekommer för att hinna med tilldelade arbetsuppgifter (Fagerberg & Ekman, 1997). Ett område som är flitigt studerat är studenters attityder till den psykiatriska kontexten i allmänhet och mot patienters diagnoser i synnerhet (Hayman-White & Happell, 2005; Chan & Cheng, 2001). Middleton & Uys (2009) hävdar att när studenten fokuserar patientens diagnos, istället för den unika människan med unika behov, kan det leda till ett kategoriserat patientperspektiv, där såväl människan som samtalet som vårdhandling generaliseras och mekaniseras. Personliga möten med patienter, tenderar enligt Wynaden m.fl. (2000), att förändra en sådan inställning (även Manukka m.fl., 2002). McLaughlins (1997) studie visar dock att sådana förändrade attityder bland studenter kan vara av både positiv och negativ art. Rohde (1996) menar att såväl studentens egen känsla av utsatthet, som upptäckta likheter med patienten, kan bidra till att förändra studentens inställning från negativ till positiv, vad gäller patienter inom psykiatrisk vård.

Relationsproblem, med patienter inom psykiatrisk vård, kan bland studenter skapa oro, frustration och känsla av att ha otillräckliga kunskaper. Warner (1991) och Landeen, m.fl. (1995) menar att sådana svårigheter kan uppstå, när patienter är missnöjda med olika vårdhandlingar som studenter utfört. Det kan enligt författarna även vara kopplat till patientens sjukdom, som hjälper till att skapa våldsamerhet och/eller bidra till att patienter blir alltför vårdkrävande. Enligt Cooke (1996) känner sig studenten oförberedd och osäker på vad de ska säga till patienten när de möts. Utifrån att de saknar erfarenhet av att vårda patienter, finns upplevelser av såväl otrygghet som rädsla (Melrose & Shapiro, 1999). Dock visar Gidmans studie (2012) att det finns lärande möjligheter i att lyssna till patientens berättelse. Inbäddad i studenters otrygghet finns även en rädsla för att deras kunskapsbrist och oförmåga, skulle kunna förvärra patientens ohälsa (Landeen m.fl., 1995). Flera studier visar att processororienterad gruppHandledning³² kan utgöra ett effektivt lärandestöd för såväl studenter som handledare (Arvidsson, Skärsäter, Fridlund, Svensson & Baigi, 2008; Holmlund, Lindgren & Athlin, 2010). Dock visar Carver, Ashmore och Clibbens studie (2006) att gruppHandledning även kan upplevas som lärandehinder, i form av att konflikter kan uppstå mellan gruppdeltagare. Men också utifrån att det förekommer rädsla av att prata i grupp. Något annat som studenter upplever som frustrerande är när

³² Kring detta finns en hel del forskning. Bl.a. Arvidsson (2000), som speglar psykiatrisjuksköterskans upplevelser av vårdande och lärande i relation till att erhålla processororienterad gruppHandledning. Häggman-Latila, Elina, Kirsi & Leena (2007) samt Lindquist, Johansson & Severinsson (2012) som speglar studentperspektivet av gruppHandledning som lärandestöd.

patienter vägrar studentkontakt, vilket kan bekräfta studentens negativa förväntningar på VFU inom psykiatrisk vård (Granskär, Edberg & Fridlund, 2001). Att patienten vägrar studentkontakt kan exempelvis handla om dåliga erfarenheter av studenter och/eller att patienten helst skulle mött en kvinnlig eller en manlig student (Paterson, Tschikota, Crawford, Saydak, Venkatesh & Aronowitz, (1996). Andra faktorer som påverkar studenters lärande är enligt Jonsén m.fl. (2013) deras välbefinnande, vilket är viktigt för att våga pröva känslan av att vara sjuksköterska. Det handlar om att få positiv återkoppling från patienten, att lära från äldre patienter med livserfarenhet samt möjligheten att utföra roliga aktiviteter, vilket inbegriper känslan av att lyckas (Granskär m.fl., 2001).

Handledares perspektiv av att handleda studenter i att vårda under VFU

De senaste 20 åren har inneburit en period av stora förändringar inom sjuksköterskeutbildningen, genom att denna har akademiserats (Landers, 2000). Förändringen har även påverkat hur forskningslandskapet ser ut, gällande handledarperspektivet. Idén om att det finns ett glapp mellan teori och praktik dominerar bakgrund och utgångspunkter, när det gäller att studera handledares perspektiv. Många forskningsinitiativ har, enligt Billay och Myrick (2007), tagits för att överbrygga detta glapp, där fokus ligger på sjuksköterskans roll som handledare (även Lambert & Glacken, 2005)). Forskningen föreslår modeller eller teoretiska upplägg och strukturer i syfte att underlätta rollen som handledande sjuksköterska (Andrews & Wallis, 1999).

Som tidigare nämnts pekar forskning, ur ett studentperspektiv, ut handledaren som ytterst betydelsefull för lärandet. Denna funktion och roll är komplex och mångdimensionerad. Forskning, som uppmärksammar handledarens perspektiv, visar dock ofta på att handledaren känner sig oförberedd i sin roll (McClure & Black, 2013). Att presentera en forskningsöversikt utifrån handledarperspektivet är enligt Buus och Gonge (2009) förenat med vissa problem, vilka handlar om själva benämningen på handledaren. Uppdraget, att handleda, har olika benämningar i olika delar av världen. De benämningar som förekommer är: "supervisor", "mentor", "assessor", "nurse teacher", "facilitator", "instructor" "ward sister", "specialist", "advanced practitioners" samt "preceptor" (Pollard, Ellis, Stringer & Cockayne, 2007). Bus och Gonge menar vidare, med hänvisning till Jones (2006) att det mest anmärkningsvärda är att det inte tycks finnas någon gemensam definition på begreppet "handledning". Innehållet av relationer och roller, arbetsuppgifter, teorier och metoder, mål och influenser från olika kontexter tycks vara en ständigt pågående debatt inom såväl lärosätets akademiska miljö som i det praktiska vårdssammanhanget (även Andrews & Roberts, 2003). Behoven tycks vara stora, bland såväl studenter och handledare, som bland lärare och akademiker, att klargöra handledarens roller, funktioner och ansvarsområden. Detta

betonas av flera studier, inom såväl psykiatrisk kontext, som i andra vårdande sammanhang (Myall, Levett-Jones & Lathlean, 2008; Happell, 2009; McClure & Black, 2013).

Wilkes (2006) vittnar om handledarskapets komplexitet, vilket handlar om mångsidiga krav men begränsade resurser (även Lambert & Glacken, 2005). Spouse (2001) hävdar att handledning många gånger sker med blandad framgång, eftersom handledare inte är tillräckligt erfarna eller förberedda för sitt uppdrag (även Duffy, 2009). Hur handledaren rekryteras till att handleda varierar enligt Burns och Northcutt (2009). Det kan handla om att anmäla sig frivilligt eller att bli utvald då tidsutrymme finns. Således handlar det inte alltid om kriterier relaterade till lärande. Handledaren ägnar mycket tid till att administrera studenters VFU, utan att ha varken rätt kompetens eller erfarenhet, vilket innebär att de arbetar i blindo (Pulford, Boit & Owen, 2002). Uppdraget kräver att handledaren själv kan behöva erhålla stöd, vilket ofta inte prioriteras ur ett chefs- och organisationsperspektiv. Wilkes (2006) betonar vidare att handledarens roll och uppdrag är essentiellt för utvecklingen av sjuksköterskeprofessionen.

Gray och Smith (2000) uttrycker att handledare oftast har en genuin omsorg om studenters lärande och att de är motiverade att erbjuda ett bra stöd. Ansvarskänslan för studentens lärande är stark och hänger nära samman med upplevelsen av framgång eller misslyckande, beroende på studentens utveckling (Wilkes, 2006; Duffy, 2004). Svårigheter uppstår, när handledningsuppdraget konkurrerar med andra ansvarsområden och förväntningar. Om handledaren har negativa erfarenheter, kan det innebära sänkt motivation, vilket i sin tur kan medföra vägran att handleda (Morton-Cooper & Palmer, 2000). Saarikoski, Isaho, Warne och Leino-Kilpi (2007) menar att handledarens roll och funktion kan vara problematisk. En vårdorganisation kan prioritera ekonomiska syften och mål högre än studenters lärande, vilket gör handledaren till en praktisk problemlösare. I sådana fall förekommer bland handledare upplevelser av obehag, relaterade till sårbarhet. Orland-Barak (2002) menar att uppdragets mångfald och roller medför att handledare rycks åt olika håll, när de försöker bistå människor runt sig. Det tycks ligga en oro i att aldrig få ha en och samma roll, utan att hela tiden vara mittemellan roller som vårdare, lärare, vägledare och bedömande kontrollant. För att komma till rätta med sådana problem efterfrågas grupphandledning, där handledare gemensamt möts för att reflektera över sin roll (Orland-Barak, 2002). Struksnes, Engelién, Bogsti, Moen, Nordhagen, Solvik och Arvidsson (2012) uttrycker att en sådan grupphandledning tycks gynna både professionell kompetens och personlig utveckling, samtidigt som den också kan involvera hela avdelningen i utvecklingsprocesser kring lärandefrågor (även Sundin Andersson, Danielsson, Hov & Athlin, 2013).

I forskning som speglar handlarperspektivet efterfrågas ofta mer tid, mer personal och längre VFU-perioder (Watson, 2000; Sandvik m.fl., 2012). Svårigheter i anslutning till handledning handlar enligt Pulford m.fl. (2002) dock inte alltid om tid utan istället om handledarrollens karaktär. Mängder av studier³³ efterfrågar stöd från såväl egen organisation som från aktuellt lärosäte, vad gäller didaktiska frågor såsom prioriteringar och metodik för att lära ut sin kunskap till studenter (Hallin & Danielsson, 2009). Något som ofta lyfts fram som problematiskt är att bedöma studentens färdigheter. Stöd efterfrågas, särskilt när det handlar om att underkänna studentens VFU (Allen, 2002). McCarty och Murphys studie (2007) visar att handledare ofta är oerfarna, och inte har förstått eller tagit till sig själva bedömningsförfarandet. De agerar subjektivt, utan att följa formella strategier. Enligt Bennet och McGowan (2014) bör det noga övervägas vilken typ av förberedelse och stöd som kan vara mest lämplig. Exempel på sådant stöd kan vara kontinuerliga påbyggnadskurser, tidsplanering samt att erbjudas rimligt tidsutrymme för återkoppling till studenten (Henderson & Malko-Nyhan, 2006; Bengtsson, Kvarnhäll & Svedberg, 2011). Särskild vikt läggs vid att erbjudas olika typer av handledarutbildningar, såväl inför sitt handledande, som under pågående. Handledarens upplevelser av problem och besvärligheter är som synes väl kartlagda, men studier visar även att uppdraget ses som utvecklande, stimulerande och utmanande på ett positivt sätt. (Bengtsson, m.fl., 2011). Enligt Charleston och Happel (2005.a) är det betydelsefullt att tydliggöra handledarens uppdrag inom psykiatrisk vård med tanke på behovet av att rekrytera nyutbildade sjuksköterskor till verksamheten. Flera områden anses viktiga att utveckla såsom kommunikation och vägledande dokument, men även höjda löner och förmåner för handledaren anses kunna bidra till högre effektivitet och kompetens (även Hyrkas & Shoemaker, 2007).

Patienters perspektiv på sin roll i studenters lärande och på studenters delaktighet i deras vård

Att presentera en forskningsöversikt gällande patientperspektivet är förenat med liknande problem som med handledarperspektivet. Begreppet "patient" är kontroversiellt, eftersom det anses anknyta till sjukdom, vilket inte anses relatera till den "lärande roll" patienten får under studenters VFU (Speed, 2006; Langton, Barnes, Haslehurst, Rimmer & Turton, 2003). Ur ett internationellt perspektiv är exempelvis termen "service user" vanligt förekommande. Dock fungerar inte detta begrepp i Nordamerika, då "user" relateras till drogmissbruk (Towle, Bainbridge, Godolphin, Katz, Kline, Lown, Madularu, Solomon & Thistlewaite, 2010). Inom forskning, som uppmärksammar patienters delaktighet i studenters lärande, används och

³³ Burns & Northcutt, 2009; Field, 2004; Kemper, 2007; Pollard, Ellis, Stringer & Cockayne, 2007; Wieland, Altmiller, Dorr & Wolf, 2007

varieras begrepp som: "user involvement", "consumer participation" samt "partnership" och "patient participation" utan någon logisk ordning eller definition. Något som ytterligare förstärker rådande begreppsförvirring handlar om hur patientens läranderoll benämns. Ibland som "teacher" eller "educator" och ibland som "instructor", "mentor" eller "partner". Inte heller här finns någon konsekvens eller samstämmig definition (Towle, m.fl., 2010). Enligt Stockhausen (2005) nämns, i såväl litteratur som forskningsartiklar, att patienter är betydelsefulla för studenters lärande. Detta benämns ofta i förbifarten och någon större utläggning sker inte. Patientens roll betraktas som en självklar integrerande del av studenters lärande, men forskning om denna roll är förvånansvärt liten och begränsad.

I de utspridda öar av forskning, som speglar patienters erfarenheter, uppfattningar och upplevelser, märks att patienter vanligtvis är villiga att delta i studenters lärandeprocess. De är ofta beredda att ställa upp för att studenter ska få nödvändig erfarenhet i syfte att lära sig att vårda (Twinn, 1995; Stockhausen, 2009). Patienter är angelägna om att studenter ska ha det bra. Det förekommer att oro uttrycks för att de belastar studenterna för hårt (Twinn, 1995). Det är inte ovanligt att patienters motivation till att delta har sitt ursprung i dåliga erfarenheter av möten med vårdare. Patienters delaktighet i studenters lärande handlar således om att utbilda bättre vårdare (Forrest, Masters & Brown, 2000). De patienter som dock inte vill delta kan enligt Twinn (1995) uppleva det som svårt att säga nej till studenters närvaro. Patienter i öppenvård tycks mer kunna påverka studenters närvaro och delaktighet än patienter som vårdas på avdelning (Richards, 1993). Twinns studie (1995) visar på en stor variation av erfarenheter; allt från det positiva i att inte uppleva någon skillnad mellan studenter och vårdare, till att känna att studentmötet inte gav någonting. Det finns således en stor variation av upplevelser, vad gäller relationen med studenter.

Flera studier visar även att möten med studenter inte alltid upplevs positivt. Studenter kan upplevas som begränsade i att hjälpa patienter med specifika hälsoproblem. De upplevs inte ha kunskaper om samhällets tillgängliga resurser. Såväl tillit och trygghet, som opålitlighet och otrygghet förekommer (Andresen, 1992; Morgan & Sangaran, 1997). Relationen med studenten kan enligt Suikkala och Leino-Kilpi (2005; 2008) förekomma i tre olika former. Den första benämns som mekanisk, vilket innebär att studenten upplevs som helt fokuserad på sitt lärande och bemöter patienten mekaniskt. Den andra formen beskrivs som studentfokuserad ("authoritative"), vilket innebär att studentens vårdande utgår helt ifrån vad studenten själv tror att patienten behöver. Den tredje formen beskrivs som att mer respektera både studentens och patientens behov ("facilitative"). Den sistnämnda medför, enligt författarna, många positiva konsekvenser för både student och patient (även Suikkala, Leino-Kilpi & Katajisto, 2009).

Ur ett patientperspektiv behöver studenter först och främst lära sig vad som händer i mötet mellan människor, vilket ses som viktigare än praktiska och tekniska moment (Repper & Breeze, 2007). Enligt Morgan och Sangaran (1997) försöker patienter att bidra till studenters lärande genom att i socialt umgänge utbyta erfarenheter av kunskap och hur studenter uppfattar olika sjukdomar. Patienter är även positiva till att delta i bedömningar av studenter, genom att ge studenter återkoppling från möten som skett dem emellan. Det har visat sig att det, när patienter på detta sätt är delaktiga i studenters bedömning, finns positiva effekter i form av studenters syn på patienter med psykisk ohälsa (Debyser, Grypdonk, Defloor & Veerhaege, 2011). Två viktiga aspekter lyfts fram, dels att studenters lärande upplevs bli mer komplett när patienter medverkar i deras bedömning, dels att det tycks påverka patienters självkänsla och självförtroende i positiv riktning (ibid.). Emellertid tycks patienters delaktighet ha en viss begränsning. Deras utlåtande om studenter kan inte användas för bedömning på olika kunskapsnivåer, och patienter vill helst inte ge negativ kritik till studenter (Twinn, 1995). Speers studie (2008) påvisar att studenter och patienter är positiva till patienters delaktighet i studenters bedömningsprocess, samtidigt som handledande sjuksköterskor är mer reserverat skeptiska. Speers konstaterar att mer arbete krävs för att förbättra patienters valmöjligheter och anonymitet.

Patienters delaktighet i studenters lärande kan se olika ut i olika sammanhang. Det kan exempelvis handla om att sitta med i en expertpanel, tillsammans med vårdare, för att bedöma informationshäften om sjukdomar som studenter producerat (Munro, Whyte, Stewart & Letters, 2011). Det kan också handla om att i gruppsamtal möta studenter och berätta om hur det är att leva med kroniska sjukdomar (Lauckner, Doucet & Wells, 2012). En annan didaktisk modell, som tycks gynna både ett vårdande och ett lärande, handlar om att studenter skriver brev (s.k. "therapeutic letters") till patienter i ett vårdande syfte (SmithBattle, Leanders, Westhus, Freed & McLaughlin, 2010; Carlingsson, 2009). Patienter upplever att sådana brev kan bidra till återhämtning och välbefinnande, i form av hopp, ökad självkänsla, som i sin tur möjliggör egenvård (Freed, McLaughlin, SmithBattle, Leanders & Westhus, 2010).

Richards studie (1993) förmedlar att studenters förhållningssätt påverkar patienters inställning till studenter. Aktiva studenter som öppet och genuint visar sitt intresse för patienters hälsa tycks kunna skapa en god relation, samtidigt som patienters oro minskar. Däremot tycks studenter som uppträder inaktivt, genom att vara tysta och enbart observerande, skapa känsla av otrygghet. Enligt Richards uttrycker patienter att de haft bra och vårdande möten med studenter, utan att handledare varit närvarande. Patienter upplever att studenters vårdinsatser avlastar vårdarna och de känner att kontinuerliga möten med studenter gagnar deras hälsa (även Suikkala & Leino-Kilpi, 2001). Unga patienter upplevs kunna knyta an till unga studenter på ett sätt som mer

liknar vänskap än professionell relation. Ur ett patientperspektiv gav detta en avslappnad jämlikhet, vilket uppskattades (Shepherd, 2014). Enligt Mossop och Wilkinson (2006) ser patienter den vård de erhåller av studenter som en positiv erfarenhet. De gläds åt den extra uppmärksamhet och möjligheter till sociala aktiviteter, som studenter erbjuder. Här finns möjligheter till ömsesidigt socialt utbyte. I Helgessons och Bergs studie (1985) uttrycker patienter att studenter förstår deras ohälsa på ett bra sätt, och att de uppskattar studenters sällskap och hjälp. Ur ett patientperspektiv tycks möten med studenter innebära att någon lyssnar och tar det som sägs på allvar. På så sätt blir möten jämställda och likvärdiga.

Som nämndes i inledningen av forskningsöversikten valde jag att presentera några studier som kan anses vara något föräldrade. Detta gjordes för att visa att några forskare var tidigt ute med att spegla patienters perspektiv av studenters lärande i vårdande sammanhang (exempelvis Helgesson & Berg, 1985, Andresen, 1992, Richards, 1993). Dessa forskare efterfrågade då vidare forskning, men detta har inte skett i någon större omfattning. Vårdandet som lärostoff behöver lyftas fram utifrån Towles (2006) synnerligen viktiga fråga: "Where's the patient's voice in health professional education?" (a.a. sid. 300). Forskningsöversikten visar att många studier har tangerat, och ibland även vidrört, det forskningsfenomen som uppmärksammas i denna avhandling. Få studier har dock uppmärksammat patientens röst så som patient. Visst har patientperspektivet studerats, men då i rollen som lärare eller som ett så kallat "lärandemedel". Forskning om patienters upplevelser av hälsa-ohälsa och vårdbehov i relation till att vårdas av studenter är begränsad, med några få upptäckta undantag som exempelvis Mossop och Wilkinson (2006) samt Eskilsson (2013, 2014). Eller som Towle, m.fl. (2010) uttrycker, som slutsats, i sin forskningsöversikt gällande hur patienter involveras i studenters utbildning:

"There is a persuasive rationale for the active involvement of patients in health professional education. There is promise and some evidence of benefits to students, patients, teachers and communities. For patients, involvement in the education of those who will care for them is an intrinsically attractive idea. However, we know too little of how to do it and how to optimise its impact, and we have too little systematic development and evaluation"
(Towle m.fl., 2010, s. 72.)

Forskning inom livsvärldsdidaktik

Den livsvärldsdidaktiska forskningen tar sin utgångspunkt i en strävan att överbrygga glappet mellan vårdvetenskap, som teori, och vårdpraxis. Detta

genom att studera vilket lärandestöd som krävs för att integrera, det vill säga sammanfläta vårdvetenskaplig teori med vårdpraxis (Hörberg, Ozolins & Ekebergh, 2011). Denna forskning studerar lärandet i vårdande sammanhang, vilket förstås som ett möte mellan vetenskaplig kunskap om vårdande och den lärandes livsvärld (Hörberg, Carlsson, Holst, Andersson, Eskilsson & Ekebergh, 2014). Livsvärldsdidaktiken har utvecklats under en femtonårsperiod, där starten utgjordes av Ekeberghs doktorsavhandling *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap: Reflexionens betydelse för lärandet* (2001). En central del av didaktiken utgörs av reflektion³⁴, som är den medvetna tankeaktens betydelse för lärande i ett vårdande sammanhang (Ekeberg, 2007.a; 2007.b; 2008.a; 2008.b 2009.a; 2009.b). Tidigare forskning inom livsvärldsdidaktik har uppmärksammat lärandestödet utifrån studenters upplevelser av reflekterande grupphandledning med dramapedagogik (Ekebergh, Dahlberg & Lepp, 2004.a; Ekebergh, Lepp & Dahlberg, 2004.b; Dahlberg & Ekebergh, 2008). Peterssons studier (2010) visar hur vårdare kan integrera vårdvetenskapen i vårdpraxis med hjälp och stöd i form av reflekterande grupphandledning. Även Ekebergh (2011) har studerat vad reflekterande grupphandledning kan generera utifrån ett studentperspektiv. En sådan grupphandledning med utgångspunkt i patientens berättelse, som studenten tar med till handledningen, har visat sig vara ett värdefullt lärandestöd. Berglunds, Sjögrens och Ekeberghs (2012) studie visar att kopplingen mellan teori och praktik kan bli mer konkret och påtaglig, när handledningsgrupper av studenter handleds av två reflektionsledare, vilka representerar olika professioner, nämligen en lärare och en sjuksköterska.

Berglunds doktorsavhandling (2011) studerar patienters lärande i relation till att leva med långvarig sjukdom. Här framkommer betydelsen av att lära sig hantera hotet mot den egna identiteten och existensen, vilket kräver en medveten reflektion. Holst och Hörberg (2012, 2013) fokuserar studenters upplevelser av lärande i möten med patienter, utifrån att handledas parvis. Resultatet visar att patientmötet är viktigt för lärandet, men riskerar att bli otydligt om inte studenter erhåller handledning med tydlig struktur, där reflektion ses som ett nödvändigt lärandestöd. Eskilsson (2013, 2014) studerar hur vårdande och lärande kompletterar varandra på en UVA inom ortopedi. Dessa studier ingår i ett avhandlingsarbete med utgångspunkt att vårdande och lärande är ett sammanvävt fenomen, vilket speglas ur studenters, patienters och handledares perspektiv.

Forskning om utbildningsvårdavdelningar

Att presentera en översikt vad gäller tidigare forskning inom kontexten utbildningsvårdavdelningar är, precis som handledar- och patientperspektivet

³⁴ För vidare definition av reflektionsbegreppets roll för lärande i vårdande sammanhang: se rubrik "livsvärldsdidaktik – en inriktning av vårdvetenskaplig didaktik".

förenat med problem, relaterat till benämningar. Detta innebär svårigheter att presentera en fullständig översikt. Vanligt förekommande benämningar är ”dedicated education unit”, ”clinical education unit” samt ”clinical education ward”. Utbildningsavdelningar är en relativt ny företeelse vad gäller studenters lärande, vilket innebär att utvärderande forskning är begränsad. De få studier som gjorts visar dock att skapande utifrån implementering och utveckling av en sådan lärandemiljö ofta sker med relativt lite professionellt stöd. Det sker med begränsat stöd av personer som tidigare startat liknande verksamheter (Moscato, Nishioka & Coe, 2013). Millers (2005) studie visar exempel på vilka utmaningar som en sådan start kan innebära.

Utbildningsenheten startades i ljuset av förutsättningar som handlade om vårdare som var ointresserade av studenter, om personalbrist och om ett uttalat missnöje gällande vården från patienter, närstående och samverkanspartners. Trots dessa förutsättningar tycks utbildningsvårdavdelningar vara ett lovande didaktiskt initiativ för att stärka dels samverkan mellan lärosäte och klinisk vårdverksamhet, dels förbättra studenters praktiska former av att lära sig vårda (Miller, 2005; Moscato, Nishioka & Coe, 2013). Andra studier visar att lärandemiljön tycks erbjuda optimala möjligheter för studenter att lära sig sin blivande profession (Mulready-Shick, Flanagan, Banister, Mylott, & Curtin, 2009, 2013). Ekebergh och Määttä (2005) har studerat hur en UVA med vårdvetenskapliga förtecken, alltså med ett patientperspektiv, kan underlätta integrering av vårdvetenskaplig teori med vårdpraxis. Vidare har Ekebergh (2014) visat betydelsen av ett livsvärldsperspektiv, för att stödja studenters lärande på en UVA-avdelning. Utbildningsavdelningar tycks vara betydelsefulla för studenter, eftersom lärandemiljön är fylld med lockande utmaningar. Miljön erbjuder patientmöten, vilket skapar ett lärande i form av en helhetskänsla, där teorin faller på plats (Eskilsson, 2013). Även Maninen, Welin Henriksson, Scheja och Silén (2012) menar att det är när relationen med patienten skapas som studentens lärande grundläggs. Även känslan av tillhörighet till vårdlaget är viktig för lärandet.

Lärandemiljön erbjuder även handledning, som stimulerar studenten och handledaren till ett ömsesidigt ansvarstagande, vilket förbättrar studentens kunskaper och förstärker självförtroendet. Handledningen spelar således en betydelsefull roll. Den kan både förstärka och försvaga studentens delaktighet i vårdarbetet. Lärandemiljön erbjuder dock möjligheter att utveckla strategier för god handledning (Ranse & Grealish, 2007; Lindahl, Dagborn & Nilsson, 2009). More och Nahigians studie (2013) visar att utbildningsavdelningar erbjuder en miljö där samarbetet sjuksköterskor emellan, men också mellan sjuksköterska och student, är betydligt bättre än på traditionella vårdenheter där studenter gör sin VFU. Miljön erbjuder även möjligheter att ha varierade lärandenivåer, vilket innebär att studenter från olika terminer i utbildningen kan tas emot under samma VFU-period (Lindahl, m.fl., 2009).

Utbildningsavdelningens lärandemiljö erbjuder studenten möjlighet till aktiv delaktighet, vilket ger ömsesidiga vinster. Studentens lärande utvecklas, vårdarnas inlevelse i arbetet förbättras samt patienter blir mer aktiverade och delaktiga i sin vård (Scheffer, Tauschel, Neumann, Lutz, Valk-Draad & Edelhäuser, 2013). Såväl studenter som handledare och lärare från lärosäten är belåtna med vad som åstadkommit under studenters VFU. Enligt Rhodes, Meyers och Underhill (2012) ser och uppskattar samtliga parter de didaktiska fördelar som finns med denna lärandemiljö. Det anses vara ett givande och lärorikt tillvägagångssätt för studenter att erhålla värdefulla erfarenheter, samtidigt som de får möta kliniska experter. Utbildningsavdelningar tycks även kunna förstärka relationer mellan lärosäten och vårdaktörer (Rhodes, Meyers & Underhill, 2012). Det kan konstateras att utbildningsenheter möjliggör gynnsamma förutsättningar för en didaktik, som stödjer såväl studenters tillägnande av kunskaper som patientvården. Dock har forskningen främst varit koncentrerad på studenters lärande och på handledarperspektivets uppdrag för att stödja detta lärande. Inte heller, när utbildningsavdelningar studeras, har tidigare forskning uppmärksammat hur ett sådant lärande relaterar till vårdandet, innebärande patienters upplevelser av att vårdas i en lärandemiljö³⁵.

³⁵ Det enda upptäckta undantaget utgörs av Eskilsson, 2013; 2014, vilket är ett doktorandprojekt, ingående i samma forskningsprojekt som denna avhandling. Forskningsprojektet är benämnt "Innovativa miljöer som kan bygga broar mellan teori och praxis".

PROBLEMOMRÅDE, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Forskningsgenomgången visar att det finns en stor mängd forskning inom området studenters lärande i vårdande sammanhang under VFU. Dock har området främst speglats ur handledares och studenters perspektiv, med fokus på lärandet som enskild företeelse. Fortfarande behövs forskning om studenters lärande i relation till vad lärandet handlar om, nämligen att vårda patienter. Tidigare forskning som fokuserar handledarens perspektiv visar på handledarens roll, funktion och ansvarsområden som komplext problematiska. Det saknas emellertid forskning som relaterar handledarens lärande ansvar för studenten i förhållande till handledarens vårdande ansvar för patienten, alltså forskning som kopplar ihop handledarens båda ansvarsområden.

Forskningsöversikten visar att tämligen få studier har uppmärksammat patientens perspektiv i relation till att vårdas av studenter i ett lärande sammanhang. Ingen studie har återfunnits, som belyser när och hur vårdande och lärande sammanfaller samt vilket handledande stöd som krävs för att detta ska ske. Således finns kunskapsluckor gällande lärandestrategier som kan bidra till att studenter lär sig vårda, samtidigt som patienters vårdbehov tillgodoses. Flertalet studier inom området, oavsett om den är genomförd för 20 år sedan eller nyligen, uttrycker att ytterligare forskning krävs för att skapa kunskap om studenters lärande i vårdande sammanhang. Studier om hur vårdande och lärande kan utvecklas tillsammans, i vårdande sammanhang under studenters VFU, tycks kunna bidra till kunskapsutveckling inom området.

Denna avhandling bygger vidare på Ekeberg's forskning om livsvärldsdidaktik (Ekebergh, 2001, 2005, 2007, 2008, 2009.a, 2009.b, 2011). För studenter, handledare och patienter behövs didaktiska strategier och modeller, som möjliggör att den abstrakta teoretiska vårdvetenskapen och den konkreta komplexa vårdverkligheten ges möjlighet att sammanstråla på ett sätt, så att vårdande och lärande kan sammanfalla och medföra god omvårdnad för

patienter. Om inte didaktiska förutsättningar skapas för vårdande och lärande att sammanfalla på ett sådant konstruktivt sätt, finns risk att såväl studenter och patienter som handledare kan inta ett oreflekterat och imiterat lärande. Ur ett patientperspektiv kan detta didaktiska dilemma få ödesdigra konsekvenser. Risker finns att patienter erhåller en vård, styrd av rutiner och schemamässiga strukturer, istället för att vården utgår från varje patients behov och önskan. Detta kan innebära ett vårdlidande, det vill säga att vården skapar ett lidande hos patienten istället för att minska/lindra lidandet.

I VFU är som regel utgångspunkten att vårdande och lärande samexisterar som enskilda och parallella företeelser. Det finns emellertid ett behov av att studera på vilket sätt vårdande och lärande förhåller sig till varandra samt när och hur de sammanfaller, när studenter lär sig vårda under VFU. Att studera detta är komplext, bland annat när det handlar om att kunna synliggöra vilka delar av vårdande och lärande som sammanfaller samt i vilka möten mellan studenter och patienter detta sker. Genom att synliggöra vårdandets och lärandets sammanfallande ges dock möjlighet att förstå komplexiteten ur såväl ett student-, patient- som ett handledarperspektiv, vilket bör vara intressant för både vårdaktörer och lärosäten, som arbetar med lärande i vårdande sammanhang i form av VFU.

Det övergripande syftet med avhandlingen är att beskriva hur vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter på en UVA inom psykiatrisk vård. Syftet är också att beskriva hur handledande stöd kan bereda vägen, så att detta sker. Fenomenet utgörs således av när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter, som lär sig vårda, och patienter som vårdas av studenter.

Då fenomenet speglas ur studenters, patienters och handledares perspektiv finns delsyften enligt följande:

- Att beskriva hur det är att vårda patienter i ett lärande syfte och i ett lärande sammanhang.
- Att beskriva hur det är att vårdas av studenter i ett lärande sammanhang.
- Att beskriva hur det är att handleda studenter i att vårda.

Följande frågeställningar ställdes i forskningen:

- Hur och när sammanfaller vårdande och lärande i möten mellan studenter och patienter?
- Vad kännetecknar de möten mellan studenter och patienter som är både vårdande och lärande på ett sätt som medför en god omvårdnad till patienter?

- Vad kännetecknar de möten mellan studenter och patienter som är både vårdande och lärande på ett sätt som medför risker för patienters hälsa?
- Vilka hinder finns för att studenters möten med patienter ska bli både vårdande och lärande på ett sätt som medför en god omvårdnad för patienter?
- Vilka förutsättningar krävs för att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten mellan studenter och patienter på ett sätt som medför en god omvårdnad för patienter?

METODTEORI OCH GENOMFÖRANDE

I denna del av avhandlingen presenteras forskningsansats och tillvägagångssätt vad gäller datainsamling och dataanalys samt etiska ställningstaganden. I texten beskrivs hur tidigare redovisade ontologiska och epistemologiska utgångspunkter³⁶ har omsatts och genomförts.

Reflekterande livsvärldsforskning

Forskningen i denna avhandling har genomförts med en reflekterande livsvärldsansats (Reflective Lifeworld Research, RLR) enligt Dahlberg m.fl. (2008)³⁷. RLR som ansats är utvecklad och anpassad till vårdvetenskap genom Dahlberg m.fl. (2008)³⁸. RLR³⁹ kännetecknas av att vara en innebördssökande och fenomenorienterad ansats, som avser att beskriva människors levda erfarenheter, i syfte att utveckla kunskap om människors existens i olika sammanhang. För att kunna förstå och erhalla kunskap om vad som kännetecknar vårdandets och lärandets sammanfallande när studenter och patienter möts, krävs en forskningsansats med teori och metoder som förmår att möta en komplex, mångdimensionell och mångfacetterad värld, som många gånger både vårdande och lärande är en del av. Den reflekterande livsvärldsansatsen är en forskningsansats som klarar av att möta dessa krav och

³⁶ Se rubrik – "Ontologiska och epistemologiska grunder för vårdande och lärande" tidigare i denna avhandlings bakgrundsdel.

³⁷ Dahlberg, Drew & Nyström utvecklade 2001 en forskningsansats, benämnd (RLR). Denna forskningsansats har under åren utvecklats och därtill uppdaterats (Dahlberg & Dahlberg, 2003; Dahlberg, 2006). Forskningsansatsens utveckling sammanställdes i ny version av Dahlberg, Dahlberg och Nyström, 2008.

³⁸ Med inspiration av Giorgi (1997). Det gäller framförallt 2001-utgåvan men egentligen inte 2008.

³⁹ RLR som forskningsansats har tidigare använts i ett flertal studier samt i doktorsavhandlingar inom vårdvetenskaplig forskning av bland annat Carlsson (2003), Sjögren (2004), Källerwald (2007), Hörberg (2008), Berglund (2011), Rusner (2012) samt Lindberg (2014). Även inom pedagogik (Bredmar, 2013 och en som kommer nu under detta år, Cronqvist, 2015).

därför har den valts för denna forskning. Ansatsen har en epistemologisk utgångspunkt i Husserls livsvärldsteori och intentionalitetsteori. Dahlberg m.fl. menar vidare med stöd av Husserl (1992/1929, 1973/1939, 1970/1936) att det är fenomenologins uppgift att *beskriva ett fenomen "som något" så som det erfars av människor*. Detta beskrivande handlar om att vara *fenomenorienterad*. Den reflekterande livsvärldsansatsen är enligt Dahlberg m.fl. (2008) antitetiskt mot alla former av reduktionism där den komplexa och mångfacetterade världen förenklas, generaliseras eller förklaras med hjälp av mätningar, beräkningar och siffror⁴⁰.

Öppenhet och följsamhet

RLR är en forskningsansats som kännetecknas av en fenomenologisk hållning, i form av dess övergripande metodprinciper, öppenhet och följsamhet. Dessa metodprinciper ses som förutsättning för forskningens trovärdighet i form av validitet och överförbarhet. Öppenhet och följsamhet handlar, enligt Dahlberg (2014 och Dahlberg m.fl. (2008)), om att beforska ett fenomen på dess egna villkor, vilket ställer särskilda krav på såväl förhållningssätt som de metoder som används. Således är det alltid fenomenet och forskningsfrågan, som visar vägen för forskaren hur fenomenet bäst bör studeras. När forskare intar ett öppet och följsamt förhållningssätt till ett fenomen kan fenomenet "självt" ge vägledning till hur det kan eller bör studeras. Varje forskningsprocess kräver genomgående en öppen och fenomenorienterad hållning, för att ett fenomen innebär skall kunna visa sig. Öppenhet innebär att forskaren är medveten om den egna rollens betydelse i forskningsprocessen. När forskaren studerar företeelser i människors livsvärldar, innebär detta att han/hon dels kan påverka människors upplevelse av fenomenet, dels har en egen relation till och (för)förståelse av det fenomen som studeras. Som forskare är det således inte möjligt att inta en hållning av fullständig objektivitet eller neutralitet. Dahlberg m.fl. (2008) samt Dahlberg och Dahlberg (2003) menar att det krävs en reflekterad hållning. Det betyder att forskarens förståelse av fenomenet ständigt behöver problematiseras och ifrågasättas. Forskaren behöver ständigt söka efter det som är annorlunda i ett fenomen, vilket innebär att inte ha för bråttom med att bestämma dess karaktär. Här krävs ett förhållningssätt som präglas av tålmod och uthållighet. Ett sådant förfarande kallas inom RLR för att tygla sin förståelse, vilket beskrivs under nästa rubrik.

För att ett fenomen ska visa sig i all sin mångfald och rikedom krävs det enligt Dahlberg m.fl., (2008), som tar stöd av Gadamer⁴¹ (1995/1960), att den som

⁴⁰ För vidare beskrivningar om RLR:s ontologi: se avhandlingens bakgrund under rubrikerna "ontologiska och epistemologiska grunder för vårdande och lärande", "livsvärlden", "intentionalitet", "levd kropp i en sammanflätad värld" samt "mellanmänniska möten".

⁴¹ Som var filosof och lärjunge till Martin Heidegger, som i sin tur var lärjunge till Edmund Husserl.

söker förståelse kan öppna upp sina sinnen mot fenomenet och att verkligen med nyfikenhetens och lustens hjälp vilja se. Forskaren bör ödmjukt vända sig mot fenomenet utifrån ett starkt intresse av att möta något nytt, och att helt enkelt vända sig mot en annan människas livsvärld medveten, öppen och vaken. Enligt Dahlberg m.fl. (2008) menar Gadamer (1995/1960) att öppenhetens fiende är förförståelse och fördom. Det gäller som forskare att med öppenhetens hjälp ständigt inta ett medvetet skeptiskt och kritiskt reflekterat förhållningssätt, med någon form av "misstänksamhet" mot sin egen förståelse. Som forskare är det således viktigt att vara uppmärksam på det förutsägbara.

Tyglad förståelse

Det är genom tålmod och ett medvetet reflekterande förhållningssätt som det blir möjligt att beskriva fenomenet, så som det erfars. Det kräver att forskaren är flexibel, klarsynt och känslig. Dahlberg (2006) har utvecklat begreppet tyglad förståelse eller tyglad omdöme, vilket innebär att som forskare medvetet sträva efter att hålla tillbaka egen intentionalitet, det vill säga det egna omdömet, om det fenomen som undersöks. Det handlar om att lossa lite på de "intentionala trådarna"⁴², vilka håller oss fast i vår egen (för)förståelse. Att tygla sitt omdöme handlar om att stå ut med att vara i det obestämda så att fenomenet tillåts att visa sig. Dahlberg m.fl. (2008) hänvisar till Merleau-Ponty (1995/1962) och framförallt till Husserl (1973/1939, 1970/1936), som betonar reflektionens betydelse. Det är genom reflektion⁴³ som forskaren kan hålla (för)förståelsen under kontroll i forskningsprocessens samtliga delar. Med reflektionens hjälp utmanas (för)förståelseprocessen och fördomarna, eftersom forskaren inte helt kan utestänga eller utesluta den egna livsvärlden.

Tyglad hållning i föreliggande forskning

Dahlberg m.fl. (2008) menar med stöd av Merleau-Ponty (1995/1962) att människan lär sig, förstår och får kunskap utifrån sin egen utgångspunkt i världen. Tidigare erfarenheter och teoretisk kunskap utgör därför en central del av min förförståelse, när jag ska undersöka hur vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter samt vilket handledande stöd som krävs för att detta ska ske inom psykiatrisk vård. Som tidigare nämnts⁴⁴ består min förförståelse bland annat av 10 års yrkeserfarenhet som psykiatrisjuksköterska både inom heldygns- och öppenvård som inkluderat handledning av sjuksköterskestudenter. Således finns såväl det fenomen vilket jag har studerat som det vårdande sammanhanget, alltså psykiatrisk vård, som en väsentlig del av min livsvärld. Arbetet som sjuksköterska inom psykiatrisk

⁴² Beskrivs under rubriken "Levd kropp i en sammanflätad värld" i denna bakgrundsdel.

⁴³ Reflektionens betydelse beskrivs under rubriken "livsvärldsdidaktik – en inriktning av värdvetenskaplig didaktik" i avhandlingens bakgrundsdel.

⁴⁴ Se denna avhandlings "inledning".

vård innebär att samtala med människor i olika sammanhang och i olika hälsotillstånd. Detta har gett nyttiga erfarenheter, som jag har kunnat använda i samtalen vid datainsamlingen, men samtidigt har det varit viktigt att vara kritiskt uppmärksam på erfarenheternas inverkan. En tillgång har också varit min kännedom om den psykiatriska kontexten, vilken inkluderar såväl teoretiska som praktiska kunskaper och aspekter. Detta medförde bl.a. att jag kunde ställa riktade frågor för att komma vidare i samtalen med deltagande personer. Mina tidigare erfarenheter av teoretisk och praktisk kunskap har ständigt varit ett stöd och en hjälp för mig i forskningsprocessen, eftersom flera av de specifika företeelser som kontexten erbjuder inte överraskade mig såsom exempelvis tvångshandlingar, självmordstankar och självdestruktivitet. Detta var en styrka men kunde även vara en svaghet och ett hinder när jag inte var på min vakt utan missade möjligheter till nyanserade beskrivningar då jag inte ställde tillräckligt många fördjupande följdfrågor.

Jag har under hela forskningsprocessen försökt att medvetet tygla min (för)förståelse. Emellertid är jag är tveksam till om detta är möjligt genom att skriva ner förförståelsen. Jag anser att förförståelse och förståelse är en förkroppsligad företeelse som jag bär med mig oavsett om jag skrivit ner den eller inte. Istället anser jag att en reflekterad hållning gör det möjligt att medvetet kontrollera såväl förförståelse som förståelse. Vid livsvärldsintervjuerna, vilka kan liknas vid reflekterande samtal, strävade jag efter att ständigt ha en reflekterad hållning. När de deltagande personerna tycktes avvika från fenomenet, fick jag försöka att rikta dem tillbaka genom att ställa riktade frågor så som: På vilket sätt relaterar du det du just beskrev till att vårdas av studenter, alternativt att vårda patienter eller att handleda studenter i att vårda? Dessa frågor blev på så vis även ett sätt att rikta min egen uppmärksamhet mot fenomenet. Min undran⁴⁵ medförde en nyfikenhet om fenomenet som bidrog till att bibehålla min öppenhet, strävan och önskan om att få veta mer. Sättet att ställa följdfrågor⁴⁶ var ett sätt för mig att få ytterligare beskrivningar, vilket medförde att jag inte nöjde mig med de beskrivningar jag fick.

En tyglad hållning har även varit central i mina försök att inte ha för bråttom att nå ett resultat. En långsamt genomförd analysprocess har varit viktigt för att inte dra för snabba och forcerade slutsatser, utan att istället möta fenomenets unika egenhet, vilket även kan förstås som dess annanhet⁴⁷. För att upptäcka de så kallade rätta innebörderna i de deltagande personernas berättelser har jag vid upprepade tillfällen både lyssnat på ljudinspelningarna

⁴⁵ Som beskrivs i "inledningen" av denna avhandling.

⁴⁶ Se genomförandebeskrivningar under rubriken "livsvärldsintervjuer" i denna del av avhandlingen.

⁴⁷ Med detta menas en vilja att förstå annorlunda, d.v.s. att upptäcka och förstå något som inte redan finns i vår förförståelse (Dahlberg m.fl., 2008 med hänvisning till Gadamer, 1989).

och läst igenom textmaterialet. Trots att varje deltagande persons berättelse är spännande och intressant, har det varit viktigt att inte komma för nära personen som subjekt, utan att istället, med ett reflekterande förhållningssätt, distansera mig och fokusera fenomenet som objekt. Här har mina handledare varit ett viktigt stöd. Stöd i att vara fenomenorienterad har jag också erhållit vid doktorandseminarier, när jag har lagt fram mina resultat för granskning. Seminariedeltagare har vid dessa tillfällen fungerat som skarpa granskare. Frågor som ställdes kunde vara: "På vilket sätt visar detta sig?" samt "Vilket är ditt fenomen?"

Datinsamling

Avhandlingens fenomen, när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, kan betraktas som komplicerat då såväl lärande som psykiatriskt vårdande var för sig är komplexa företeelser. För att kunna inringa och beskriva detta fenomen som också relaterar till mellanmänniska möten, i vårdande och lärande sammanhang, kan det vara lämpligt att använda flera datinsamlingsmetoder. Flera metoder kan öka möjligheterna till att få innebördsrik data och därmed kunna beskriva ett fenomenets variationer och nyanser (Dahlberg m.fl., 2008; Morse & Niehaus, 2009). Av denna anledning valdes tre datinsamlingsmetoder som kunde komplettera varandra. Dessa datinsamlingsmetoder är kvalitativa livsvärldsintervjuer, deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer samt dagboksbeskrivningar⁴⁸.

För att kunna använda deltagande observationer som datinsamling, med en med en reflekterande livsvärldsansats grundad i fenomenologi, krävs att observationerna följs upp med uppföljande livsvärldsintervjuer. I denna avhandling i syfte att förtydliga och klargöra, när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, har observationer genomförts. Observationen kan endast ta ansvar för att beskriva fenomenets yttre horisont så som den kontextuella och den sociala situationen i det vårdande och lärande sammanhanget. För att komma åt fenomenets inre horisonter, alltså när vårdande och lärande sammanfaller utifrån dess mening och mönster av innebörder ur ett livsvärldsperspektiv, krävs att frågor ställs till de personer som lever och erfar fenomenet (Dahlberg m.fl., 2008). Av denna anledning krävdes uppföljande livsvärldsintervjuer, som i ett mellanmänniskt möte mellan mig som forskare och de deltagande personerna kunde fokusera på när och hur vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter. Detta gjordes genom att jag med min frågande hållning kunde rikta de deltagande personerna mot hur det är att vårda, vårdas och handleda i

⁴⁸ Dagboksbeskrivningar har endast använts som datinsamling för studenterna.

ett lärande sammanhang. Vid enbart observationer av fenomenet fanns risker att något medpresenterade sig, vilket kunde härstamma från min förförståelse. Denna risk finns förvisso även vid intervjuer men bedömdes vara mer överhängande vid dessa observationer. När jag observerade, deltog jag i studenters och patienters möten, men jag deltog inte verbalt i deras samtal. De deltagande observationerna har därför endast använts som reflektionsstöd och stimulans före de livsvärldsintervjuer som följde direkt efter observationerna. Dessa uppföljande livsvärldsintervjuer skiljer sig något från de andra livsvärldsintervjuerna på så sätt att de genomfördes i direkt anslutning till de möten mellan student och patient, som jag varit med och observerat. Deltagande personer kunde här direkt börja beskriva hur de upplevt just detta möte.

Studenter, patienter och handledare har i livsvärldsintervjuer samt dagboksbeskrivningar gett sina erfarenheter av hur det är att vårda i ett lärande syfte, hur det är att vårdas i ett lärande sammanhang samt hur det är att handleda studenter i att vårda. Datainsamlingen utgörs således av separata livsvärldsintervjuer, uppföljande livsvärldsintervjuer efter deltagande observationer samt av studenters dagboksbeskrivningar. All datainsamling genomfördes under två studentperioder på vardera sju till åtta veckor⁴⁹ på en psykiatrisk UVA, som i sin tur består av två vårdavdelningar tillhörande ett sjukhus i sydvästra Sverige.

Forskningspersoner

De personer som deltar i avhandlingens studie är människor som dagligen möts på psyk-UVA, nämligen sjuksköterskestudenter i termin fyra, patienter samt handledande sjuksköterskor. Dessa personer har erfarenheter, som gör det möjligt att beskriva när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter.

I urvalsprocessen av deltagande personer i studien var strävan att få en så stor spridning som möjligt av ålder, kön och erfarenheter av psykiatrisk vård. Detta gäller för samtliga personer, som deltar i studien. Strävan var också att få en så jämn fördelning som möjligt vad gäller antalet deltagande personer från varje informantgrupp. Denna urvalsprocess gav möjligheter att fånga fenomenets innebörder och variationer. Enligt Quinn Patton (2002) är strategiskt urval att föredra, då såväl de deltagande personerna som forskaren dels har erfarenhet av fenomenet, dels att fenomenet som studeras angår dem i högsta grad. Det är just dessa personer, som i dialog med forskaren, kan berätta om fenomenet

⁴⁹ Av etiskt konfidentiella skäl lämnas inte ut i tid när datainsamlingen genomfördes, eftersom det eventuellt skulle innebära att deltagande personer kunde identifieras.

utifrån sina levda erfarenheter. Således gjordes ett strategiskt urval enligt följande:

- Patienter som vårdades inneliggande på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning, när studien påbörjades och genomfördes samt att de under vårdperioden mött studenter, som i lärande syfte försökt att vårda. Strävan var att få spridning av erfarenheter av psykiatrisk vård, dels från ordinär psykiatrisk vårdavdelning, dels från psykiatrisk utbildningsvårdavdelning samt från att vårdas frivilligt eller enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).
- Sjuksköterskestudenter som gjorde sin verksamhetsförlagda utbildning under åtta veckor på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. Här var min strävan att få en spridning av ålder, kön samt erfarenheter av tidigare arbete inom vården.
- Handledare. Urvalskriterier bestod av att de var yrkesverksamma sjuksköterskor på psykiatrisk UVA och att de handledde sjuksköterskestudenter. Urvalet gjordes utifrån ålder, kön och erfarenheter av arbete inom såväl psykiatrisk vård som andra vårdssammanhang, samt att det skulle finnas spridning och variationer avseende sjuksköterskor med nyare sjuksköterskeutbildning och de med en äldre utbildning. Även variationer vad gäller handledarutbildning samt erfarenheter av att handleda sjuksköterskestudenter eftersträvades.

Informerat samtycke

Det mest centrala inom forskningsetik⁵⁰, handlar enligt Silverman (2006) och Quinn Patton (2002), om informerat samtycke. Informationsbrev och samtyckesblanketter till samtliga berörda parter konstruerades i samband med ansökning till etikprövningsnämnden, EPN. Dessa dokument följer de riktlinjer och principer som EPN rekommenderar. Efter att ha fått klartecken från EPN (Dnr 358-10) inleddes arbetet med att erhålla informerat samtycke från tilltänkta deltagande personer. Vid såväl muntlig som skriftlig information till de deltagande personerna var det viktigt att använda ett språk som alla kunde förstå och att medvetet försöka beskriva och förklara utan att använda exempelvis facktermer eller ett för akademiskt språk och ordval. Samtycke innebär att de deltagande personerna erhåller såväl skriftlig som muntlig information om studiens bakgrund och syfte samt vilka metoder som planeras att använda för datainsamling. Samtycket handlar också om innebörden av att delta, vem som är studiens kontaktperson, vilket

⁵⁰ För ytterligare beskrivningar om forskningsetik: se rubrik "etiska reflektioner, val och ställningstaganden" i denna del om "metodteori och genomförande".

telefonnummer kontaktpersonen har, att deltagandet är frivilligt och att personen kan välja att avsluta sitt deltagande när som helst, helt utan ett förklarande ansvar samt att data behandlas konfidentiellt (Silverman, 2006).

Muntlig och skriftlig information gavs först till institutionens prefekt och sedan till psykiatriska klinikkens verksamhetschef vid ett avtalat möte. Vid detta tillfälle lämnades även samtyckesblankett⁵¹, som senare inhämtades personligen av mig som forskare.

Till studenterna lämnades informations-⁵² och samtyckesblankett⁵³ av mig som forskare vid studenternas introduktion till VFU. Detta gjordes vid två tillfällen. Frågan om deltagande ställdes vid första tillfället till 20 studenter. Av dessa svarade 19 stycken att de var intresserade av att delta. Enligt planerad strategi valdes 10 studenter ut (se ovan). Samtliga tio gav sitt samtycke till att delta i samtliga tre metoder för datainsamling. Efter första kursomgången med studenter var det flera som valde att inte fullfölja⁵⁴, vilket gjorde att datainsamlingen med deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer fick ställas in. Första kursomgången med studenter genererade på så vis data i form av endast två uppföljande samtal efter deltagande observationer. Istället genomfördes intervjuerna⁵⁵ och dagboksbeskrivningarna⁵⁶. De deltagande observationerna med uppföljande livsvärldsintervjuer⁵⁷ genomfördes senare med en annan kursomgång studenter.

Den första muntliga och skriftliga informationen⁵⁸ erhöll patienten av en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Detta skedde då patienten hade haft möten med studenter vid upprepade tillfällen. Denna sjuksköterska hade även ett huvudhandledande ansvar för studenterna. Vid detta informationstillfälle gavs även tillfälle för patienten att ställa frågor. Muntlig information om innebörden av att delta gavs även av mig som forskare, när studien påbörjades, alldeles innan själva datainsamlingen, vilken bestod av livsvärldsintervjuer⁵⁹ och deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer⁶⁰. Samtycke

⁵¹ Se bilaga 8 och 9

⁵² Se bilaga 2

⁵³ Se bilaga 6

⁵⁴ Se "reflektioner över datainsamlingen" längre fram i denna avhandling.

⁵⁵ I tabell 1 redovisas studenter som deltog i intervjuerna.

⁵⁶ I tabell 7 redovisas studenter som deltog i dagboksbeskrivningar.

⁵⁷ I tabell 4 redovisas studenter som deltog i deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer.

⁵⁸ Se bilaga 3.

⁵⁹ I tabell 2 redovisas patienter som deltog i livsvärldsintervjuer.

⁶⁰ I tabell 5 redovisas patienter som deltog i deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer.

till deltagande lämnades muntligt och skriftligt⁶¹ i form av blankett för samtycke av mig som forskare vid datainsamlingens genomförande.

På respektive avdelnings arbetsplatsträff gavs handledarna muntlig och skriftlig⁶² information om forskningen och vad det innebar att delta i studien. Denna information gavs av mig som forskare. På detta sätt fick all avdelningspersonal möjlighet att få information om forskningen. Vid detta tillfälle lämnades även samtyckesblanketten⁶³. På de båda avdelningarna som ingår i UVA-enheten, arbetade 11 sjuksköterskor och samtliga fungerade som handledare. Alla tillfrågades om att delta och alla gav sitt samtycke. Tid och plats för livsvärldsintervju⁶⁴ avtalades med respektive deltagande person genom telefonsamtal.

Livsvärldsintervjuer

Då strävan var att erhålla en fördjupad och breddad kunskap om deltagarnas upplevelser och erfarenheter av det aktuella fenomenet valdes livsvärldsintervjuer (Dahlberg m.fl., 2008). Livsvärldsintervjun sker i ett möte med intervjuade personer och deras livsvärld. Intervjun kan beskrivas som en reflekterande dialog där möjlighet ges till personen som intervjuas att börja reflektera kring naturligt tysta och oreflekterade erfarenheter. Det är genom reflektionen som det blir möjligt att sätta ord på sådana upplevelser och erfarenheter som tidigare inte beskrivits.

Livsvärldsintervjuerna genomfördes dels som separata intervjuer, dels som uppföljningar av de deltagande observationerna. Dessa intervjuer genomfördes som ett samtal utan någon färdig frågeguide. Samtalet präglades således av en öppen och följsam hållning till de deltagande personernas berättelser om fenomenet (Dahlberg m.fl., 2008).

⁶¹ Se bilaga 5

⁶² Se bilaga 4.

⁶³ Se bilaga 7.

⁶⁴ I tabell 3 redovisas handledare som deltog i livsvärldsintervjuer.

Tabell 1. Studenter som deltog i separata livsvärldsintervjuer

20 studenter tillfrågades. 19 stycken svarade att de var intresserade av att delta varav 10 valdes ut. Ytterligare 1 studentintervju tillkom, vilken var genomförd sedan tidigare, som examinationsuppgift i en doktorandkurs.

Antal deltagare:	11
Kön:	8 kvinnor 3 män
Ålder:	21-35 år
Värderfarenhet:	0-8 år

Tabell 2. Patienter som deltog i separata livsvärldsintervjuer

20 patienter tillfrågades om att delta i intervju. 16 gav sitt samtycke till att delta i intervju varav 10 valdes ut. 2 st. genomfördes ej p.g.a. utskrivningar.

Antal deltagare:	8
Kön:	6 kvinnor 2 män
Ålder:	19-58 år
Erfarenhet att vårdas inom psyk. vård:	2 veckor-17 år
Erfarenhet av vård på psyk: UVA:	1-3 veckor
Vårdform:	6 st. enl. HSL ⁶⁵ 2 st enl. LPT ⁶⁶

⁶⁵ Innebär att vårdas frivilligt, det vill säga enligt Hälso-och SjukvårdsLagen

⁶⁶ Innebär att tvångsvårdas enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård

Tabell 3. Handledande sjuksköterskor som deltog i livsvärldsintervjuer

11 tillfrågades varav samtliga gav sitt samtycke.

Antal deltagare:	11
Funktion och roll	9 bashandledare 2 huvudhandledare
Kön:	9 kvinnor 2 män
Ålder:	24-59 år
Erfarenhet att handleda	3 mån.- 28 år
Erfarenhet att handleda på psyk: UVA	3 mån.- 2 år

Vid de separata livsvärldsintervjuerna förekom det dock att jag mer aktivt fick försöka rikta de deltagande personerna mot deras erfarenheter av att vårda, vårdas och handleda i ett lärande sammanhang, genom min frågande hållning. Det kunde exempelvis handla om när studenter beskrev och berättade om sina upplevelser. Dessa var till stor del fyllda av hur de upplevt handledningen, vilket medförde att vårdande i form av möten med patienter kom i skymundan. Här fick jag försöka rikta studenter mot vårdandet med mina frågor. Nedan följer ett sådant exempel.

*”Vi satt nästan på kontoret hela tiden. Från dag 1 så, vår handledare kom ju inte förrän rätt sent, så vi satt och väntade på henne i en och en halv timma på kontoret. Och sen, på eftermiddagen, vi skulle jobba kvällen, och sen när hon kom så var det massa annat. Jag kommer inte ihåg vad det var där och så sprang hon iväg. Så vi satt ju nästan på kontoret i ett par, tre timmar...//. Det var ingen som tog hand om oss och så satt vi på vårt rum, där satt vi i början hela tiden...//.... **Forskaren:** Men du sa tidigare att just på de här, ja 7 veckorna, så har du ändå träffat patienter? **Deltagande student:** – ja, o ja. **Forskaren:** – Skulle du kunna beskriva lite patientmöten som du har haft? **Deltagande student:** Ja. Jag har ju inte problem att prata och har inte problem med att bemöta människor i olika situationer. Jag tycker inte att det är något jobbigt eller obehagligt och jag har aldrig varit rädd. Jag tycker att det har funkat bra. Det har vart någon gång som jag har funderat liksom. Det var en patient som var väldigt upprörd....”*

Vid de uppföljande livsvärldsintervjuerna efter de deltagande observationerna förekom detta riktande mot vårdandet inte alls. Deltagarna kunde direkt börja beskriva sina erfarenheter och upplevelser av det möte som jag varit med och observerat. På detta sätt fungerade de deltagande observationerna som ett

betydelsefullt reflektionsstöd. I livsvärldsintervjuerna var det också viktigt att jag beaktade det så kallade integrativa perspektivet, vilket innebar att min frågande hållning riktades både mot vårdande och mot lärande som parallella företeelser, vilka sammanfaller när studenter lär sig vårda. I det här sammanhanget var det viktigt att jag ständigt reflekterade över möten mellan studenter och patienter som både vårdande och lärande, och inte som antingen vårdande eller lärande⁶⁷.

Även en hållning av omedelbarhet i livsvärldsintervjuerna med patienter, studenter och handledare utgjorde en central utgångspunkt för mitt agerande. Omedelbarhet handlar, enligt Dahlberg m.fl. (2008), om att som forskare vara naturlig och sann, att vara närvarande här och nu, vilket utgörs av både närhet och distans. I närheten finns det mellanmännsliga mötet mellan två livsvärldar, mellan mig som intervjuande forskare och personen som deltog. En viktig ingrediens utgjordes av mitt nära och omedelbara lyssnande i mötet. Det handlade om att, med en strävan efter ömsesidighet, vara tillgänglig, överlämna mig och försjunka i det mellanmännsliga samtalets substans och relation och att helt enkelt bli så uppslukad av samtalet att tid och rum nästan försvann (Dahlberg m.fl., 2008; Carlsson, 2003; Smaling, 1995). Det var i denna mellanmännsliga intervjusituation som bekräftelse, tillit och trygghet skapades.

Min hållning av närhet var således viktig, eftersom den utgjorde en central del i min och den deltagande personens reflekterande samtal. Samtidigt var även min hållning av distans viktig, för att kunna se och upptäcka fenomenet, när det visade sig i de deltagande personernas berättelser. Det var också med min distanserings hjälp som dialogen fördes framåt. Distanseringens främsta hjälpmedel utgjordes av en reflekterande hållning enligt Dahlberg m.fl. (2008). Ibland hände det under samtalen att den deltagande personen stannade upp, blev tyst och fundersam. En reflekterande hållning hjälpte mig då att stå ut med tystnaden, och tålmodigt vänta ut den deltagande personens beskrivning av sina erfarenheter av att vårda, vårdas och handleda i lärande sammanhang.

De separata livsvärldsintervjuerna genomfördes dels i grupper tillhörande avdelningarnas allmänna utrymmen, dels på huvudhandledarens expedition, där intervjuerna kunde genomföras ostört. En intervju med en handledare genomfördes på en teamexpedition. Varje intervju var individuell. De ljudinspelades och varade i mellan 20 och 80 minuter. Livsvärldsintervjuerna inleddes med en öppen ingångsfråga utifrån vårdande och lärandeaspekter,

⁶⁷ Jämför med figur 1 – Rubins ansiktsvas på s. 69.

men relaterad till respektive deltagande persons perspektiv. Ingångsfrågan var den enda förutbestämda frågan i intervjuerna och ställdes enligt följande:

- Till studenterna: Hur är det att lära sig vårda på psyk-UVA?
- Till patienterna: Hur är det att vårdas av studenter?
- Till handledande sjuksköterskor: Hur är det att handleda studenter på psyk-UVA?

Allteftersom deltagande personer gav sina beskrivningar och berättelser, fanns en strävan att med följsamhet föra dialogen framåt, genom att ställa så kallade följdfrågor så som: Hur menar du? Kan du beskriva och berätta mer om hur det är? Hur var det? Kan du ge något praktiskt exempel på det du just berättade? Det som skiljer de uppföljande livsvärldsintervjuerna från de separata livsvärldsintervjuerna är att de föregicks av ett möte mellan student och patient, som jag var med och observerade. På detta sätt kunde de deltagande personernas beskrivningar och berättelser direkt ta sin utgångspunkt i detta möte, genom att rikta såväl min reflektion som den deltagande personens reflektion mot de möten och situationer som jag varit med och observerat. Dessa fungerade som gemensamma levda exempel, både för mig som forskare och för den deltagande personen. På så vis fungerade dessa möten och situationer som reflektionsstimulerande stöd både för mig som forskare och för den deltagande personen.

Efter observerat möte mellan student och patient sökte jag först upp studenten och sedan patienten för att genomföra de uppföljande livsvärldsintervjuerna. Dessa är genomförda i nära anslutning till mötet/situationen. De uppföljande intervjuerna inleddes med en öppen ingångsfråga: Vad hände i den här situationen? Utifrån personens berättelse ställdes sedan följdfrågor på liknande sätt, som tidigare beskrivits vad gäller de separata livsvärldsintervjuerna. De uppföljande intervjuerna avslutades med berättelser utifrån en mer riktad fråga som handlade om vad den deltagande personen tar med sig från det observerade mötet. Min frågande hållning av öppenhet och följsamhet i de uppföljande livsvärldsintervjuerna genomfördes på liknande sätt som vid de separata livsvärldsintervjuerna, vilket tidigare är beskrivet i detta avsnitt. De uppföljande livsvärldsintervjuerna genomfördes dels i gruppum tillhörande avdelningarnas allmänna utrymmen, dels på huvudhandledarens expedition. Även patientrummen och avdelningsteamens expeditioner användes, där jag och deltagande person kunde sitta ostörda. Alla uppföljande livsvärldsintervjuer var individuella utom ett som genomfördes med två studenter. De uppföljande livsvärldsintervjuerna varade mellan 5 och 25 minuter.

Samtliga livsvärldsintervjuerintervjuer, såväl separata som uppföljande efter observation, ljudinspelades och transkriberades ordagrant med strävan att de skulle innehålla så mycket detaljerad information som möjligt såsom tystnad, pauser och suckar. Syftet med detta var att texten skulle kunna fånga in så mycket som möjligt av intervjun, vad gäller innehåll, känsla och stämning. Det förekom exempelvis att den deltagande personen försökte skapa uppmärksamhet genom att kommunicera med kroppsrörelser. I sådana fall dikterades vad som hände, in på ljudfilen enligt följande: ”Jag ser att du viftar med handen. Vill du ta en paus eller vill du att vi ska avsluta detta samtal?”

Tabell 6. Presentation av olika typer och antal av observerade möten som ingick i datainsamlingen.

Sammanlagt antal:	28 fördelade enligt följande:
Typer av möten	Antal
Vårdande och hälsobefrämjande samtal	18
Uppföljning efter behandling	1
Provtagning	1
Ångestskola	1
Uppföljning efter läkarsamtal	1
Samtal inför permission	1
Sätta ven-kateter	1
Hembesök	1
Bankbesök	1
Insulininjektion	1

Deltagande observation med uppföljande livsvärldsintervju

Deltagande observation lämpar sig, enligt Dahlberg m.fl. (2008), väl när forskningsprojektet riktar sig mot interaktiva möten mellan människor, vilka kan spegla traditioner och kulturer. Metoden är också lämplig då det, av olika anledningar, kan vara svårt att genomföra intervjuer och skrivna berättelser. I planerandet av denna forskningsstudie beaktades att svårigheter av denna art skulle kunna bli aktuella, speciellt när det gäller patienter som deltagare. Patienter som vårdas för psykisk ohälsa, kan ha svårt att orka med längre intervjuer. Detta skulle visa sig stämna väl. Metoden deltagande observationer med uppföljande intervju gör det möjligt att studera företeelser och fenomen ur ett individuellt perspektiv, som även inkluderar mellanmänniskliga möten. Metoden gör det möjligt att komma åt fenomen som handlar om osynlig, inbäddad och förkroppsligad kunskap, vilket kan vara fallet när studenter lär sig vårda i möten med patienter. Observationer är således att föredra, när fenomenet handlar om interaktioner mellan människor samt när fenomenet kan vara inbäddat och underförstått, vilket kan ge ett tyst förgivettagande (Dahlberg m.fl., 2008). I förliggande studie har deltagande observationer

använts som en kompletterande metod. Den har fungerat som reflektionsstimulerande stöd vid de uppföljande livsvärldsintervjuerna, genom att berättelser omgående kunde komma igång, vilka handlade om det möte som jag varit med och observerat. Detta skedde utan att jag som forskare behövde ställa några frågor för att rikta de deltagande personerna mot fenomenet.

Genomförandet av deltagande observationer av möten mellan student och patient, startades under studenternas tredje vecka av den sju till åtta veckor långa VFU-perioden. Detta skedde eftersom de första veckorna innehöll en del teoretiska introduktionsdelar samt bekantgörande med verksamheten. Deltagande observationer innebär att jag deltog i möten mellan student och patient, vilka var både spontana och planerade. Med spontana möten menas de möten som genomfördes improviserat, till exempel när patienten sökte upp studenten för samtal eller när de träffades i avdelningens allmänna utrymmen så som korridor, matsal eller samlingsrum. Med planerade möten menas de möten som genomfördes utifrån avtalad tid för möte/samtal och/eller som föregåtts av planering vid rond eller omvårdnadsplaneringar.

Tabell 4. Studenter som deltog i deltagande observation med uppföljande livsvärldsintervjuer.

Totalt tillfrågades 46 studenter om att delta. 21 gav sitt samtycke, varav 15 valdes ut.

Antal deltagare:	15	
Kön:	11 kvinnor	4 män
Ålder:	21-33 år	
Värderfarenhet:	0-15 år	

Tabell 5. Patienter som deltog i deltagande observation med uppföljande livsvärldsintervjuer.

Totalt tillfrågades 15 patienter om att delta och 12 gav sitt samtycke, varav samtliga valdes ut. En patient som deltog i deltagande observation med uppföljande livsvärldsintervju, deltog även i den separata livsvärldsintervjun.

Antal deltagare:	12
Kön:	8 kvinnor 4 män
Ålder:	19-61 år
Erfarenhet att vårdas inom psyk.vård:	3 veckor – 40 år
Vårdform:	10 enl. HSL 2 enl. LPT

Jag deltog i mötet, men min roll var tyst och passiv. Jag arbetade med ett medvetet reflekterat tyglade för att inte lägga mig i eller påverka mötet mellan patient och student genom att verbalt agera. Min strävan var att inte invadera. Observationsrollen var likt en diskret supporter, vilket, enligt Pilhammar-Andersson (1996), innebär att jag endast observerade som en nära följeslagare. På så vis kan uttryckas att jag deltog i möten men inte i samtal. De flesta gånger fungerade detta väl, men det förekom också att jag störde. Nedan följer ett exempel på detta, hämtat från en uppföljande livsvärldsintervju med en student:

***Forskaren:** "Vad hände i den här situationen?" **Deltagande student:** "Det kändes som att det inte blev så naturligt, på något sätt. Jag vet inte om jag gjorde något fel, med att kanske inleda med att fråga om patienten ville prata. Då blev det kanske så, att eftersom du var med också, så kanske patienten blev mer så här, vad ska jag säga, uppradat eller uppspaltat. Det blev inte som det brukar bli. Att man bara börjar prata om någonting och så flyter det på".*

Dock svarade jag på frågor vid behov. Vid något tillfälle hände det att en patient som deltog i studien frågade mig om min roll och vad jag tyckte om något som diskuterades. Jag fick då återigen ge den muntliga informationen om min forskning och syftet med denna samt ytterligare förtydliga min roll som forskare. Patienten tog emot denna information och fortsatte sedan samtalet med studenten, till synes utan påverkan. Under pågående observation skrev jag inga anteckningar, utan jag använde mig av mina sinnen för att öppet och följsamt vara uppmärksam i mötet. Det fanns även etiska aspekter av att inte föra anteckningar under observationen, eftersom detta kunde innebära att jag uppfattades som granskande och kontrollerande, vilket i sin tur kunde göra

att jag hamnade i fokus på ett sätt som inte var mitt syfte. Om till exempel en patient och en student satt och samtalade, satt jag med men deltog inte verbalt i samtalet, om jag inte blev tilltalad.

Dagboksbeskrivningar

Skrivna reflektioner i dagboksform utgjorde en kompletterande datainsamling endast för studenterna. Enligt Dahlberg m.fl. (2008) och Dahlberg (2014) erbjuder denna metod möjligheter att erhålla beskrivningar och berättelser om så kallade kritiska situationer⁶⁸. Kritiska situationer behöver inte innebära att något farligt eller krisartat skett, utan kan förstås som situationer som på något sätt har utmärkt sig och där detaljer etsat sig fast hos den deltagande personen. Denna metod erbjuder möjligheter att rikta den deltagande personens uppmärksamhet åt ett särskilt håll. Dagboksbeskrivningarna erbjuder, på ett annat sätt än exempelvis intervjuer, möjlighet för den deltagande studenten att sitta ned, och i lugn och ro reflektera över dagens möten med patienter, för att sedan kunna beskriva dem.

Tabell 7. Studenter som deltog i dagboksbeskrivningarna

20 tillfrågades om att delta. 11 gav sitt samtycke, varav 11 valdes ut. Efter några arbetspass valde 3 att avbryta deltagandet⁶⁹.

Antal deltagare:	8
Kön:	6 kvinnor 2 män
Ålder:	21-29 år
Värderfarenhet:	0-6 år
Antal anteckningar:	63
Totalt antal sidor text:	29 A4

Skrivna reflektioner i dagboksform genomfördes under studenternas hela VFU-period. Efter varje arbetspass, ombads studenter att skriva dagboksanteckningar, innehållande reflektioner om vårdande och lärande möten med patienter⁷⁰. Dagboksanteckningarna skrevs i word-format och sparades ner på ett USB-minne, som studenterna erhållit vid kursintroduktion. USB-minnet samlades in vid VFU-periodens slut genom att studenter skickade dem via post, vilket bedömdes vara säkrare än att maila med tanke på de deltagande personernas konfidentialitet. Datamaterialet från studenters dagboksbeskrivningar består således av studenternas skrivna

⁶⁸ Ska här förstås som beskrivningar om vårdande och lärande möten med patienter.

⁶⁹ Se beskrivningar om detta under rubriken "metodreflektioner gällande datainsamlingen" i denna bakgrundsdel.

⁷⁰ Se bilaga1.

beskrivningar och berättelser om vårdande möten med patienter och vad de har lärt sig av dessa möten.⁷¹ Nedan följer ett exempel hämtat ur en av studenternas dagboksbeskrivningar:

”Har idag haft flera vårdande samtal. Det har varit smått planerade samtal, men även spontana samtal i korridorerna. Min tanke var att skapa en vårdrelation till patienterna och lära känna dem lite mer. Men när jag väl började prata med dem, så visade de ett stort intresse vid samtalet. Speciellt en patient öppnade sig och berättade länge om en specifik situation där hon tyckte att hon hade blivit orättvist behandlad av personalen och hur detta påverkade henne i sjukdomen och tillfrisknandet. Jag var själv med patienten under samtalet. Situationen var avslappnad och lugn, jag kände att patienten hade ett förtroende för mig och att det var viktigt för henne att få prata av sig. Det började med att jag frågade hur patienten mädde och hur hon kände sig och då uttryckte hon att hon var besviken och berättade sedan vad som hade hänt. Hon blev flera gånger tårögd under samtalet och visade både ilska över att känna sig orättvist behandlad och en lättnad över att få prata med mig. För mig kändes det bra att få ett förtroende från patienten på det sättet och det var skönt att känna att jag hade gjort något rätt när vi sedan avslutade samtalet och hon tackade mig mycket för att jag hade lyssnat på henne. Jag försökte under samtalet reflektera över patientens sjukdom och livsvärld för att försöka koppla det. Men det var svårt, koncentrationen gick åt till att lyssna på patienten och ge absolut uppmärksamhet. Samtalet började ganska spontant och ägde rum i en korridor, jag övervägde om jag skulle erbjuda att vi satte oss i ett rum men kände att patienten kanske skulle tycka att det blev en för stor grej och kanske skulle ha dragit sig undan i så fall. Efter samtalet så var det inte lång tid kvar på mitt arbetspass och jag har därför ännu inte kunnat följa upp samtalet, men jag skrev en omvårdnadsanteckning i melior. Jag vet inte vad för förståelse jag har utvecklat under just detta samtal, men det kändes bra att komma igång med de vårdande samtalen och få pröva på hur det kan gå till och hur det kan kännas. Jag bär med mig en liten extra positiv kick att jag kunde finnas där för en patient som behövde mig. Jag har lärt mig att även ett litet ”hej” eller ett ”hur mår du?” kan öppna upp för djupare samtal och att man kanske inte alltid kan vänta på att patienten kommer och säger att ”nu är jag upprörd”, utan att man kanske måste hålla utkik och kanske fånga upp patienten som ser ut att grubbla på något eller ser ”ovanligt” deppig ut”.

⁷¹ Se bilaga1.

Tabell 8. Presentation av datamaterialet från respektive grupp av deltagande personer.

Deltagande personer	Datamaterial	Antal
Studenter	Transkriberade livsvärldsintervjuer	11
	Uppföljande transkriberade livsvärldsintervjuer	18
	Dagboksbeskrivningar	8
Patienter	Transkriberade livsvärldsintervjuer	8
	Uppföljande transkriberade livsvärldsintervjuer	10
Handledare	Transkriberade livsvärldsintervjuer	11

Dataanalysen

Datainsamlingen genererade tre empiriska datamaterial⁷². Datamaterialet, som analyserats, består av transkriberade separata livsvärldsintervjuer, uppföljande livsvärldsintervjuer och studenters dagboksbeskrivningar.

Analysen har genomförts enligt en reflekterande livsvärldsansats, RLR (Dahlberg m.fl., 2008, Dahlberg, 2006, Dahlberg & Dahlberg, 2003). Analysen är en innebördsanalys, vilken syftar till att beskriva fenomenets innebördsstruktur bestående av fenomenets essens och dess variationer och nyanser i innebördselementen.

Dataanalysen genomfördes i följande kronologiska ordning: Först analyserades studenternas datamaterial, därefter patienternas, följt av handledarnas, för att sedan avslutas med en generell struktur av fenomenet. Vid analysen av studenters och patienters beskrivningar och berättelser som datamaterial,

⁷² Redovisas i tabell 8

arbetade jag först med de separata livsvärldsintervjuer, sedan med de uppföljande livsvärldsintervjuerna och sist med studenternas dagboksbeskrivningar. Allt datamaterial⁷³ har analyserats med inriktning på fenomenets innebörder och mitt förhållningssätt har präglats av öppenhet och följsamhet med en medveten reflektion, vilket innebär ett strängt tyglade av min förståelse. Detta gjordes för att inte ha för bråttom och att inte forcera analysprocessen. Det är fenomenet och hur det visar sig som utgör det främsta stödet i analysarbetet, men även denna avhandlings forskningsfrågor fungerade som värdefullt stöd.

Enligt Dahlberg m.fl. (2008) kan analysarbetet förstås enligt följande principer:

1. Bekantgörande
2. Från meningsbärande enheter till innebörder
3. Klusterskapande
4. Beskrivning av essensen
5. Beskrivning av innebördselement⁷⁴

Analysprinciperna kan även förstås som olika analysnivåer med olika stark abstraktion, där essensbeskrivningen utgör den mest abstrakta. Analysens arbetsgång genomförs inte och ska heller inte förstås som separerade steg eller faser, utan kan istället beskrivas som ett ständigt vandrande och pendlande mellan helhet och delar. Analysarbetet kan även beskrivas som ett arbete med figur och bakgrund, vilket beskrivs nedan i stycket om meningsbärande enheter.

Först handlade det om att *bekantgöra* mig med texten som helhet, genom att vid upprepade tillfällen lyssna igenom inspelat datamaterial, samtidigt som jag läste den transkriberade texten. Avlyssnandet av datamaterialet i kombination med läsande av text syftade till att få en helhetskänsla. Detta gjordes för att inte förlora en känsla av helhet vid enbart läsande av transkriberad text (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid lyssnandet handlade det även om tonfall, pauser och stämningar i livsvärldsintervjuerna. Genom att på detta sätt bilda mig en uppfattning om vad intervjuerna handlade om skapades en förtrogenhet med texten, så att jag kunde återberätta den i sin helhet. När jag sedan vände mig mot enbart texten, handlade det om att gång på gång läsa igenom ordagrant utskrivna beskrivningar och berättelser för att få en övergripande helhetsbild av datamaterialet. Den bekantgörande fasen var viktig så till vida att det var

⁷³ Vilka beskrivningar och berättelser som datamaterial som ingått i respektive analys finns redovisat i tabell 8.

⁷⁴ Benämns även ibland som konstituenten.

här den övergripande förståelsen av fenomenet grundlades, vilket krävs för att vidare kunna vandra och pendla mellan textens delar och helhet. På detta sätt avlyssnades och lästes alla intervjuer, uppföljande samtal och dagboksbeskrivningar igenom. När detta var gjort påbörjades nästa steg i analysarbetet med de separata livsvärldsintervjuerna, de uppföljande livsvärldsintervjuerna och studenternas dagboksbeskrivningar.

Därefter handlade det inledningsvis om att dela upp helheten i mindre delar, *meningsbärande enheter*. Detta innebär att markera delar av texten som bär på mening om fenomenet. När detta var gjort, följde ett mera aktivt analyserande, som innebar att jag var i en dialog med datamaterialet. Dialogen gick ut på att jag frågade ut textmaterialet. Detta gjordes genom att jag mer aktivt var i en dialog med studenters, patienters och handledares beskrivningar och berättelser. Dialogens strävan handlade om att *söka mening och innebörd* genom att fråga ut textmaterialet med frågor i relation till fenomenet som exempelvis: Vad är det som sägs? Hur sägs det? Vad är innebörden av det som sägs? Detta steg i analysen benämns ibland som upppackande av innebörder i varje meningsbärande enhet. Carlsson (2003) menar, med stöd av Gadamer (1989), att texten ska förhöras och förstås utifrån texten själv och ingenting annat än texten. Enligt Dahlberg (2006) lyfts en innebörd i texten fram som en figur och studeras i relation till helheten av texten som bakgrund. Sedan lyfts en annan innebörd fram och studeras mot helheten på samma sätt. Det gäller att som forskare vara öppen för att se det som inte visar sig vid första anblicken. Det handlar om att möjliggöra för innebörder att förändras från osynliga till synliga. Det krävdes en medveten reflekterad hållning, som gjorde att jag stod ut med ovissheten och hade tålmod att utföra processen långsamt. Det handlade om att vänta ut fenomenet, som till slut kunde visa sig i sin mångfald och i sin annanhet. I denna del av analysprocessen var det viktigt att inte bedöma, avgöra eller bestämma det obestämda för snabbt (Dahlberg & Dahlberg, 2003).

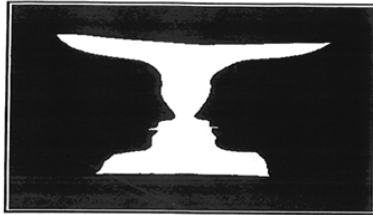
Vid "upppackande" av innebörder organiserades texten enligt följande: I varje meningsbärande enhet kopierade jag texten som helhet och lade in den i ett dokument bestående av två kolumner, vilka var rubricerade med "meningsbärande enheter" respektive "innebörder". Varje meningsbärande enhet med respektive analyserad innebörd numrerades. Inledningsvis lästes varje meningsbärande enhet igenom flera gånger innan det var dags att börja ställa frågor om vilka innebörder som fanns. Att ställa frågor till texten fyllde flera syften. Dels för att förvissa mig om hur utsagan i texten kunde förstås och om det verkligen handlade om den innebörd som jag analyserat fram, dels om att inte flera innebörder kunde gömma sig i texten. Om så var fallet, delades texten i fler delar, det vill säga meningsbärande enheter, för att inte missa

innebörder. Som stöd användes ibland idén om ”figur och bakgrund”⁷⁵, som innebär att texten frågas ut om innebörder: Fanns här flera perspektiv, som kunde ställas mot varandra som figur och bakgrund⁷⁶? Det kunde exempelvis handla om, att patienterna berättade något om studenterna i relation till de ordinarie vårdarna. Här kunde jag testa om innebörderna i det som patienterna berättade förändrades, om jag tittade på texten utifrån de ordinarie vårdarna som figur i relation till studenterna som bakgrund. Edgar Rubins (1915, figur 3) berömda gestaltfigur, eller egentligen figurer, den så kallade ansiktsvasen, visar att det finns ett beroende mellan figur och bakgrund. Vasen (den vita färgen) framträder som figur om den omgivande svarta bakgrunden betraktas på ett visst sätt, vilken förändras i samma stund som vasen i stället betraktas som bakgrund, och den tidigare observerade bakgrunden nu framträder, som två ansikten (den svarta färgen som figur) mittemot varandra.

⁷⁵ Se ”figur 1 – Rubins ansiktsvas”.

⁷⁶ Se ”reflektioner över dataanalysen” längre fram i denna del av avhandlingen.

Figur 1. Rubins ansiktsvas (Rubin, 1915, figur 3)



Figur 1: Edgar Rubins ansiktsvas (från Rubin 1915, figur 3).

I detta analysarbete präglades min hållning av både en omedelbar öppenhet, närhet och följsamhet till texten, samtidigt som jag kunde distansera mig ifrån den genom att reflekterat tygla den framväxande förståelsen och min förförståelse. Detta gjordes, dels mot mina tidigare erfarenheter som klinisk adjunkt, dels mot min teoretiska (för)förståelse av psykiatrisk vård, psykologi, psykoterapi och värdvetenskap. Det handlade inte om att uppnå fullständig objektivitet och neutralitet, utan om att inte omedvetet tolka in innebörder i texten, som i själva verket inte existerade. På detta sätt arbetades allt datamaterial igenom.

När denna del av analysen av textens innebörder var klar, påbörjades ett nytt arbete. Nummerade innebördsbeskrivningar kopierades och lades in i ett nytt dokument som jag rubricerade som "från innebörder till kluster". De nummerade innebördsbeskrivningarna lades efter varandra under respektive livsvärldsintervju. På detta sätt kunde jag läsa, exempelvis samtliga innebördsbeskrivningar från intervju nummer 1 i sin helhet, likt ett "nytt bekantgörande". När detta var gjort, påbörjades klusterarbete, vilket innebar att de innebörder som på något sätt relaterade till varandra fördes samman och bildade på så vis "områden". Trots att jag arbetade med delarna var min uppmärksamhet samtidigt vänd och riktad mot helheten, som här handlar om dels helheten av den enskilda intervjun, dels om helheten av alla intervjuer. Alltså även i denna analysfas pendlade jag mellan den bekantgörande helheten och delarna i form av innebördsbeskrivningar. Texten frågades ut om vad varje innebörd skulle kunna innebära i relation till helheten av alla utsagor i texten. När jag fann och definierade innebörder, sammanfördes och ordnades dessa i

kluster beroende på hur likheter och olikheter förhöll sig gentemot varandra. Innebörder sammanfördes till respektive kluster, som jag preliminärt ansåg höra samman. När livsvärldsintervjuerna var genomgångna på detta vis, abstraherades och formulerades klustren till en text. I detta skede av arbetet med klustren involverades även studenters dagboksbeskrivningar, vilka noggrant lästes igenom och ”förhördes” mot klustertexten. Här framkom dock inget nytt vad gällde dagboksbeskrivningarnas innebörder. Klustren med respektive innebördsbeskrivningar lästes igenom flera gånger och mynnade ut i att jag fick strukturera om dem och flytta vissa innebörder mellan klustren. Här kunde jag även upptäcka att flera kluster relaterade till varandra och några kunde därmed föras ihop och några av dem delades. På detta sätt kunde jag börja urskilja det mönster av innebörder som skulle visa sig vara essentiellt för fenomenet. Det var återigen viktigt att min förståelse tyglades, så att klusterlandskapets utseende inte bestämdes för tidigt.

I den avslutande delen av analysen var det dags att beskriva fenomenets innebördsstruktur, bestående av essensen tillsammans med innebördselementen (Dahlberg, 2014). Vid abstraherandet och formulerandet av kluster slogs allt datamaterial⁷⁷ ihop i de fall där flera metoder för datainsamlingar användes (studenter och patienter). Efter detta formulerande av kluster, med respektive innebördsbeskrivningar, handlade analysarbetet om att söka efter mönster för hur klustren förhöll sig till varandra. Utifrån hur dessa såg ut formulerades en, från klustren, abstraherad text. Detta gjordes under strängt kritiskt betraktande, där varje innebörd prövades. Genom att använda figur och bakgrund kunde jag pröva mig fram utifrån vad som framträder, om innebörder av vårdande fick vara figur med lärande i bakgrunden och vise versa. Mer och mer började mönster av innebörder att bildas, vilka inte längre varierade. Enligt Dahlberg m.fl. (2008) kan ett fenomenets essens förstås som en substantiellt stabil struktur av fenomenet. Det är denna struktur som utgör fenomenets essens, vilket gör fenomenet till det fenomen det är, och inget annat. När fenomenets essens hade beskrivits, blev det också möjligt att beskriva fenomenets variationer och nyanser i form av innebördselement. Återigen handlade analysarbetet om att pendla mellan helhet och delar, genom att fenomenets essens (helhet) förhördes mot innebördsbeskrivningar och kluster (som delar). Fenomenets essens började visa sig genom att den gick att upptäcka i varje kluster samt att den var tydlig i allt datamaterial. Innebördselementen är på en lägre abstraktionsnivå än essensen, det vill säga på en nivå som är närmare de deltagande personernas beskrivningar om hur det är att vårda, vårdas och handleda i ett lärande sammanhang. Essenstexten och innebördselementen bildar tillsammans en helhet av resultatet, där det ena inte kan separeras från det andra. Alla

⁷⁷ Exempelvis studenters separata livsvärldsintervjuer, uppföljande livsvärldsintervjuer och dagboksbeskrivningar.

innebörder, såväl de mer essentiella som de mer partikulära, är mer eller mindre kontextuella. (Dahlberg m.fl., 2008).

Generell struktur

Avhandlingens tre delresultat speglar när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, ur studenters, patienters respektive handledares perspektiv. För att kunna beskriva fenomenet ur en mer generell mening togs ytterligare ett steg i analysen. Syftet var att söka efter och beskriva den gemensamma helheten, bestående av de olika perspektiven tillsammans, vilken benämns som fenomenets generella struktur, det vill säga den generella strukturen av det fenomen som utgörs av när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter. Den generella strukturen beskriver således fenomenet på en högre abstraktionsnivå och svarar på så vis mot det övergripande syftet med denna avhandling. Analysen handlade om att kunna ”upptäcka något mer” och finna ett nytt mönster, när de olika essenserna möttes och integrerades.

Att på detta sätt få fram en generell struktur har beskrivits av Dahlberg m.fl. (2008) och genomförts av bl.a. Hörberg (2008) och Ozolins (2011). En generell struktur innebär att resultatet har analyserats till en mer abstrakt och övergripande nivå. Trots att en generell struktur är abstrakt, är den alltid kontextuell och måste således, enligt Dahlberg m.fl. (2008), relateras till det sammanhang som forskningen är genomförd i. I denna avhandling studeras fenomenet på en psykiatrisk UVA i Sverige. Detta innebär dock inte att resultaten av forskningen inte kan appliceras på andra vårdande och lärande sammanhang. Tvärtom är detta själva idén med den generella⁷⁸ strukturen, nämligen att få fram resultat på en generell nivå, som gör det till överförbar kunskap, som kan nyttjas i flera olika verksamheter.

Denna del av analysarbetet innebar en pendling mellan essensernas helhet och delar med syfte att skapa en ny helhetsstruktur där de tre essenserna kunde integreras. Detta är möjligt när innebördslandskapen från de tre essenserna förstås i relation till varandra. En forskande hållning av öppenhet, följsamhet och tyglat omdöme samt möjligheter att pendla mellan figur och bakgrund har varit centrala arbetsredskap även i detta sammanhang. Genom ett metodologiskt användande av figur och bakgrund har analysarbetet riktats mot vad som framträder om vårdande får vara figur med lärande i bakgrunden och vice versa

Strävan har varit att den generella strukturen av när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter ska vara abstrakt

⁷⁸ Generell ska i detta sammanhang inte förstås som något som är generellt och alltid gällande utan mer som möjligt att använda i fler än det sammanhang som här studeras.

övergripande och essentiell. Men då den är abstraherad från tre essenser som speglar involverade människors perspektiv, nämns ibland student och patient som subjekt. Syftet med detta är att försöka tydliggöra vissa budskap. Ett sådant förfarande ligger i linje med de generella anvisningar för hur abstrakta resultat bör skrivas fram enligt RLR (Dahlberg m.fl., 2008).

REFLEKTIONER ÖVER ANSATS OCH METOD

Etiska reflektioner, val och ställningstaganden

Information, tillstånd och samtycke

Denna avhandlingsstudie överensstämmer med de forskningsetiska principer som beskrivs i etikprövningslagen, (2003:460) med uppdaterad version (2008:192) samt i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2009). Riskerna med att ingå i studien bedömdes primärt som små. Regionala etikprövningsnämnden, EPN, i Göteborg tillstyrkte studien med ett rådgivande yttrande (Dnr 358-10). Enligt dessa styrdokument har jag som forskare ett juridiskt, etiskt och moraliskt ansvar för att skydda enskilda personer som deltar i forskningsstudien, så att de inte far illa. För att uppnå detta försökte jag att förhålla mig och agera enligt följande principer:

- Försäkran om att studenter, patienter och handledare deltar frivilligt
- Garantera att all dokumenterad data behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen obehörig har tillgång till datamaterialet
- Att försöka skapa en ömsesidig relation med personerna som deltar i studien. Stråvan var att denna relation ska bygga på tillit, pålitlighet och trovärdighet genom forskningsprocessens samtliga delar (Silverman, 2006)

RLR som forskningsansats inrymmer en etisk hållning, vilken visar sig i forskarens hållning av lyhördhet, öppenhet och följsamhet till deltagande personer och deras berättelser. Jag har också försökt att jobba med en reflexivitet som, enligt Quinn Patton (2002), kan riktas och vändas mot tre perspektiv, likt en triangel. Quinn Patton benämner detta som en triangulerad reflexivitet vänd mot:

- deltagande personer

- de som tar emot forskningsresultatet som publik och läsare
- mig själv och min hållning

Under datainsamlingens genomförande har det varit viktigt att aktivt arbeta med att ställa reflekterande frågor till mig själv som forskare och till deltagande personer som handlade om:

- Hur insatta var deltagande personer om forskningsfenomenet?
- Vilken information bar de deltagande personerna på?
- Vad påverkade deras livsvärld?
- Hur uppfattade/upplevde de deltagande personerna min forskande roll och närvaro?
- Hur uppfattade/upplevde jag som forskare de deltagande personerna?

Det var också viktigt att reflektera kring frågor som handlade om:

- studiens syfte
- vem/vilka är den riktad mot, d.v.s. vilka är målgruppen
- vad kan studiens genomförande och resultat komma att innebära för de deltagande personerna

På detta sätt arbetade jag aktivt med en reflekterande hållning, vilken var riktad mot min egen och mot de deltagande personernas förståelse av fenomenet. Även våra roller och förhållningssätt till varandra samt studiens fenomen i forskningsprocessen reflekterades kritiskt, enligt ovan nämnda frågeställningar, genom alla steg och delar. Även Silverman (2006) trycker på vikten av forskarens reflekterande hållning och menar att det är av stor vikt att forskaren reflekterar mot sig själv och sitt förhållningssätt under forskningsprocessens alla steg. Det var också av vikt att jag som forskare var medveten om att studiens mål, syfte, ansats och metoder för datainsamling kunde komma att bli kritiskt ifrågasatta, både av dem som forskningen berör men också av människor i dess omgivning. Detta har förekommit vid upprepande tillfällen. Dels som en del av forskarutbildningen på olika doktorandseminarier, dels när jag presenterat resultat för personalen på den psykiatriska UVA-enheten.

Min övergripande forskningsetiska bedömning var att nyttan med att utveckla och förbättra de vårdande och lärande förutsättningarna på en psykiatrisk UVA var större än hälsoriskerna för samtliga deltagande personer. Men detta fick naturligtvis bedömas från varje deltagande persons behov. I synnerhet gällde detta de deltagande patienterna (se nedan). Under genomförandet av datainsamlingen fanns dock ett viktigt ansvar för deltagarna, eftersom jag var involverad i och påverkade deras situation beträffande yrkes-, utbildnings- och hälsoperspektiv. Det fanns risk för att livsvärldsintervjuerna kunde beröra

deltagarna på ett sätt som krävde uppföljning. Det fanns en planerad strategi och beredskap om något skulle inträffa vad gäller de deltagande personernas hälsa enligt följande: För de handledande sjuksköterskorna fick då kontakt tas med avdelningsledningen. Vad gäller sjuksköterskestudenterna kunde jag vid behov förmedla kontakt med studenthälsan alternativt någon annan professionell samtalspartner. All datainsamling med studenter och handledare genomfördes dock utan att några sådana åtgärder krävdes.

Patienterna var i en utsatt position, med tanke på deras hälsa. Här använde jag mig av mina tio års erfarenheter som psykiatrisjuksköterska inom akutpsykiatrisk vård, genom att vara uppmärksam på om och hur patienterna påverkades i våra samtal. Om behov skulle föreligga, fanns en nära samverkan med behandlande läkare och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. De omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna informerades både före och efter våra samtal vid datainsamlingen. Vid avslutat genomförande frågade jag patienterna om hur de mätte för att sedan vid behov informera omvårdnadsansvariga sjuksköterskor och/eller behandlande läkare. Såväl patienters vilja som hälsoaspekter var avgörande för fortsatt deltagande i min forskning. Eventuella sådana beslut skulle då tas i samverkan med behandlande läkare och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor. Detta förekom vid ett par tillfällen beträffande de deltagande observationerna med uppföljande livsvärldsintervjuer. Enligt behandlande läkare gick det i detta fall bra med observationer men inte med de uppföljande intervjuerna, eftersom läkaren bedömde att aktuell patients hälsa kunde förvärras genom att bli uppstressad av livsvärldsintervjuer.

I de deltagande observationerna påverkades den vardagliga praktiska vårdverksamhetens kultur inifrån och risker fanns att jag kunde bli betraktad som vårdare, läkare eller patient. Det fanns även risker att personer som inte lämnat samtycke till att delta i forskningens datainsamling ändå kunde komma att observeras i vissa situationer, som kan uppkomma på en vårdavdelning. Exempelvis kunde detta förekomma när flera personer befann sig i ett rum eller allmänt utrymme samt när diverse gruppaktiviteter arrangerades. Om detta skulle inträffa, var det viktigt att jag var förberedd och medvetet tydlig i mitt förhållningssätt och kommunikation mot dessa personer, vad gällde syftet med min närvaro. Det var också av vikt att jag tydliggjorde för dessa personer att jag inte hade för avsikt att dokumentera något som skulle kunna identifiera dem och att jag var tydlig med att jag var medveten om att de inte önskade att delta i forskningen. Mauthner (2002) uttrycker att etiska problem handlar om situation och sammanhang och bör hanteras följsamt, när de uppstår. Med stöd i detta försökte jag att ha ett öppet och följsamt förhållningssätt som innebar att om personer, som tidigare tackat nej till att delta, ändrade sig, så var det naturligtvis möjligt att delta. Därför kunde ibland samma patient få frågan om att delta i deltagande observationer med uppföljande intervjuer flera

gånger inför möte med studenter⁷⁹. De deltagande personerna hade också alltid möjlighet att välja bort att delta i vissa datainsamlingsmetoder men samtidigt möjlighet att delta i andra. Detta hände vid ett flertal tillfällen vad gäller patienters deltagande, där några samtyckte till att delta i själva observationen, men tackade sedan nej till uppföljande livsvärldsintervju.

Reflektioner över datainsamlingen

Det kan noteras att 28 deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer genomfördes⁸⁰ varav 18 är dokumenterade med studenter och 10 med patienter. Således är antalet olika på studenter respektive patienter. Detta beror på att det var fler studenter än patienter som gav sitt samtycke till att delta i denna metod för datainsamling. Vissa patienter gav sitt samtycke till att delta i observationsdelen men ville inte delta i de uppföljande intervjuerna. Detta inträffade vid två tillfällen. Dessutom vid två tillfällen kom jag överens med behandlande läkare och med omvårdnadsansvarig sjuksköterska om att inte genomföra samtal, eftersom detta bedömdes äventyra patientens hälsa. Vid två andra tillfällen avböjde patienter, eftersom de upplevde att de inte orkade. Vid ytterligare två tillfällen kunde inte patienter delta på grund av ECT-behandling⁸¹ och planerad permission.

Har all datainsamling varit möjlig att genomföra som det var tänkt och planerat? Svaret är ja, vad gäller livsvärldsintervjuer och dagboksbeskrivningar, även om jag vid upprepade tillfällen fick stöta på om att få dagboksbeskrivningarna skickade till mig. Svaret är däremot nej, utifrån de deltagande observationerna med uppföljande livsvärldsintervjuer med deltagande sjuksköterskestudenter. Att även använda deltagande observation med uppföljande intervjuer var ett försök att komma åt det komplexa fenomenet på ett ytterligare sätt. I observationsforskning ges jag som forskare möjlighet att beskriva vad människor säger och gör i naturliga sammanhang och inte enbart vad de säger sig göra eller vara, vilket ibland kan ske i intervjuer (Silverman, 2006; Wireklint-Sundström, 2005; Fangen, 2005). Utifrån detta vetenskapliga stöd valdes både separata livsvärldsintervjuer och deltagande observationer med uppföljande livsvärldsintervjuer som metod för datainsamling med syftet att de skulle komplettera varandra. Den ursprungliga tanken var att de deltagande observationerna, med tillhörande livsvärldsintervjuer, skulle fungera som underlag och komplement till de planerade separata livsvärldsintervjuerna. Idén var att på detta sätt samla data

⁷⁹ Ett sådant förfarande benämns som ett situerat samtycke (Mauthner, 2002).

⁸⁰ Se tabell 8.

⁸¹ ECT står för Electic Convulsive Therapy som är en behandlingsform som används vid djupa depressioner, med melankoliska och/eller psykotiska inslag och/eller när hög risk för suicid föreligger (Ottosson & Ottosson, 2007).

från samma deltagande personer under en och samma VFU-period. Från början hade jag även tänkt att använda de transkriberade fältanteckningarna från de deltagande observationerna i dataanalysen, men allteftersom min kunskap om deltagande observationer i relation till RLR utvecklades gjordes valet att endast använda dem som komplement.

Ursprungligen var tanken att de uppföljande intervjuerna endast skulle handla om det möte som jag varit med och observerat och att de skulle vara relativt korta. Detta genomfördes endast delvis. Ibland blev de uppföljande intervjuerna på observerade situationer lite längre än vad som var tänkt från början, då deltagande personer hade en lång och variationsrik berättelse. På så vis blev de uppföljande livsvärldsintervjuerna och de separata livsvärldsintervjuerna vid flera tillfällen ganska lika till sin karaktär. Vissa av de deltagande personerna i de uppföljande livsvärldsintervjuerna berättade ibland även om flera andra möten mellan student och patient som jag inte hade observerat.

De deltagande observationerna utgjorde ett betydelsefullt stöd vid datainsamlingen, speciellt vid de uppföljande livsvärldsintervjuerna med studenterna. Studenterna var i de separata livsvärldsintervjuerna uppfyllda av hur de upplevde handledningen, vilket gjorde att deras möten med patienter kom i skymundan. Här fick jag arbeta flitigt med att rikta studenterna mot fenomenet, annars fanns risk att dessa intervjuer fick karaktären av en utvärdering av hur de upplevt det handledande stödet. I de uppföljande livsvärldsintervjuerna blev det dock naturligt att samtala om det patientmöte jag som forskare nyss hade varit med och observerat.

Efter fyra genomförda arbetspass av observationer med den första gruppen av deltagande studenter, var jag fylld av reflektioner som handlade om min roll som forskare, i allmänhet och som deltagande observatör i synnerhet. Under denna korta och intensiva period gjorde jag flera misstag, som då var frustrerande men som på sikt gav värdefull visdom, som jag kunde använda mig av när nästa studentgrupp påbörjade sin VFU. Inledningsvis kände jag mig vilsen i relation till vad jag skulle observera och hur detta skulle gå till. Vid ett av observationstillfällena tog jag, som det senare skulle visa sig, några forcerade och felaktiga beslut såsom att exempelvis initiera möten mellan student och patient. När detta hände blev studenten, enligt min tolkning, något överrumplad men uttryckte inte något för stunden. Två dagar efter observationstillfället informerade studenten mig, via mail att denne valt att hoppa av observationen och dagboksbeskrivningarna som datainsamlingsmetoder. På detta följde att ytterligare tre studenter, också via mail, hoppade av dessa metoder. Vid följande fem planerade observationspass visade det sig att studenterna hade bytt schematurer med varandra, vilka inte stämde med de tider som jag hade avsatt för denna datainsamling. Jag valde

därför att avsluta de deltagande observationerna med uppföljande livsvärldsintervjuer och istället koncentrera mig på genomförandet av separata livsvärldsintervjuer och dagboksbeskrivningar med denna kursomgång med studenter.

Studentintervjuerna genomfördes, som tidigare nämnts som planerat. Vad gäller datainsamlingarna med patienter som deltagande personer hade jag en hållning av öppenhet och följsamhet mot att patienternas hälsa och samtycke helt skulle styra deltagandet. Det förekom att planerade intervjuer fick ställas in då patienter inte orkade eller blev utskrivna från avdelningen. Men som helhet kan dock sägas att övriga intervjuer, såväl med studenter, handledare som patienter genomfördes som planerat, liksom studenternas dagboksbeskrivningar.

Ovanstående så kallade misstag har bidragit till att jag blivit medveten om betydelsen av att vara öppen och följsam mot deltagande personer. Öppenheten och följsamheten handlade om att låta studenters avdelningsarbete och patienters behov av möten med studenter bestämma och avgöra vilken typ av situationer, som jag skulle observera. Jag såg till att min utgångspunkt hela tiden var studenten och jag följde denne i dagens planerade och oplanerade möten med patienter utan att själv försöka påverka. När jag väl nått denna insikt, kunde jag vila, vara avslappnad men ändå fokuserad under datainsamlingen. Misstagen hade också gett mig lärdom som handlade om att vid första kontaktarna med studenter vara klar och tydlig med vad som gällde vid deltagande i studien. Vid starten av kursomgång 2 med sjuksköterskestudenterna som deltagande personer hade jag en strävan att från början vara klar och tydlig vad gällde kommunikation och information. Det handlade om att studenterna skulle informera mig om eventuell frånvaro i syfte att undvika de misstag som jag gjorde vid första försöken till observationsstudie. Jag var under denna period mer förberedd på hur jag skulle gå tillväga och jag hade en hållning som präglades av öppenhet och följsamhet mot studenternas lärande i det vårdande sammanhanget. Mer konkret handlade detta om att jag inte lade mig i eller försökte initiera möten mellan student och patient, utan istället var jag avvaktande och följsam vid de möten som skedde under arbetspasset. De deltagande observationerna har genomförts riktade mot specifika situationer av mellanmänniska möten, som dagligen sker på en psyk-UVA. Villkoret var att de inkluderade minst en student och minst en patient. Mötena som observerats har tagit sin utgångspunkt i patienters behov av vård utifrån psykisk ohälsa och att studenten är den som har försökt att vårda.

Valet gjordes att genomföra all datainsamlingen för samtliga perspektiv under samma tidsperiod, med tanke på min hållning av öppenhet, följsamhet och tyglad förståelse. Mitt val av genomförande handlade om att vara öppen för

samtliga involverade personers beskrivningar och berättelser. Bedömningen gjordes att det fanns risk att jag kunde påverkas av ett färdiganalyserat delresultat från exempelvis studenter, när jag skulle intervjua patienter. I min bedömning låg att det skulle vara ”bättre” och ”lättare” för mig att möta hur det är att vårda, vårdas och handleda i ett lärande sammanhang, utan att jag dessförinnan hade analyserat några berättelser. På detta sätt kunde jag möta varje perspektiv som nytt, vilket jag ser som en styrka i denna datainsamling. Med facit i hand skulle jag även inkludera några handledande mentalskötare i datainsamlingen. Att jag inte gjorde detta anser jag vara datainsamlingens svaghet. Men valet att enbart samla data från handledande sjuksköterskor grundade sig på att sjuksköterskeutbildningen är en professionsutbildning.

Reflektioner över dataanalysen

Hos mig fanns farhågor som handlade om att det kunde finnas risk att jag skulle påverkas av ett färdiganalyserat delresultat från exempelvis studenter, när jag skulle analysera patienters beskrivningar och berättelser. Detta visade sig stämma vid analysarbetet. Vid analysarbetet fick jag anstränga mig och kämpa för att upprätthålla min hållning av öppenhet, följsamhet och tyglad förståelse. Det skedde även när jag skulle analysera data från handledare efter det att jag arbetat med datamaterial från patienterna. Det var lätt att se innebörder mellan raderna när de deltagande personerna beskrev sina möten med varandra. Det var inte så att jag helt ignorerade dessa beskrivningar, men jag fick förhålla mig kritiskt till dem. Med facit i hand kan sägas att flera beskrivningar och berättelser faktiskt stämde väl överens. Studenter, patienter och handledare hade således en del samstämmiga upplevelser. Men utifrån ett livsvärldsperspektiv är det viktigt att förhålla sig kritisk och skeptisk till när en människa uttalar sig om en annan människas livsvärld i form av upplevelser. Exempelvis förekom det att studenter uttalade sig om patienters upplevelser och vice versa. Då fick jag arbeta med inriktning på respektive delfenomen med en kritisk frågande hållning såsom: Vems upplevelser är det som här beskrivs? Vems perspektiv är det som speglas? Här fungerade även mina handledare som ett viktigt stöd med frågor som: Kan det vara så att du är påverkad av föregående delresultat? Har du i dina beskrivningar och berättelser, som datamaterial, tackning för detta?

Utifrån Rubins ansiktsvas⁸² har jag under analysarbetet arbetat med att ställa frågor till textmaterialet såsom: Vilken bild framträder om vårdande ses som figur och lärande som bakgrund? Förändras denna bild, när lärande betraktas som figur med vårdande som bakgrund? Rubins ansiktsvas har här fungerat

⁸² Som beskrivs under rubriken ”datanalsen” tidigare i denna bakgrundsdel.

som stöd utifrån att ständigt fokusera vårdande och lärande som både och, och inte som antingen eller.

I analysarbetet med den generella strukturen fungerade min förförståelse både som ett stöd och som ett hinder. Stödet handlade om att relativt snabbt kunna upptäcka det generella då essenserna från varje perspektiv var välkända. Hindret utgjordes av att dessa essenser var alltför välkända, vilket medförde att det var lätt att ha för bråttom och skriva fram ett resultat som endast kunde ta ansvar för ett eller två av perspektiven. Här blev det viktigt med en reflekterande hållning präglad av att vara skeptisk och misstänksam, där frågor fick ställas som handlade om att samtliga tre essenser som delresultat inkluderades. Om svaret här blev nej fick formuleringar tas bort och analysen gå vidare i annan riktning. Att analysera och skriva fram ett fenomenets generella struktur är både spännande och svårt. När tre essenser får mötas och så att säga kommunicera med varandra, framkommer en känsla av spänning: Vad är det som kommer att visa sig? Kommer det att vara möjligt att formulera så att det blir förståeligt? Kommer det att framträda på ett sätt som ger överförbarhet till andra vårdande sammanhang möjligt? Under analysarbetets gång är frågorna fler än svaren. Som forskare är det viktigt att stå ut med ovissheten och inte forcera fram ett resultat. Det handlade om att fokusera genom att inta en riktad hållning mot fenomenet. Den generella strukturen har fått växa fram genom att arbeta med (för)förståelsen på ett annat sätt än i de andra delstudierna. Att tygla egen (för)förståelse har blivit än mer utmanande då (för)förståelsen bland annat utgörs av just de tre delstudiernas essenser som delresultat, som ska analyseras. På detta sätt blev tyglandet av min förförståelse paradoxalt på så sätt att jag både skulle använda mig av min förförståelse samtidigt som jag skulle tygla den. En kritiskt reflekterande hållning fungerade som ett värdefullt och nödvändigt analysstöd. Det har handlat om aktsamhet och tålmod, genom ett tyglat omdöme, för att inte bestämma det obestämda alltför snabbt. Att beskriva en generell struktur är en svår balansgång mellan att vänta ut och att veta när det är dags att skrida till verket. Min metodologiska ledstjärna utgörs av RLR med dess metodprinciper⁸³.

Övergripande och sammanfattande

Att skriva en doktorsavhandling med en beskrivande ansats och med intentionen att försöka fånga levda erfarenheter är en utmaning. Att samla och analysera data, i form av intervjumaterial och dagboksanteckningar, vilka utgörs av beskrivningar från tre olika grupper av deltagande personer, har varit

⁸³ Vilka beskrivs under rubrikerna ”reflekterande livsvärldsforskning”, ”öppenhet och följsamhet”, ”tyglad förståelse” och ”dataanalysen”.

en tidskrävande process. Datainsamlingen genererade cirka 750 A4-sidor text, vilket har tagit mycket tid och kraft i anspråk. Såväl Finlay (2011) som Giorgi (1997) menar att det är nödvändigt att ge analysarbetet tid för att genom kreativitet kunna synliggöra innebörder som fördjupar förståelsen för fenomenet. Då avhandlingen är skriven som en monografi och inte som en sammanläggning, bestående av vetenskapliga publikationer av varje delresultat, har jag inte haft krav i form av tidsgränser för mina delresultat. Detta har varit något som gynnat min kreativitet.

Stråvan i forskningen har varit att med så stor öppenhet som möjligt studera fenomenet, och på så sätt har jag försökt att undvika att jag som forskare ska "påverka" resultatet. För att kunna förstå och arbeta med ett komplext fenomen som vårdandets och lärandets sammanfallande i möten mellan studenter och patienter, har jag använt mig figur och bakgrund⁸⁴ som stöd. Här har av Dahlbergs (2006) epistemologiska resonemang tillsammans med Edgar Rubins berömda gestaltfigur⁸⁵ (1915) eller egentligen figurer, den så kallade ansiktsvasen, fungerat som ett viktigt stöd. Genom att arbeta med figur och bakgrund i analysen gavs flera möjligheter att upptäcka enskilda innebörder som annars kanske hade försvunnit i helheten av text. Rubins ansiktsvas har under hela forskningsprocessen fungerat som ett värdefullt instrument, under såväl datainsamling som analysarbete. För mig har Rubins ansiktsvas visuellt visat att det finns ett beroende mellan figur och bakgrund. Denna figur har på ett konkret sätt tydliggjort för mig hur komplext det kan vara att försöka förstå hur studenter lär sig vårda. För att uppnå denna förståelse måste vårdande och lärande betraktas och studeras samtidigt och i relation till varandra, som figur och bakgrund, för att en helhetsbild av fenomenet ska kunna framträda.

Forskningsansatsen RLR:s (Dahlberg m.fl. (2008) styrka ligger i att den delar ontologi, epistemologi och till viss del metodologi med den vårdvetenskapliga inriktning mot livsvärldsteori, som Dahlberg och Segesten (2010) utvecklat. Här finns många likheter mellan en vårdande hållning till patienter och en forskande hållning till deltagande personer och till datamaterialet. Såväl ämnet vårdvetenskap som ansatsen, RLR, betonar öppenhet och följsamhet och RLR betonar dessutom en tyglad reflekterad hållning, vilket jag anser ger ansatsen stark trovärdighet i relation till ämnet vårdvetenskap.

I de delar av resultatet som uppmärksammar och speglar patienters erfarenheter av att vårdas av studenter, har jag medvetet valt att ha relativt långa citat, för att så mycket som möjligt göra patientens röst hörd i lärande vårdssammanhang. Att ha en del citat inne i brödtexten anser jag dessutom

⁸⁴ Se avhandlingens "dataanalys".

⁸⁵ Beskrivs i denna avhandling i "metodteori och genomförande" under rubriken "dataanalysen".

vara ett bra sätt att levandegöra texten. Naturligtvis är studenters och handledares röster också viktiga i denna avhandlings resultat men då tidigare forskning mest har speglat deras perspektiv blir patientperspektivet särskilt viktigt. Med utgångspunkt i ovanstående är det tänkbart att en annan forskningsansats av mer narrativ⁸⁶ karaktär, som mer kan ta ansvar för individuella berättelser, kunde valts. Ett val gjordes dock att genomföra hela studien med en och samma forskningsansats, vilket jag anser vara en styrka i denna avhandling, som skapar konsekvens och helhet. Då denna avhandlings forskningsfenomen kan förstås som stort och omfattande, utifrån att det består av två var för sig komplexa företeelser, valdes en forskningsansats, RLR, som utifrån sin gedigna ontologi, epistemologi och metodik bedömdes kunna svara mot fenomenets komplexitet. Att använda sig av en fenomenorienterad och innebördssökande ansats är både svårt och utmanade. Fallgroparna är många och ställer stora krav på forskarens förhållningssätt av öppenhet, följsamhet och tyglad förståelse av fenomenet under forskningsprocessens samtliga delar. Det har hela tiden funnits risker att jag som forskare, med mina efterheter och (för)förståelse påverkat resultatet på ett icke önskvärt sätt. Vid valet av RLR som forskningsansats väjde dock dess styrkor och fördelar i slutändan tyngre än andra tänkbara kvalitativa ansatser och metoder.

I ett inledande skede av min forskarutbildning hade jag dock ganska långtgående planer på att genomföra forskningsstudierna i samverkan med UVA-enheten med hjälp av aktionsforskning. Aktionsforskning är en ansats som tar sin utgångspunkt i klinisk praxis. Denna forskningsansats verkar för ett samarbete mellan forskare och praktiker samt verkar för en forskning som leder till förändring (Rönnerman, 2004; Rönnerman, Moksnes, Furu & Salo, 2008; Koch & Kralik, 2006). Aktionsforskning innebär en tydlig relation mellan tänkandet om praktiken och handlandet i praktiken. Aktionsforskning handlar om att utveckla och förändra praktisk verksamhet, men också om att skaffa sig kunskap om att hur denna förändring går till och vad som sker under förändringsprocessen. Centrala moment är att skapa arenor där berörda parter möts och där möjlighet ges att ställa frågor till den praktiska verksamheten, iscensätta en handling (aktivitet-aktion), följa processen och reflektera över vad som där sker (Rönnerman, 2004; Rönnerman, Moksnes, Furu & Salo, 2008; Koch & Kralik, 2006). Jag ansåg att denna forskningsansats skulle lämpa sig väl för detta forskningsprojekt utifrån att den psykiatriska utbildningsvårdavdelningen var nyöppnad. Det ansågs lämpligt, eftersom aktionsforskningen erbjuder en kombination av forskningsprocess och förändringsarbete. Jag prövade denna idé i en examinationsuppgift i en doktorandkurs om aktionsforskning. Mina idéer togs emot positivt, men flera svårigheter synliggjordes såsom att aktionsforskningen kräver mycket resurser,

⁸⁶ Begreppet narrativ kommer enligt Skott (2013) från latinets *narrare*, som betyder berätta och *gnarus*, som betyder vetande.

exempelvis flera forskare vid datainsamlingarna, vilket jag inte hade tillgång till. Aktionsforskning kan också vara tidskrävande och därmed svårt att genomföra inom ett doktorandprojekt. Denna forskningsansats kan även innebära att det förekommer en temposkillnad mellan aktörerna, vilket kan försvåra. Det kan ofta finnas behov hos vårdaktören om att få kunskap om hur förändringsarbetet erfars och fortskrider här och nu, medan forskningsprocessen ofta kräver ett långsammare tempo. En annan svaghet är att det delvis kan finnas motstridiga krav och syften mellan det vetenskapliga och det praxismässiga. Inom aktionsforskning kan också finnas viss osäkerhet och oförutsägbarhet. Det kan hända saker på vägen som påverkar forskningsprocessen som exempelvis att vårdenheter stängs. Av ovanstående anledningar valdes därför aktionsforskning som ansats och metod bort.

En hermeneutisk livsvärldsansats, enligt Dahlberg m.fl. (2008), kunde ha varit möjlig att använda. Jag umgicks i ett tidigt skede av forskarutbildningen med tankar på att kunna analysera studenters, patienters och handledares beskrivningar och berättelser genom att tolka dessa mot vårdvetenskaplig teori i form av Erikssons (1983) och Lindströms (1994) vårdprocessmodell. Det hade varit spännande att tolka studenters VFU som ett kontinuum av handlingar och aktiviteter i form av att ansa, leka och lära. Detta valdes dock bort då jag ville försöka skriva fram fenomenet när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter så öppet som möjligt, d.v.s. utan att tolka mot någon teori.

Resultatets objektivitet, validitet och generaliserbarhet

De basala tankarna om objektivitet och vetenskaplig säkerhet är lika viktiga för kvalitativ vårdforskning som för andra vetenskaper, men det fungerar inte alltid att använda samma kriterier som måttstock på vetenskapligheten. Den kvalitativa forskningsprocessen är, enligt Finlay (2011), ett hantverk och en konst, vilket innebär att det kan vara svårt att till fullo beskriva med exakthet hur alla steg i processen utförts. Det är heller inte möjligt att redogöra för alla val och ställningstaganden. Målet med att beskriva forskningens tillvägagångssätt handlar dels om att det ska vara möjligt för läsaren att bedöma dess tillförlitlighet och bilda sig en uppfattning om hur forskningen gått till. Dels om att det ska vara synligt att forskningsprocessens alla steg och faser är väl reflekterade och teoretiskt underbyggda (Dahlberg m.fl., 2008; Finlay, 2011). Det är dock möjligt att använda samma begrepp som grund för att bedöma forskningens tillförlitlighet och säkerhet, men de får tillskrivas en annan innebörd inom kvalitativ forskning än inom kvantitativ. Enligt Dahlberg m.fl. (2008) är det heller inte alltid fruktbart att använda sig av begrepp som kvalitativ och kvantitativ då dessa begrepp tenderar att bjuda in

till dualistiska diskussioner. Det är bättre att på en epistemologisk och metodologisk nivå beskriva mål, syften och stråvan. Det är alltid forskningsföreteelsen och den vetenskapliga frågeställningen som ligger till grund för val av ansats och metod.

Quinn Patton (2002) menar att inom den kvantitativa forskningstraditionen har begreppen validitet (giltighet) och reliabilitet (tillförlitlighet) relativt bestämda innebörder. Inom den kvalitativa forskningstraditionen är det inte på samma sätt. Här finns ett annat synsätt i förhållande till det kvantitativa som bland annat kan innebära att validitet som begrepp kan ges en annorlunda och bredare innebörd än inom den kvantitativa inriktningen⁸⁷. Validitet kan ses som ett mått på en undersöknings giltighet. Quinn Patton menar vidare att begreppet validitet inom kvalitativa studier kan motsvaras av begreppen trovärdighet, tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet. Enligt Kvale (1989) sammanhänger den tillförlitlighet som kan tillmätas ett forskningsresultat med den transparens som forskningsprocessen uppvisar. Inte minst gäller detta de kunskapssteoretiska och metodologiska principer som varit vägledande för forskningens genomförande. Dahlberg m.fl. (2008) menar med stöd av Gadamer (1995/1960) att vetenskapligt förhållningssätt handlar om att sätta sin egen förförståelse och fördomar på spel. Detta var möjligt att genomföra genom att jag försökte inta en nyfiken frågande hållning genom forskningsprocessens samtliga delar såsom datainsamling, dataanalys och resultat. I denna avhandling har min avsikt varit att beskriva mina kunskapssteoretiska utgångspunkter och den använda reflekterande livsvärldsansatsen så grundligt som möjligt. Avsikten har varit att försöka beskriva min öppenhet, följsamhet och tyglad hållning mot fenomenet så tydligt som möjligt genom forskningsprocessens samtliga delar, för att uppfylla forskningsvärldens krav på objektivitet (Dahlberg mfl, 2008; Quinn Patton, 2002; Kvale, 1989;). Syftet med detta har varit, och är, att läsare av denna avhandling ska ges möjlighet att kunna värdera och förstå forskningens genomförande, resultat, slutsatser och didaktiska idé som "en röd tråd". Kvale (1989) benämner detta som koherens.

Min stråvan har ständigt handlat om att medvetet tygla såväl min förförståelse som min förståelse av fenomenet, vilket innebär att inta en fenomenologisk hållning, så som den beskrivs av Dahlberg m.fl. (2008). Denna hållning handlar om att inta distans till den naturliga hållningen och bli mer reflekterande och problematiserande. Att på detta sätt arbeta fenomenologiskt kan liknas vid att vara som en turist i sin egen hemstad med en nyfiken och uppmärksam stråvan efter att få se något nytt och annorlunda. Det är inte möjligt att fullständigt träda ur sin naturliga hållning, men det är möjligt att

⁸⁷ Validitet inom kvantitativ forskning besvarar frågan om man lyckas mäta det som avses att mätas.

öppna upp sina sinnen mot fenomenet genom att tygla sin förståelse. Tyglande handlar om att som forskare stanna upp och dröja inför sin egen förståelse och intentionalitet. Detta gjordes under hela förståelseprocessen där inga innebörder kunde tas för givna utan att kritiskt förhöras mot helheten av den text som analyserades. Detta reflekterade förhållningssätt har arbetats med under hela studien vad gäller förberedelse och genomförande. Att på detta sätt tygla min förståelse har handlat om att inte i något skede bestämma det obestämda fenomenet för snabbt eller för tidigt (Dahlberg & Dahlberg, 2003).

Enligt Quinn Patton (2002) är det viktigt att forskaren reflekterar över och beskriver hur dennes tidigare erfarenheter och förförståelse påverkar forskningsprocessen. Under forskningsprocessens samtliga delar har det, med anledning av ovanstående, varit mycket viktigt att jag reflekterat och medvetet arbetat med en öppen, följsam och tyglad hållning genom hela förståelseprocessen, vilken inkluderar både min förförståelse och förståelse (Dahlberg m.fl., 2008; Quinn Patton, 2002). Om man däremot ser på mina tidigare erfarenheter och förförståelse ur ett mer trovärdighets- och tillförlitlighetsperspektiv har det varit positivt att jag har erfarenhet av kontexten. Utifrån mina tidigare erfarenheter av psykiatrisk vård har jag kvalifikationer, kompetens i och perspektiv på den kontext som har beforskats. Detta har varit en fördel, när det gällde att samla in data, eftersom jag redan var "känd" på- och kände till psyk-UVA-enheten. På så vis behövde jag inte inte ägna tid åt att lära känna miljön. Det fanns sedan tidigare en uppbyggd relation mellan mig som forskare och UVA:s chefer samt några av handledarna. Därför krävdes ingen extra tid för att skapa tillit och förtroende, vad gällde min forskande närvaro. Det är också möjligt att detta medförde svagheter⁸⁸. Min förförståelse i form av kännedom om kontexten kan ha påverkat min öppenhet på ett negativt sätt. Det hände vid upprepade intervjutillfällen att jag tog beskrivna företeelser förgivet. Detta genom att vara "för snabb" med att uttrycka "jag förstår" istället för att fråga om den deltagande personen kunde beskriva mer om en aktuell händelse. Det som hände här var nog att jag tappade min roll som forskare och blev istället "den förstående" vårdaren, läraren och sjuksköterskekollegan.

Generaliserbarhet ska här förstås som att forskningsresultatet ska vara överförbart och "spridningsbart", d.v.s. applicerbart utanför det sammanhang och kontext där forskningen är genomförd. Ett långsiktigt mål, som jag har med denna studie, är att utveckla en didaktisk modell, vilken kan användas på olika värdenheter. Strävan är att studiens resultat ska kunna vara överförbara till andra kontexter vad gäller sjuksköterskestudenter, handledare, patienter och kanske även kunna användas vid introduktion till nyanställda. För att

⁸⁸ Som tidigare nämnts i avhandlingens teori och metoddel under rubriken "tyglad hållning i föreliggande forskning".

kunna uppnå detta krävs att beskrivningar i denna avhandling är klara och tydliga, för att läsaren ska ges möjlighet att värdera, tolka och bedöma om resultatet är överföringsbart till mera allmänna kontexter än den specifika som studien avser (Patton, 2002). RLR som forskningsansats når en mer generell nivå genom att analysen är på innebördsnivå och essensnivå. Detta ger, enligt Dahlberg m.fl., (2008), möjlighet att överföra denna avhandlings forskningsresultat till andra områden som till exempel har liknade strukturer av lärande vårdverksamhet.

RESULTAT

Resultaten av forskningsanalysen av fenomenet, när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, presenteras var för sig med början ur ett studentperspektiv. Resultatredovisningen avslutas med en beskrivning av fenomenets generella struktur. I redovisningen används citat som är hämtade från deltagarnas beskrivningar och berättelser. Dessa citat syftar till att tydliggöra och kontextualisera de presenterade innebörderna⁸⁹.

När vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av studenter

Att som student vårda patienter i en lärande psykiatrisk vårdmiljö innebär att vara i en rörelse, som levandegör både vårdandet och lärandet. I denna rörelse söks kunskap om patientens värld, den psykiatriska vårdmiljön samt den egna inre världen. Det är sökandet som ger både vårdande och lärande mening, sammanhang och stimulans. Rörelsen går mellan ovisshet och visshet samt mellan det obekanta och det bekanta. Ovisshet och osäkerhet, men även omsorg om patienten, väcker och stimulerar önskan om att få veta för att kunna möta patienters behov. En vilja att försöka förstå patienten håller igång rörelsen, som knyter ihop ovisshet och visshet, det obekanta och det bekanta. I varje ögonblick av visshet börjar en ny fråga att formuleras, utan tydlig start och tydligt slut. Det är i denna rörelse som vårdande och lärande sammanfaller, ges näring och utvecklas.

För att vårdande och lärande ska ges möjlighet att sammanfalla i möten med patienter spelar handledningen en central roll. Den reflekterande dialogen

⁸⁹ Citat som förekommer i brödtexten presenteras i kursiv stil och är markerade med ” i början och slutet av citatet. De citat som redovisas separerade från brödtexten presenteras som blockcitat i kursiv stil.

med handledaren skapar trygghet. När handledaren inte är närvarande, uppkommer känslor av vilshenhet samt ensamhet och frågor väcks om meningen med att lära sig vårda. Sökande av kunskap i ensamhet kan emellertid också ge möjligheter till att lära sig vårda, dock i ljuset av påskyndad och icke vald självständighet.

Det är framför allt i samtal med patienter som dörrar öppnas till att lära sig vårda. På så vis ersätter patientmötet delvis handledningen. Studenten går från att vara borttappad och förlorad i en utebliven handledning, till upphittad och återfunnen i en anda av gemenskap med patienter. Genom patientberättelser erhålls svar på frågor, som fördjupar förståelsen för patienten, vilket både väcker och förstärker lust och motivation till att vårda i lärande syfte.

Fenomenet kan ytterligare beskrivas genom följande innebördselement: Behovet av en närvarande handledare, kraft- och inspirationskällor, patientmötets möjligheter samt patientberättelser visar vägen.

Behovet av en närvarande handledare

När studenter vårdar patienter i den psykiatriska vårdmiljön, innebär detta inledningsvis ett möte med något nytt och främmande. För att skapa möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla i möten med patienter, har studenter behov av stöd från en närvarande och tillgänglig handledare. Om studenten inte är bekant med psykiatrisk vård sedan tidigare är det: ”*svårt att veta hur man ska förhålla sig med patienterna, vad som krävs av en*”. Studenterna söker efter en hållning i att möta patienterna, vilket kan vara komplicerat då psykisk ohälsa kan vara dold och sällan konkret iakttagbar. ”*De flesta här ser, om jag får använda ordet, friska ut utanpå men djupare gömmer det sig någon form av jobbig åkomma helt enkelt*”. Handledarnas stöd inför, under och efter patientmöten är således betydelsefullt. Stödet från handledarna tycks dock pendla mellan att vara bristande till att vara fungerande. Det handledande stödet blir på så sätt otydligt för studenterna. *Jag tycker inte att det har varit så mycket struktur*. Bristerna i handledningen skapar otrygghet och osäkerhet i möten med patienter.

I början var man ju så klart rädd. Ibland var det varit väldigt jobbigt just därför att man inte är så van, och jag tycker inte att vi, studenter har fått det som vi behöver. Hur man skulle vara. Alltså att man är så ovan i situationen och det kändes ändå som att jag hade liksom inte så mycket att bidra med. Jag kände mig väldigt, väldigt osäker.

Handledningen upplevs sakna såväl organisation som struktur, vilket innebär att studenter själva får planera, initiera och genomföra sina möten med

patienter. Så här beskriver en student bristen på handledning i relation till sina möten med patienter:

Jag har aldrig fått eller aldrig blivit tillsagt att det här ska jag göra bättre. Och det kanske inte alls är så bra. Det kanske finns något som jag behöver tona ner på men min handledare ser inte. Ofta är de inte närvarande när man har de här samtalen. Handledaren kan inte bara ta för givet att det jag säger som har hänt under samtalet verkligen har hänt. Vi alla upplever ju saker olika. Det jag har upplevt kanske handledaren har tolkat helt annorlunda. Så jag har haft enbart min egen tolkning att gå efter. På det sättet tycker jag närvaro hos en handledare är nog essentiellt.

För studenter är både den vård de försöker att utföra och det lärande som de ska uppnå svårt att sätta ord på. De upplever svårigheter i att veta när, om och hur ett vårdande och ett lärande sker i möten med patienter. Studenterna söker ständigt efter svar på sina frågor. Deras beskrivningar visar att de behöver tid och handledande stöd för att svaren ska mogna och visa sig. I detta mognande upplevs självreflektion spela en viktig roll utifrån att lära känna sig själv vad gäller egna resurser och begränsningar⁹⁰. När handledare inte är på plats och inte heller har talat om var de befinner sig, känner studenterna sig osäkra. "Det var ingen som tog hand om oss. Vi satt och väntade i flera timmar. Frågor och funderingar uppstår: Var är handledarna nu och vad gör dom"? Studenter upplever besvikelse och frustration, vilket försvårar deras lärande i att vårda i den psykiatriska vårdkontexten, som de uppfattar som komplex och svår att förstå. Ur ett studentperspektiv ställer handledares frånvaro krav på självständighet.

Det känns inte som det är någon som lär ut. Utan det är vi som har ansvaret att lära oss.

När handledare inte är närvarande kan det vara svårt för studenter att skapa kontakt med patienter, eftersom de exempelvis kan vägra studentkontakt. En annan svårighet är när nyutbildade sjuksköterskor är handledare. Studenterna menar att nya sjuksköterskor inte tycks vara vana att handleda studenter. "De känner sig inte tillräckligt trygga i sin egen roll för att lämna ut uppgifterna till någon annan". När studenter inte ges möjligheter att möta patienter, innebär

⁹⁰ Mer beskrivningar om självreflektionens betydelse finns i innebördselementet "kraft- och inspirationskällor".

det att de blir utestängda från möjligheter att lära sig vårda. En student beskriver hur frustrationen växer sig allt starkare.

Vi sitter mest av tiden. Vi är liksom inte med. Efter två veckor har vi tröttnat på att sitta. Så när man för femtioelfte gången frågar: finns det någonting jag kan göra, kan jag hjälpa till med någonting? Nej det är lugnt, svarar handledarna, gå ni och sätt er och drick kaffe ungefär.

Även då handledare är närvarande kan studenter uppleva handledningen som ostrukturerad och slumpmässig. Det kommer till uttryck i att handledare inte tycks ha något medvetet fokus på hur studenters möten med patienter relaterar till deras lärande. Studenterna vet inte i förväg hur handledningen kommer att bli i olika situationer, exempelvis följs inte alltid genomförda patientmöten upp av handledarna. Det tycks vara en stor variation bland handledare vad gäller att följa upp patientmöten och att stödja studenternas reflektion, vilket innebär att det ibland saknas både värdande och lärande perspektiv hos handledare. Uppföljande reflektioner kan helt utebli.

Uppföljning har inte varit någon, alltså det har inte varit någon handledare som har frågat; hur gick det där inne? Kändes det bra? Men det är inte många, nej, nästan ingen som har frågat. Det har ju också varit en tanke bakom att vi ska ha en reflektion efter dagens slut. Men det har vi inte heller fått.

När handledningen inte fungerar i form av en frånvarande handledare upplever studenter ensamhet, vilket tär på lusten och motivationen att försöka lära sig vårda. Det finns även inslag av att de känner sig osynliga och inte välkomna. Här finns en stark skepsis kring handledares engagemang och motivation. "De tar inte ansvar för sina elever. Det känns som om de inte vill ha elever här". En student berättar om sin upplevelse av utanförskap och osynlighet.

I början då satt vi studenter vid det här bordet och så satt handledarna med ryggen åt. De pratade tyst. Man fick liksom; hallå, vad säger ni? Vi vill också vara med här. Och när man ber att få göra någonting så blir det inget sådant där riktigt, att de la märke till eller brydde sig.

I studenters upplevelse av ensamhet och utanförskap lever en stark känsla av besvikelse. Här framkommer risk för att de ger upp hoppet om stöd från

handledaren. "Om de har sådana svar så slutar jag att fråga, okej jag ska inte störa då". I denna uppgivenhet finns också en uppenbar risk för att bli passiv och inaktiv.

De säger inte till vad man ska göra, när man kommer och är ny. Så är det ju inte så lätt att veta vad man ska göra. Och man ser ju inte riktigt vad som behöver göras heller. Och får man inte då sagt till sig, vad man ska göra, så sitter man ju bara. Tyvärr.

Handledningen är organiserad på ett sätt som medför att det handledande ansvaret finns hos flera olika handledare. Dessa handledare tillhör olika yrkesprofessioner så som sjuksköterskor och mentalskötare. Studenter upplever att sjuksköterskors och mentalskötares olika vårdande ansvarsområden bidrar till att handledningen varken är konsekvent eller samstämmig. Detta kan hindra vårdande och lärande att sammanfalla i möten med patienter. När studenter får olika handledande budskap, är det svårt för dem att veta vad som gäller. Mentalskötares handledning syftar till att studenter ska ha så mycket patientkontakt som möjligt medan sjuksköterskors handledning är mer inriktad på administrativa arbetsuppgifter. "Skötarna tycker att det dom gör är viktigast och sjuksköterskorna tycker det dom gör är viktigast". Detta skapar förvirring och vilshenhet. Studenten känner sig: "våldigt splittrad och kluven". Då handledningen inte fungerar, beroende på handledares frånvaro, upplever studenter att bedömningen av deras vårdande förmågor och lärandebehov blir slumpmässig. I mitten och i slutet av VFU-perioden gör handledare en bedömning av studenters förmågor och kunskaper. Förvåningen är stor när upptäckter görs att de kan bli bedömda som kunniga på någonting som de upplever att de varken kan eller vet.

Det känns lite konstigt att bli bedömd på någonting man kanske egentligen inte har den blekaste aning om. De säger att jag har klarat mig bra, så då får man väl lita på det då.

Studenterna upplever att handledare inte pratar med dem om denna bedömning och betygsättning: "nej, det uttalades inte men det fanns mellan raderna". Bedömningen från handledare blir därför ett tyst villkor, när studenter försöker vårda patienter. Studenter anser sig vara beroende, och i ett maktunderläge i den handledande relationen. Ett underkännande från handledare kan sätta stopp för eller bromsa upp utbildningen till sjuksköterska. När handledningen inte fungerar, begränsar maktunderläget möjligheter till att föra fram kritik till handledaren, för att: "det skulle ligga mig i fatet sen vid bedömningen". Valet görs att vara tyst och följsam mot handledaren, men känslan lever kvar av att vara bakbunden. Att på detta sätt

vara begränsad påverkar studenters motivation och kreativitet i negativ riktning, vad gäller att försöka lära sig vårda i möten med patienter. På så vis kan bedömningen från handledaren utgöra ett hinder för vårdande och lärande att sammanfalla i möten med patienter.

Man kan inte säga kritik till exempel kring handledning och kring lärande. Det är i sig hämmande. Fast det är klart att man måste bli godkänd. Och då blir det ju så att mitt lärande hämmas därför att jag inte vågar säga ifrån. Det blir ju en ond cirkel på så sätt.

Schemaläggningen är betydelsefull för studenters möjligheter att lära sig vårda. Schemat behöver matcha ansvarig handledares schemarad för att möjliggöra en närvarande handledare, som i sin tur kan möjliggöra en kontinuerlig och god handledning. Det förefaller också viktigt att det inte är för många studenter schemalagda på samma arbetspass. *"Två studenter under ett pass; då blir det ju också väldigt personlig handledning"*. Brister i schemaläggningen kan medföra att antalet studenter blir för stort i relation till handledare och patienter, vilket orsakar konkurrenssituationer mellan studenterna. Det medför begränsade möjligheter att vårda patienter. *"Den student som har haft vassast armbågar har kunnat ta för sig mer, och varit med mer händelserika patienter"*. När konkurrenssituationer blir ett faktum, finns risk att studenters lust och motivation att lära sig vårda avtar. De blir passiva och inaktiva. *"Först var jag jätte besviken. Jag tappade lite gnistan att ens försöka ta mig tid"*. Det tycks dock bli en positiv skillnad, vad gäller möjligheter till att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten med patienter, när schemaraden erbjuder helgpas istället för dagsturer på vardagar.

Mina helgpas som jag gjorde, då var jag själv. Och det var ju helt annat. Det blir inte lika rörigt. Det blir väldigt rörigt när man är så många studenter. Jag behöver inte luta mig tillbaka för någon annan ska gå och göra det, eller gå och prata. Utan då får man verkligen ta för sig, hur mycket man vill själv.

Att schemaläggas med flera dagars ledighet mellan arbetspassen upplever studenterna som hinder för vårdande och lärande att sammanfalla, eftersom deras möten med patienter begränsas. Påbörjade relationer med patienter blir på detta sätt avbrutna. Det skapar uppehåll och ständiga omstarter av möten och relationer med patienter.

Man är borta. Som en gång var jag borta i sex dagar och alla patienter som man haft kontakt med var utskrivna. Så då är det ju nya patienter, och det är ju schemaraden som har sett ut så.

Bland studenter råder en känsla av att deras kurskamrater kan utgöra både hinder och möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla. Behovet av en närvarande handledare innebär att när studenter reflekterar med varandra, utan handledare, finns hinder i form av att reflektionerna enbart handlar om att bekräfta sig själva som grupp. Detta bidrar förvisso till ett skapande av trygghet men det tycks inte som om tryggheten utmanas mot lärande växt och utveckling. *"Man försöker ju alltid stötta varandra som studenter. Vi sitter ju alla i samma båt men det blir aldrig något kritiskt, på så sätt"*. Annat förekommande hinder utgörs av att studenter jämför sig med varandra, vilket kan föda avund och ifrågasättande av den egna förmågan. *"Man tänker att; oj, jag har inte kommit alls så här långt. Är det något fel på mig?"* När handledningen brister beroende på att handledare inte är närvarande, finns ändå möjligheter till vårdande och lärande möten med patienter. Studenter stödjer varandra före, under och efter möten med patienter i en kollegial gemenskap.

Det är ju därför man har lärt sig tror jag, att man har pratat så mycket med de andra studenterna, och man har fått feedback på det man tycker och tänker.

Studenterna menar att handledare måste finnas närvarande och tillgängliga, för att de ska få det stöd som behövs för att vårdande och lärande ska kunna sammanfalla i möten med patienten. *"Hade man fått följa handledaren mer och sett hur de agerade och pratar, så tror jag att man hade fått med sig mera"*. Med kontinuerligt närvarande handledare blir patientmöten mer planerade och kontrollerade och studenter får stöd i att förstå patientens ohälsa. Närvarande handledare visar också engagemang och intresse för studenternas lärande och vårdande. Den bekräftelse det innebär för studenten ger lust och motivation. *"Jag kände mig väldigt väl mottagen och de var intresserade av mig, mitt lärande och min utveckling"*. När handledarna är tillgängliga, finns möjligheter till reflekterande dialog och en kritisk återkoppling efter patientmöten, vilket kan: *"vara positivt för mig också. För då vet ju jag att jag ska försöka undvika att göra så nästa gång"*. Detta kan i sin tur bereda väg för att studenters möten med patienter blir mer individuellt anpassade, vilket ökar möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla. I reflektionen möter studenters frågor handledares lyssnande och tillåtande hållning. En nöjd student beskriver handledningen enligt följande:

Jag tycker att handledarna haft en plan för vår handledning och vilka moment vi ska genomföra. De såg till att alla studenter fick vara med. Innan dess gick de noga igenom vad det är som kommer att hända, och hur det kommer att hända, och sedan efteråt också hur vi upplevde att vara med.

Kraft- och inspirationskällor

Det förefaller som att vårdande och lärande kan sammanfalla i studenters möten med patienter oavsett om handledare är närvarande som stöd eller inte. Hos studenter finns även andra källor som inspirerar och ger kraft. Studenters beskrivningar och berättelser visar att de tar egna initiativ till att möta patienter. De bryr sig om och har en stark vilja att försöka förstå hur patienter har det. *"Oftast har jag självständigt tagit kontakt med en patient"*. De möten som studenter har med patienter sker ofta på grund av egen nyfikenhet eller eget intresse. Studenters omsorg samt nyfikenhet och vilja att försöka förstå utgör tillsammans den källa där de hämtar kraft till att ta egna initiativ till patientmöten. Denna kraftkälla stimulerar till att ställa frågor och söka svar både hos patienter och hos sig själva. På detta sätt fungerar studenters kraft- och inspirationskällor som en viktig förutsättning för att vårdande och lärande ska sammanfalla i möten med patienter. Studenters ensamma sökande, i handledares frånvaro, innebär att de är utlämnade till sin egen självständighet. Självständigheten handlar om att ta egna initiativ och ansvara för att patientmöten ska ske. Detta fungerar som förberedelse för det framtida sjuksköterskearbetet. En student beskriver hur hennes starka vilja att veta hjälper henne att ta egna initiativ, när handledarstöd saknas.

Jag tänkte att jag måste göra någonting. Jag vill ju lära mig. Jag vill ju inte sitta på en praktikplats i fikarummet liksom i åtta veckor. Det har jag verkligen ingen lust med.

Studenters "icke- vetande" kan medföra att vårdande och lärande sammanfaller på ett sätt som medför en god omvårdnad till patienter. Studenter kan känna osäkerhet och ovisshet inför möten med patienter. Samtidigt upplevs krav på att prestera. *"Jag var väldigt nervös inför det mötet. Man vill ju vara ett stöd och göra det bästa för patienten"*. De bär med sig denna osäkerhet och ovisshet, när de inleder samtal med patienter. Studenter uttrycker att de inte vet vad, hur eller när de ska säga något i samtalen. Inbäddad i osäkerhet finns också en rädsla för: *"att säga fel. Eller fel och fel men någonting som kanske skulle få patienten att må ännu sämre"*. Hos studenter finns samtidigt en stark känsla av omsorg om patienters hälsa. Utifrån denna väljs en samtalande strategi enligt följande:

Hur ska man liksom bemöta sådana patienter? Nervositeten eller vad man ska säga inför samtal har ju gjort att jag har lutat mig tillbaka eftersom jag inte riktigt har vetat vad jag ska använda mig av för redskap eller så. Så har jag mest bara lyssnat. Genom att bara lyssna så säger du ju inget fel egentligen. Många patienter har sagt att det var skönt att du lyssnade.

På detta sätt blir patienters berättelse utgångspunkt när studenter lär sig vårda. Studenters osäkerhet och rädsla, för att handla fel är grundad i föreställningar om att möten med patienter inom psykiatrisk vård kan vara hotfulla och farliga och därmed kräver avancerade vård- och behandlingsmetoder. Rädsla och osäkerhet kan utgöra kraft och inspirationskällor för vårdande och lärande att sammanfalla, under förutsättningar att studenter har mod och kraft att utmana sin osäkerhet och rädsla. Detta kan öppna dörrar till en förändrad hållning i relation till att vårda patienter.

För att växa i sin roll som vårdare så kan man inte feiga ur. Jag bröt min egen is, annars hade jag suttit här idag och fortfarande inte vågat. Hade jag valt att feiga ur så hade jag inte utvecklats. Då hade jag inte erbjudit min tjänst att få ett samtal eller prata om saken. Utan jag hade nog låtit det passera. Det gör ju samtidigt skadan att patienten går miste om ett samtal.

Ovisshet, osäkerhet och rädsla tycks både stimulera och inspirera sökandet efter att förstå patienten. Förutsättningen, för att lärande ska ske, är dock att kunna självreflektera. "Man får backa in lite i sig själv och tänka. Alla kan ju jobba på det. Då får man väl jobba mycket med sig själv kanske". I denna reflektion kan studenter kritiskt söka, upptäcka och medvetandegöra sin ovisshet och rädsla och på så sätt lära känna sig själva. Självreflektion möjliggör på så vis att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten med patienter. Studenter hämtar motivation i sin vilja att lära sig vårda. I självreflektion konfronteras och utmanas egna krav på prestation i möten med patienter. När prestationskraven blir medvetna, erhålls avdramatiserande insikter, vilka hjälper studenter att känna sig mer lugna och säkra.

Det känns som att det är ju ingenting som kan gå fel. Erbjuder man någonting då; det enda patienten gör, är ju att tacka nej i så fall.

Vårdande och lärande kan sammanfalla på ett både kraftfullt och omtumlande sätt, vilket berör och påverkar. Att känslomässigt och tankemässigt beröras stimulerar studenter till att försöka förstå patienten och dennes situation.

En gång så var det en tjej som sökte upp oss i korridoren och bad om ett plåster. Och då kopplade man ju inte så mycket. Ja, visst det fixar vi väl det är väl inga problem. Jag trodde hon hade fått en sticka i fingret eller någonting. Men då hade hon ju skurit upp armarna och då ville hon att vi skulle plåstra om henne. Man fick ju nästan en chock när man såg vad hon hade gjort.

Studenter kan ha egna erfarenheter av psykisk sjukdom och ohälsa, vilket dels kan utgöra hinder för vårdande och lärande att sammanfalla i möten med patienter. "Det finns ju en patient som har psykos. Det är nog svårt på grund av att jag själv har lite i bagaget med det". Dels kan det hjälpa till att sammanfallande sker genom att studenter speglar och identifierar sina egna personliga förmågor mot patienters. "Han kan verkligen sätta ord på sina känslor och tankar vilket jag har jättesvårt för". Något som både berör och ger insikter är, när upptäckter görs att det finns gemensamma nämnare och likheter med patienterna. Att påverkas på detta sätt kan utgöra kraft- och inspirationskällor genom att stimulera studenter till att vilja veta mer. En student beskriver en sådan upptäckt på följande sätt.

De första dagarna så tyckte jag att det bara var jobbigt att se att de är så unga. De är i samma ålder som en själv alltså, och har varit med om så mycket.

Möten med patienter både stimulerar och provocerar studenter till att lära känna sig själva utifrån vilka kraft- och inspirationskällor som de använder sig av. De upplever att en form av självskattning fungerar som stöd. "Man tänker igenom situationen och bedömer sig själv utifrån det. Jag tycker det var jättebra". På så vis kan självreflektion, i form av självskattning, skapa möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla, inför och efter möten med patienter. Självskattningen ingår i ett bedömningsformulär, som lärosätet rekommenderar, och innebär att studenter själva reflekterar genom att granska och bedöma sina egna vårdande förmågor och begränsningar. Detta görs inför handledarnas bedömning av deras kunskaper och lärandebehov. Som reflektionsstöd i denna skattning används ett dokument som består av färdigkonstruerade frågor, vilka är organiserade i olika temaområden.

Den rubriken självinsikt tycker jag skapade en hel del reflektioner. Det blir mer konkret. Jag vet vad jag är dålig på och jag vet vad jag är bättre på. Hade jag inte haft den reflektionen så hade jag förmodligen inte kunnat sätta ord på det jag upplever att jag är sämre på. Jag hade inte hade kunnat vara medveten om det på samma sätt. Jag har ju tagit bort mina fördomar och skapat nya kunskaper istället.

Upplevelser av frustration och omsorg, som kraft- och inspirationskälla, kan bidra till att vårdande och lärande sammanfaller i möten med patienter. Studenterna känner sig engagerade och vill vara ett stöd för både patienter och vårdare. De upplever frustration, när de på grund av lagar och föreskrifter inte tillåts att delta i vissa möten med patienter. Studenterna anser att lagar, med tillhörande föreskrifter, som finns till för att värna om deras säkerhet, används och tolkas på ett överdrivet sätt av handledarna. *"Det är så mycket överbeskyddande här för oss studenter"*. Frustrationen handlar om att det inte känns bra att tvingas stå passiv och bara titta på, när möten mellan vårdare och patient präglas av hot och våld. Det ger en känsla av att svika både patienter och vårdare. *"Man känner sig som ett svin när man bara står och tittar på"*. Ur ett studentperspektiv skulle sådana möten kunna utvecklas på ett bättre sätt, om de på ett lugnt och naturligt sätt får delta. För att möta sina känslor av svek hämtas kraft i den egna källan av omsorg för både patienter och vårdare. De hämtar även kraft i sin vilja att försöka förstå, som utmanar dem att öva och träna en vårdande hållning i möten med patienter, med syftet att undvika situationer av hot och våld.

I dag så hade vi en situation där en manisk patient ger sig på en skötare, där jag av försäkringsskäl inte får lägga mig i, utan bara titta på. Jag anser själv att jag hade helt säkert kunnat hjälpa till på ett bra sätt, utan att varken skada mig själv eller patienten. Vårdaren, eller skötaren hade kanske till exempel sluppit ett slag mot magen om jag hade tillsammans med henne motat bort patienten. Tagit varsin hand, i stället.

Samtidigt som vårdande och lärande sammanfaller i möten med patienter kan även kollisioner ske. Det förekommer att studenter tvingas till val mellan sina egna lärandebehov och patienters hälsa och vårdbehov. Patienters hälsa tillåter inte alltid samtal med flera studenter samtidigt. Frågor kan väckas om vilket som har företräde, när lärandebehov och vårdbehov kolliderar. I detta fall väljer studenten att prioritera patientens vårdbehov framför egna lärandebehov. Studenten beskriver och reflekterar enligt följande:

Det är fem studenter som slåss om, slåss eller i alla fall, tar hand om sex patienter, och alla studenter är där för att lära sig möta människor som kan må ganska dåligt psykiskt. Var går gränsen mellan att samtala med en patient för att hjälpa den och för att samtala för mitt eget lärande? För vems skull är jag där så att säga? Jag måste ju själv besluta vart den gränsen går. Jag tycker det är svårt. Jag kan ju inte göra våld på patientens berättelse för att själv lära mig, eller stilla min egen nyfikenhet.

Patientmötets möjligheter

I patientmöten kan studenter känna sig delaktiga i patientens vårdprocess, vilket är viktigt för den egna lärandeprocessen. Studenterna får inflytande och möjlighet att påverka såväl patientens omvårdnad som sitt eget lärande. Detta kräver dock ett delat ansvar mellan studenter, patienter och handledare. Studenter tar ansvar genom att vara aktiva och ta initiativ till möten med patienter. Patienter bidrar genom att ge sitt samtycke till studentkontakter. Handledare tar ansvar genom att vara närvarande och att bjuda in studenter till patientmöten. När detta sker, finns möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla.

Så säger handledaren man går med då; kom följ med så kan du göra det här. Liksom att man får hjälpa till och man får hela tiden vara med.

Möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla kan även finnas, när studenter erbjuds att få delta som tysta observatörer i patientmöten. I dessa möten är det läkare, sjuksköterska eller mentalskötare, som utför vårdande aktiviteter. Här kan studenter med sina aktiva sinnen upptäcka både vårdande och icke-vårdande möten. På detta sätt kan studenter öva att vara ett stöd för både patienter och vårdare.

Jag var mer med som observatör och jag skrev ner några stolpar som jag kunde rapportera vidare sen till sjuksköterskan, min handledare om man säger. Och även ifall patienten undrar något i efterhand så finns jag liksom. Så har jag hört vad som har sagts. Och så kan jag förklara om det är något som är oklart eller någonting som glömts bort eller så.

Det är när studenter lär känna patienter och deras ohälsa som vårdande och lärande kan sammanfalla. Samtidigt ges de möjlighet att lära känna sig själva. I

patienters olika upplevelser möter studenterna också sina egna känslor. En student beskriver hur detta sker i ett möte med en patient.

Jag tror att det är väldigt bra att vara med och kanske också att pröva på att sticka en patient som är så stickrädd. För då lär man sig liksom det att man själv blir van vid den situationen och så. Man lär väl sig att hålla sig lugn. Jag känner väl att jag blir nervös när jag vet att han är rädd för att bli stucken. Då blir jag rädd. Och då kände jag mig nervös inför det. När man vet att det är lite viktigt och så.

I patientmöten finns en gemensam ömsesidighet som innebär att både studenter och patienter ställer frågor och söker svar för att stilla ovisshet. Här görs gemensamma upptäckter, när de reflekterar tillsammans. Studenter erfar att deras reflektioner, som syftar till att få veta mer, även kan igångsätta reflektioner hos patienter.

När en patient skrevs ut för ett par veckor sedan så sa hon det att: Jag har tänkt väldigt mycket när jag har varit här. Jag har tänkt på när jag har pratat med er studenter och jag har reflekterat över mig själv. Hur jag framställer mig själv och hur jag ser ut utifrån. Det var en liten bekräftelse på att hon förstod. Det händer någonting.

Vårdande och lärande kan i vissa situationer sammanfalla genom att studenter övar och prövar sig fram i möten med patienter. Patientmöten tycks kunna erbjuda flera möjligheter för studenter att utveckla en vårdande hållning, som visar sig i att vara tillgänglig och följsam mot patienters behov. Ett exempel är:

Jag kände just att nu vill jag prova med den här patienten, eftersom jag var med första dagen när patienten skrevs in. Så kände jag att här har jag en möjlighet att försöka att se och prova om det fungerar att skapa kontakt, visa vänlighet, visa att jag finns, kontinuitet och så vidare. Det verkar ju som om det har funkat. Han berättade faktiskt att det kändes bra att jag var kontaktperson.

Vårdande och lärande kan sammanfalla genom att studenter har en öppen hållning och aktivt använder sina sinnen i möten med patienter. Här kan nya upptäckter göras. De observerar och känner in hur patienter agerar och

reagerar på deras förhållningssätt. På detta sätt använder studenter sig själva som vårdande instrument, vilket kommer till uttryck i följande utsaga:

Jag har faktiskt lärt mig att man måste tänka väldigt mycket på sitt egna kroppsspråk och hur man för sig. Patienten läser av en väldigt tydligt tror jag. Man har fått lära sig att man väl kan försöka prata med hela kroppen och inte bara med talet. Visa patienten vad man verkligen vill, med hela kroppen.

Tidigare livs- och yrkeserfarenheter kan ibland bidra till att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten med patienter. Dessa erfarenheter utgör stöd för utvecklande av en vårdande hållning. ”Jag använde faktiskt det när jag jobbade på ett autismboende. Det är ju ganska användbart nu”. I vissa situationer kan det dock vara svårt att försöka inta en vårdande hållning, exempelvis när strävan är att vara både tillåtande vad gäller patientens känslouttryck och samtidigt begränsande vad gäller aktiviteter.

Det inte alltid så lätt och avleda eller prata om andra saker när patienten är väldigt bestämd. Jag försökte säga med lite bestämd röst, att nu måste vi göra på ett visst sätt liksom. Men det hjälpte ju inte riktigt heller. Han får vara arg på mig om han vill. Det gör ingenting för min del. Jag kan inte göra någonting i den situationen.

Vid utveckling av en vårdande hållning handlar det också om att försöka inta ett patientperspektiv. Enligt studenterna är detta ett nytt och annorlunda perspektiv, där deras medvetenhet och fokus flyttas från att vara upptagna av sig själva och sitt agerande till att uppmärksamma hur patienten mår. När studentens fokus flyttas från sig själv till patienten, kan vårdande och lärande sammanfalla. Att inta ett patientperspektiv kan också innebära att studenter får föra patienters talan i möten med läkare och övrig vårdpersonal. Det kan exempelvis handla om patienters behov och önskemål om att få utföra aktiviteter utanför avdelningen. Så här beskriver en student hur hon företräder patientens önskan och genomför en aktivitet, med ett lyckat resultat, trots vårdomgivningens skepsis.

Vi var med patienten till stan och in på banken för att han behövde ordna ett nytt bankkort och hämta ut pengar. Det var väl personal som sa nej, vi vill inte gå med på det. Det kommer inte att gå bra. Och läkaren sa att då får jag ta polisen då för att få patienten att komma tillbaka. Men det var inga problem alls.

Patienten blir ju det här tvångsmässiga. Men det går ju att avleda, genom att alltså få honom att fokusera på någonting annat.

I möten med patienter finns, utifrån teoretiska och praktiska aspekter, både möjligheter och hinder för vårdande och lärande att sammanfalla. Studenter prövar om vårdvetenskapliga kunskaper kan fungera som stöd för att försöka förstå patientens ohälsa och livssituation. Det upplevs som att möten med patienter i psykiatrisk vård levandegör vårdvetenskap samtidigt som den vårdvetenskapliga teorin hjälper dem att förstå patienter. *"Här är verkligen hela människan, hela patienten i fokus, och vårdvetenskapen kan användas som ett riktigt bra verktyg"*. I patienters omvårdnadsplaner finns vårdvetenskapliga begrepp, vilka utgör teoretiskt stöd för studenter i att förstå hur vårdvetenskaplig teori kan användas för att lära sig vårda. *"Jag tänker på det här med ansa, leka och lära i tro, hopp och kärlek. Det är väl klart att det finns lite någonstans som man tänker"*. Studenter upplever dock att vårdvetenskap inte fungerar som något praktiskt hjälpmedel, när de försöker vårda patienter. Begreppen upplevs då som alltför abstrakta och svåra att tillämpa.

Men just i patientkontakten så tror jag inte man tänker. Har tänkt någon tanke kanske, men inte jätte mycket. Vårdvetenskapen är jättejobbig. Den har inget sånt här fäste i arbetet, utan det är mer teorier. Det är mer uppe i luften än vad det är nere i arbetet.

Patientmöten kan ibland innebära motgångar, när det finns inslag av relationsproblem, som kan yttra sig i patienters avståndstagande och känslouttryck som exempelvis aggressionsutbrott. Problemen kan både uppstå och lösas gemensamt i relationen mellan studenter och patienter. Problemlösningar kan ske genom att såväl studenter som patienter kontinuerligt söker upp varandra för att återknyta kontakter. Problemlösningar tycks även ske när patienters hälsa förändras. Genom att studenter och patienter tillsammans prövar olika problemlösningar kan problemen avdramatiseras. Samtidigt kan en ömsesidig och gemensam trygghet skapas.

Patienten var arg på mig. Då tyckte jag det, fine, då får han vara det. Sedan under dagen så har vi haft riktigt fin kontakt. Det har inte varit några problem. Utan det är liksom i stunden. Det är väl det att patienten har så pass ångest eller kanske har så mycket känslor i sig. Så han vet liksom inte var han ska göra av dom när dom kommer ut.

När patienter vill och önskar kontakt med studenter, erfars det som en bekräftelse på att ha lyckats åstadkomma något. Det är ett kvitto på att man kan och att man duger. Det känns meningsfullt att kunna hjälpa patienter.

Patienten visade verkligen. Det var ett tydligt exempel på att det fungerar, med vänlighet och medmänsklighet. Så jag kände lite, skönt, jag nådde fram, i alla fall lite grand till den här patienten.

Patientberättelser visar vägen

Samtal och patientberättelser spelar en central roll för vårdande och lärande att sammanfalla. Patientens berättelse fungerar både som utgångspunkt och vägvisare för studenter, när de ska lära sig vårda. "Man lär sig ju mycket av att lyssna på patienterna och höra hur dom känner". Studenter erfår att i den undervisning som de får inför VFU inom psykiatrisk vård lyfts det vårdande samtalet fram som något svårt och som kräver en speciell metodik för att genomföra. Så här beskriver en student hur det vårdande samtalet introducerades.

Det blev så uppmålat att det skulle vara något vårdande samtal eller att det blev så jättestort. Det kändes som att man inte riktigt kunde sitta och prata om vanliga saker utan det skulle vara mycket mer på något sätt.

Studenters första möte med psykiatrisk vård innebär ett möte med något obekant och främmande. Det obekanta och främmande kan bland annat utgöras av patienters berättelser om sin psykiska ohälsa och sitt lidande. Att som student träda in i psykiatrisk vård handlar också om att möta en ny vårdmiljö där förhållningssätt och metoder är riktade mot att kunna samtala med patienter. Detta upplevs som ett svårt och annorlunda sätt att vårda.

Jag vet inte riktigt för jag är ju undersköterska och jobbat inom somatiken. Där pratar man ju också men det känns som att det är mer känsligt här. Man pratar ju mycket med människor som är väldigt suicidbenägna här. Det är på ett annat sätt inom psykiatrin än inom något annat ställe som jag har jobbat.

Inledningsvis handlar det om att på avstånd lära känna och bekanta sig med patienter genom att aktivt observera med hjälp av sina sinnen. Detta bekantgörande är första steget i att inleda samtalskontakt.

Första dagarna var väl egentligen obefintlig kontakt med patienterna. Då var det mest korridorsvandring och observera. Men inget egentligt möte.

När studenter försöker lära känna patienter, försöker de att få kontakt i olika "allmänna" och "vardagliga" situationer och aktiviteter. Vem som söker upp och bjuder in till samtal tycks variera mellan studenter och patienter. Det är dock oftast patienters hälsa och behov som styr, om och hur ofta möten sker. "Det är patienten som bestämmer. Man får anpassa sig". Studenter försöker skapa en inledande kontakt genom att allmänt kallprata. "Den initiala kontakten var mer att lära känna på ett ganska yligt plan". Kallpratet är ett sätt att öva och pröva att närma sig patienter. Innehållet i ett sådant samtal utgörs av det som studenterna upplever som bekant och gemensamt, utan presterande krav och målinriktade syften. "Man kan avslappnat diskutera intressen, samtidigt som man får en bra relation". Känslan hos studenter är att kallpratet bygger upp en ömsesidig tillit som i sin tur lägger fundament till en relation. I takt med att relationen etableras och fördjupas kan kallpratet varieras med inslag av patienters hälsa. När samtalsinnehåll utgörs av en blandning av kallprat och patienters hälsa, finns möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla.

Det första samtalet var mest småprat och ylig kontakt. Nästa gång vi pratades vid var det lite mer djupgående. Patienten såg en film på sin dator och då diskuterade vi det lite. Vi pratade lite allmänt först och sedan så var det lite mera: hur mår du egentligen?

Det har tidigare framkommit i resultatet att studenters ovisshet kan utgöra kraft- och inspirationskälla. Ovisshet kan även bana väg för vårdande och lärande att sammanfalla, på ett sätt som kan medföra en god omvårdnad till patienter. Studenternas kunskaper om diagnoser och behandlingar inom psykiatrisk vård är begränsade. I ett inledande skede av praktikperioden undviks därför dessa samtalsämnen. Istället väljer studenter att inta en mer lyssnande hållning, där utrymme ges till patienters berättelser. De erfar att patienter på så vis, erbjuds möjligheter till andrum och paus från patientrollen, vilket en student uttrycker på följande sätt:

Jag tror inte att patienten tycker det är så himla kul att bara prata om ohälsa hela tiden heller. Utan man kan bara prata om vanliga saker med varandra. Det tror jag de uppskattar. Att bara vara vanliga.

Studenters beskrivningar visar hur de genom att inta en lyssnande hållning i samtalet ges tillgång till patienters livs- och hälsoberättelser. Dessa berättelser tycks levandegöra och skapa förståelse för hur det är att leva med psykisk

ohälsa. Det är i lyssnandet på patienters berättelser som vårdande och lärande ges möjlighet att sammanfalla.

Det gör ju att man får en bild av sjukdomen utan att läsa liksom. Det blir ju lite mer levande än att läsa i en bok. Patienten upplever det på ett helt annat sätt när man faktiskt lever med sin sjukdom.

Vidare är det när studenter förändras i sin hållning, inställning och synsätt, som vårdande och lärande kan sammanfalla. I patienters berättelser gör studenter upptäckter, som helt förändrar deras perspektiv på den psykiatriska vårdmiljön och på patienter som vårdas där. Det som från början kändes främmande blir allt mer bekant. Även bilden av sig själv förändras. "Då får man samtidigt lära sig lite om sig själv; Hur är jag på att föra ett samtal"? Det beroende av handledares stöd, som fanns i ett inledande skede, avtar och studenter fungerar mer självständigt. "Det är ju en växt från att inte veta någonting, till att faktiskt känna att jag kan göra det här själv". Upptäckt görs om att förståelse vidgas genom att lyssna till patienters berättelse. Från att vara begränsad till egen förförståelse finns nu även nya kunskaper i form av erfarenheter. "Jag har ju verkligen fått en helt annan insikt. Man ser hela patienten inte bara den sjuka". Förändring sker från att vara osäker till att känna sig mer trygg i möten med patienter. Hållningen är förändrad från en omedveten till en mer medveten vårdande hållning.

Jag har nog blivit tryggare i samtalet på något sätt, alltså i att prata över huvud taget.

Studenter når successivt insikter om patientsamtalens potential. *Alla samtal kanske är vårdande här. "Jag vet inte vad som är ett vårdande samtal och vad som inte är ett vårdande samtal. Men att möta patienten och fråga hur det är kan ju också vara vårdande".* När studenter och patienter möts i en samtalande dialog kan vårdande och lärande sammanfalla. I dessa samtal kan även patienters egen förståelseutveckling stimuleras. Studenters frågor tycks även kunna hjälpa patienter att nå insikter.

När man frågar: Hur är det idag? Så säger de, ja det är så där. Och så frågar man: Ja, vad är det som är så där? Så då vet man ju, och när man ser att patienten reflekterar över vad de själva känner, säger och tänker. Så kan jag tänka att det går lite djupare.

När vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av patienter

Att vårdas i en lärande vårdmiljö inom psykiatrisk vård innebär möten med studenter, där den egna psykiska ohälsan och studenters lärande står till varandras förfogande för att ömsesidigt tjäna varandra. I upplevelsen av delad utsatthet kan vårdande och lärande ömsesidigt sammanfalla. Möten med studenter innebär att både ge och få, där såväl möjligheter som risker finns för den egna hälsan. Möjligheter som erbjuds gör det värt att ta dessa hälsorisker.

Den psykiska ohälsan kan förstärkas i icke vårdande möten samt i förväntningar och krav på att finnas till hands för studenters lärande. Samtidigt finns en förståelse, för att lärande måste finnas i vårdande sammanhang. Denna förståelse väcker ansvar och omsorg för studenters lärande här och nu, men också inför framtiden med hopp om en bra vård för sig själv och andra.

Möjligheter finns för vårdande och lärande att sammanfalla genom att patienter delger sin berättelse och samtidigt får ta del av studenters berättelse. En ärlig och öppen dialog inger mod att visa sin sårbarhet och att ta del av studenters erfarenheter av att lära sig vårda. I möten mellan studenter och patienter finns en ömsesidig ovisshet, som föder en gemensam strävan att försöka förstå varandra, vilket skapar känsla av samhörighet och gemenskap.

Att leva med psykisk ohälsa kan innebära en försvagad livsgnista. Möten med studenter erbjuder möjligheter att hämta kraft ur den källa som porlar av studenters vilja att lära sig vårda. Det är när möjligheter erbjuds att hämta denna kraft som vårdande och lärande kan sammanfalla. Att utmanas av studenters motivation kan både väcka och stimulera livslust. Att bli uppmärksamman genom studenters frågor om den psykiska ohälsan innebär att bli erbjuden möjlighet till förändring. Studenters närvaro skapar förutsättningar för en meningsfull delaktighet i såväl att vårdas som i studenters lärandeutveckling. Att på detta sätt vara betydelsefull skapar en känsla av värdighet.

Studenters närvaro skänker värdefulla gåvor och sätter guldkant på tillvaron. Detta lilla extra sträcker sig utanför vårdens gängse ramar. I studenters frånvaro upplevs en saknad, likt ett tomrum.

Fenomenet kan ytterligare beskrivas genom följande innebördselement: Utsatt och sårbar, ansvar att stödja, tillgänglighetens betydelse, ömsesidigt samspel samt engagemang, som väcker livslust.

Utsatt och sårbar

Patienterna är genom sin psykiska ohälsa både utsatta och sårbara i det vårdande sammanhanget, vilket påverkar hur vårdande och lärande kan sammanfalla i möten med studenter. Följaktligen finns det risker för patienters hälsa, när studenter ska lära sig vårda. I patienters beskrivningar av sin psykiska hälsa framträder en sårbarhet som relaterar till att kraften och orken är nedsatt. Patienter erfår ibland att studenter och deras handledare har förväntningar på att de ständigt ska finnas till hands för studenter, vilket kan kännas som ett krav och en press. Det upplevs som en prestation. *"Du måste dels vara kommunikativ och dels så ska du ställa upp för de här eleverna"*. Patienterna erfår att dessa förväntningar, och ibland förgivettagande om att alltid vara tillgänglig, ger en känsla av att vara utsatt för tysta krav eller vara ett tillgängligt objekt för lärande. Detta kan utvecklas till en belastning för patienterna. Antalet studenter, som under ett arbetspass vill öva vårdande aktiviteter, kan bli för många. Hälsa och ork tillåter inte att stå till alla studenters förfogande samtidigt. När patienternas hälsa och ork vacklar upplevs svårigheter i att avvisa studenter. I sådana möten kan patienters vårdbehov och studenters lärandebehov kollidera. När detta sker, kan vårdande och lärande sammanfalla på ett sätt där uppenbara risker finns för att patienternas psykiska hälsa äventyras och att ohälsan förstärks.

När det har varit tre samtal under en dag så kan jag bli väldigt trött när det fjärde kommer. Och där kan jag känna liksom, visst man har friheten att säga nej. Men samtidigt så kanske man inte orkar säga nej den tredje gången, även om man hade velat säga nej till dom. Man kanske säger nej den fjärde gången istället.

Patienters sårbarhet i form av nedsatt kraft och ork bidrar till att de kan känna sig utsatta i vissa möten med studenter. *Speciellt i början när man kom hit och mådde som allra sämst. Man kände sig bara missförstådd.* Tålmodet kan ibland svikta, vilket medför irritation och vrede, när patienterna får vänta på att studenter ska söka efter svar på uppkomna frågor. När studenter till slut finner ett svar, har redan nya frågor uppkommit. Detta fortsätter likt en spiral av studenters sökande efter svar och patienters ensamma väntande. *"Det blev väldigt mycket spring, jag ska fråga det, jag ska fråga det"*. I denna spiral av frågor och svar kan patienters hälsa påverkas negativt, men de biter ihop och försöker i ensamhet att uthärda sitt lidande.

En del studenter kanske inte hade just tagit åt sig lika mycket kunskap som andra om hur saker fungerade. Och när det blev mer veligt, var det lite jobbigt. För då blev det vissa gånger att man kunde hålla sig tillbaka lite liksom.

Patienter upplever att studenter inte verkar veta eller kunna tillräckligt i vissa situationer, för att kunna vårda dem utifrån aktuella behov. Studenters frågande hållning och agerande ger ett instabilt och krampaktigt intryck. Det skapas då en otrygghet hos patienter, vilken ytterligare förstärker känslan av att hälsan äventyras. Patienter erfar ibland att de finns till för studenterna och inte tvärtom. En kvinnlig patient berättar om sina svårigheter att engagera och motivera sig i sådana samtal.

De är inte så vana vid, ja det här djupa snacket. Och då är det bara lite, bla bla, eller studenternas prat går inte. Jag värdesätter inte deras prat på samma sätt som kanske en som har jobbat med anorexia patienter.

Ett annat exempel på att känna sig utlämnad i möten med studenter ger en patient som upplever att det endast är ordinarie vårdare som kan vårda henne på ett konstruktivt sätt. Här sammanfaller förvisso vårdande och lärande i möten med studenter men inte på ett sätt som medför god omvårdnad till denna patient. Detta har patienten också berättat för studenterna i syfte att lära dem att de än så länge bara är i början av sin yrkesbana. Så här besvarar denna patient frågan huruvida hon upplever att hon i möten med studenter erhållit någon vård:

Nej, nej, det gör jag inte. På grund av att jag har ju dubbelt så lång erfarenhet, livserfarenhet som de har, kan jag inte begära att de ska ha någon kompetent lösning. Men däremot så träffade jag några av de äldre, mer erfarna skötarna. Det är ju av dom som man kan få hjälpen.

Antalet närvarande personer på vårdavdelningen är av betydelse för hur och när vårdande och lärande kan sammanfalla i möten med studenter. För många närvarande personer samtidigt kan frambringa känslor av kaos och stress. Patienter menar att ett stort antal studenter innebär ett ständigt byte av samtalskontakter, vilket till och från känns jobbigt och äventyrar hälsan. Det förekommer att patienter först i studentmötet får veta att de vårdas i en lärandemiljö. Frågan om samtycke till att vårdas av studenter kan ställas av studenternas handledare, men ibland ställs inte frågan alls. Patienter kan därför känna sig utlämnade till studentkontakter utan möjlighet att kunna

påverka. ”Det hade varit bra om man hade kommit in här och fått frågan: Är det okej om du ingår i utbildningsteamet”? Att inte kunna påverka denna situation kan medföra att patienters hälsa äventyras. ”Det är ju som att lägga lök på laxen”. Det är svårt att i mängden av personer på avdelningen göra sin röst hörd, när kraft och ork är försvagad. En patient ger ett förslag på hur problemet med samtycke skulle kunna hanteras.

Vid inläggning så kan det väl kanske vara svårt för en patient att ta ställning. Men låt det gå en eller två dagar när man har liksom landat. Då kan frågan ställas igen.

Patienter uppmärksammar i olika möten och sammanhang att studenterna ännu inte är färdiga med sin utbildning. De ser och noterar att studenterna ännu inte har utvecklat en vårdande hållning fullt ut. Att som patient vara utsatt och sårbar blir påtagligt i situationer, när studenter fokuserar på sig själva i stället för på patienten. En manlig patient beskriver ett sådant tillfälle, då några studenter var försenade och skulle åka med bussen hem.

De vill ju hinna med så mycket som möjligt. Sen kunde de ju då kanske vissa gånger glömma av att de skulle hem. De springer och hämtar sina jackor för de kommer på att bussen går. Och så springer de genom korridoren. Alltså när man dåligt så blir det en väldigt stressande faktor.

Patienter menar att handledare bör finnas tillgängliga vid behov, för att vårdande och lärande ska sammanfalla i möten med studenter på ett sätt som medför en god omvårdnad. Patienters berättelser visar hur de kan känna sig utlämnade till studentmöten av studenternas handledare. Patienterna har behov av trygghet och säkerhet, som de menar att studenternas handledare har ansvar för. Det noteras att det finns tillgång till ordinarie vårdare, men det är först och främst studenten som fungerar som kontaktperson och som patienten möter vid behov. Ordinarie vårdare, tillika studenters handledare, tycks lägga ansvaret på patienterna att ta kontakt med dem när vårdbehov uppkommer. Men att på eget initiativ ta kontakt med ordinarie vårdare upplevs som svårt, när hälsan vacklar. Detta kan medföra att patienters ohälsa förvärras. Hos patienter finns således en önskan om att kunna välja att vårdas av både studenter och av ordinarie vårdare.

Bad man om någonting och studenterna inte kunde svara på det så ville man gå till någon högre, någon liksom utav den ordinarie personalen. Har man en student som kontaktperson så ska man även ha

ytterligare en. Så att de delar det, alltså någon av ordinarie personal, som vet mer, så att man kan vända sig till den om det är så.

Patienterna saknar emellertid studenterna, när de inte finns på avdelningen. Patienter är då utlämnade till en psykiatrisk vård som de har negativa erfarenheter av. De menar att det kan vara en bristfällig vård med avsaknad av flexibilitet samt begränsningar av olika slag. Vårdarna upplevs som alltför rutinmässiga och bundna vid en och samma metodik. Detta erfars som inskränkande och som också tidsmässigt begränsar möjligheter till vårdande möten. ”De brydde sig inte, alls, de var bara stela. Det var inget bra”. I sådana sammanhang beskriver patienter sig som utlämnade till en vård med tydligt fokus på uppfostrande regler. Vårdare tycks vara negativt präglade och låsta av föråldrad vårdtradition. Så här beskriver en patient sina upplevelser av att de ordinarie vårdarna verkar ha ett regelverk för hur patienter ska bete sig.

Så här har det alltid sett ut och om någonting bryter mallen så är det något fel. De ordinarie vårdarna har svårt att handskas med någonting som inte stämmer överens med den bilden de har. De har garanterat en mall om hur det har sett ut, när de började inom den här typen av vård: Att så här behandlar man patienter, så här ska patienterna vara. Man ska ju inte skratta, det gör man ju inte om man är deprimerad. Man ska inte sjunga, för det gör man inte. Man ska helst inte umgås med andra patienter. Allt det där är ju bara fel. Det är många som fortfarande lever kvar i gamla modeller. Jag tror inte riktigt på den mentaliteten.

Patienter funderar över vad de upplevda bristerna inom den psykiatriska vården handlar om. De upplever att vårdare försöker trösta, men att de ibland saknar såväl ett känslomässigt engagemang som motivation. Tankar finns vidare på om vårdare inte har den strävan att lära sig något nytt, som studenter tycks ha. Patienter erfar att viss vårdpersonal är nöjd med att: ”få sin lön. De har ju ingenting att kämpa för”. Vårdare upplevs som trötta efter flera år av arbete inom psykiatrisk vård. ”Efter några år så orkar de inte bry sig längre”. Vårdare tycks höra patienters berättelser men lyssnar inte aktivt.

Många utav de där gamla ordinarie i personalen kan man känna att, ja, ja, jag har hört det här femtiotusen gånger innan ungefär. Det kan vara lite så där, ja men det går över. Det känns som att de tar kanske inte alltid det man säger på lika mycket allvar.

Ansvar att stödja

Att vårdas av studenter i ett lärande sammanhang kan innebära upplevelser av att vilja hjälpa till. Trots att studenters närvaro kan innebära risker för den egna hälsan, känner patienter ett ansvar att hjälpa och stödja studenterna. *"Det blir lite veligt då utav just osäkerheten i sig, men det ser jag inte som ett hinder egentligen"*. Det finns förståelse för att ovisshet är en del av studenters lärande av att vårda. Det ses som naturligt att studenter måste söka svar när de inte vet eller förstår. *"Självklart måste de, precis som alla andra personal söka information och få reda på mer om saker som de är osäkra på"*. I denna förståelse, grundad i en ansvarskänsla, försöker patienter att sätta sig in i hur det är för studenter att komma till en psykiatrisk vårdavdelning och den eventuella svårighet som det kan innebära.

Det kanske inte är så lätt att komma till en sådan här avdelning. För det skiljer sig kanske med arbetssätt, strukturer och upplägg.

Patienter ser ingen anledning till att försöka dölja sin ohälsa eller hålla någon fasad. Som patient känns det angeläget att visa sig som den människa man är och berätta för studenter om sina innersta tankar och känslor. *"De ska lära sig vad psykiatrin är för någonting och då finns det ingen anledning att plocka bort eller hymla med någonting"*. Ansvaret som patienter känner är mångfaldigt. De känner ett ansvar, dels för den egna hälsan, dels för studenters lärande. De känner också ansvar för medpatienter. Denna ansvarskänsla är en central utgångspunkt, när vårdande och lärande sammanfaller i möten med studenter. Patienterna tar här ett ansvar för att studenter ska ges möjligheter att inskaffa kunskaper om den unika människan med unika individuella behov. Det anses vara viktig kunskap för studenter att ha med sig när de möter patienter, såväl här och nu som i framtiden, när de ska agera som sjuksköterskor.

Jag tror det är viktigt att man är öppen när de ska lära sig någonting. Jag tror att det är viktigt att släppa in studenterna och låta dom se det innersta. För när de sedan kommer ut och arbetar så då har de det med sig att alla är vi olika oavsett samma diagnos. Det är som sagt det viktigaste.

Hos patienter finns en önskan att vara delaktiga i studenters lärande och i samtalen tar de ett lärande ansvar. De försöker berätta och beskriva sina upplevelser av att leva med psykisk ohälsa så nyansrikt och förståeligt som möjligt. I denna strävan om delaktighet finns möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla.

Jag förstår att många gånger så måste de fråga om saker. För att de kanske inte vet exakt hur det går till. Jag försöker vara mer tydlig i hur jag känner överhuvudtaget och förklara så välbeskrivligt som möjligt. Om jag möter två stycken personer och jag ska förklara saker; Jag vet att den ena vet mer om det än den andre. Då förklarar jag ju mer tydligt för den som vet minst.

Patienter använder egna livs- och yrkeserfarenheter, för att försöka förstå vilka förutsättningar och ibland hinder som studenter kan tänkas stå inför. *"Jag är själv undersköterska, och jag vet själv hur svårt det var att få patienter till att ställa upp på provtagningar"*. Patienter berättar att de försöker stödja och hjälpa studenterna genom att bjuda in och låta dem vara med, när utredande och behandlande aktiviteter genomförs. Patienter erfar att studenter tycks bli inspirerade och positivt stimulerade, när de ges möjlighet att öva på riktigt. När patienter på detta sätt erbjuder sin kropp till studenters lärande i att vårda, finns möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla.

När provtagning ska göras så har jag sagt till eleverna att nu följer ni med mig. Jag tror att de själva har haft rätt så roligt med detta för jag är svårstucken. Så de har fått en utmaning.

Patienter följer med intresse studenternas utveckling under den period som de utbildas på avdelningen. Främst lägger de märke till studenters pågående växt och utveckling beträffande förhållningssätt och agerande i olika möten. Det upplevs dock som svårt att beskriva denna utveckling. Studenters lärande-utveckling visar sig inte alltid i konkreta handlingar och är därför inte alltid synlig. *"De kan se lite nöjda ut. Men det är svårt att beskriva hur man ser ut så fort man lärt sig någonting"*. Studenters hållning tycks emellertid förändras, från att vara distanserat försiktig till att bli mer självständiga. Inledningsvis får patienter själva ta initiativ till möten, men ju mer patienter och studenter lär känna varandra desto mer initiativ tar studenterna, genom att de söker upp och erbjuder patienter hjälp. Studenter blir också i sin självständighet allt mer uppmärksamma på när patienters hälsa förändras. *"De kunde se det på en. Nu mår hon inte bra. På så vis hade de nog lärt sig. De kunde läsa av patienterna, i alla fall mig"*. När studenters hållning förändras på detta sätt, finns möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla på ett sätt som medför god omvårdnad till patienter. Studenterna blir, allt eftersom tiden går, mer synliga och deltar mer i olika aktiviteter på avdelningen. Enligt patienter blir studenterna mer bekanta och trygga inför varje möte. *"De blir mer säkrare i sin roll mot oss patienter. De blir säkrare på sig själva"*. Det noteras och

uppmärksammas också att studenter tycks förändras i sitt sätt att se på patienterna.

I början ser de nog mig mer som ett objekt liksom. Sedan efter ett tag så tror jag att de börjar se mig som en patient liksom, som en människa. De ser en som en person helt enkelt.

Även i samtalen erfar patienter att studenter blir alltmer självsäkra och trygga för varje samtal som genomförs under praktikperioden. Såväl hållning i samtalen som samtalens karaktär förändras. Inledningsvis var studenterna tysta och lyssnade, vilket gjorde samtalen till en patientmonolog. Studenterna har successivt blivit mer verbalt aktiva, vilket innebär att samtalen är mer som en dialog. ”De deltar mer i samtalet än första gången jag träffade dom”. I samtalen märks även studenters förändring utifrån hur de ställer frågor.

Studenterna var väldigt osäkra i början. Vad ska man säga, uppstyltade, frågande lite så där. Det var lite knackigt i frågandet. Det blev lite krystat utav det hela. Men efter hand så blev de mer och mer bekväma, och de blev mer avslappnade.

En patient beskriver hur denne noterar att studenters samtal med patienter verkar stimulera dem till att genomföra fler samtal.

När studenterna pratar i korridoren kan man höra när de har varit hos någon annan patient. Inte patientens namn eller plats eller någonting, men däremot kan du höra om de har lyssnat till den personen. Om de har vaknat kan man säga. Det märks, så fort de kommer ut och de startar upp ett nytt samtal, eller när de varit hos någon annan patient så är samtalet, själva kommunikationsapparaten redan igång.

Det förekommer att patienter läser av studenters ”ansiktsuttryck och ansiktsmimik, alltså kroppsspråk”. På så sätt kan de följa studenternas lärandeutveckling. Exempelvis visar studenterna tydlig glädje och att de är nöjda, när de lyckas att hjälpa någon patient. Patienter erfar att studenters kroppshållning förändras efter hand från att vara spänd och stel till en mer lugn och avslappnad hållning. En ihopkrupen stel hållning upplevs som avståndstagande, medan en upprätt hållning är mer inbjudande och signalerar möjligheter till god omvårdnad. Så här beskriver en patient hur denne tolkar studenters sätt att agera i början av deras praktikperiod:

De visste inte om förhållningssätt. Det visade sig i kroppsspråket mest, eleverna sitter inte rak i ryggen, de kan sitta lite mer, sjunka ner i stolen. Är det någon som sätter sig bredvid mig och sitter och kniper ihop och gör sig liten för att den är osäker på sig själv; Då pratar man ju helst mindre med den personen.

I takt med att studenterna blir mer erfarna sker uppföljning och återkoppling till patienter snabbare. ”De kanske har lärt sig vilka vägar de ska gå för att ta reda på saker”. När en sådan lärande utveckling sker, kan vårdande och lärande sammanfalla på ett sätt som upplevs som god omvårdnad. Även undersökningar och utredningar sker snabbare ju mer erfarna och trygga studenterna blir. Så här beskriver en patient hur en utredande provtagning gick till, ihop med två studenter:

När studenterna gjorde EKG så märkte man att de snappade upp det. Vi fick göra om det för att maskinen inte funkade riktigt. Och då märkte man att andra gången när de satte på alla de här kontakterna på mig; Då gick det ju mycket fortare. Så de snappar ju upp fort.

För patienter tycks det vara nödvändigt att studenter lär sig att hantera olika realistiska situationer i det kommande sjuksköterskeyrket: ”Annars tror jag det kan bli en chock när de kommer ut och märker att det är väldigt annorlunda”. Patienter har idéer och förslag på hur vårdande och lärande skulle kunna sammanfalla på ett sätt som ännu mer bereder väg för god omvårdnad. Förslagen på förbättringar handlar om hur patienters utsatthet och sårbarhet skulle kunna minskas, genom att studenter blir bättre förberedda på exempelvis avdelningsregler och förhållningssätt i samtal. Så här beskriver en patient hur detta skulle kunna gå till:

Reglerna säger att du som patient inte får göra så. Men jag kanske hade fått göra så för två, tre andra studenter. På det sättet kan det bli fel. Det hade vart bra, alltså både för studenters och för patienters, del innan de kommer hit på praktiken: Just detta att ta upp förhållning. Alltså hur studenterna för en diskussion, alltså ett samtal med en patient, som mår så pass dåligt som man som patient gör, beroende på, alltså olika bemötanden. Att handledarna ger mer information när studenterna kommer till själva avdelningen, om vilka regler som gäller.

Patienterna menar att studenters engagemang, intresse och kunskaphunger kan visa vägen för förändringar inom den psykiatriska vården. Idéer och förslag presenteras om hur vårdare skulle kunna undvika att hamna i en oengagerad och rutinmässig hållning. Om vårdare regelbundet byter miljö, på liknande sätt som studenter gör under VFU, skulle vårdarna möta nya miljöer och tvingas tänka i nya banor samt lära nytt. En patient beskriver hur viktigt en vårdares engagemang och nyfikenhet är. Patienten menar att om inte detta finns kommer en vårdande kommunikation och dialog utebli liksom en lärande växt och utveckling.

Man behöver flytta runt, man behöver byta avdelning. Man behöver byta arbetskamrater för att man behöver ha en edge i det man gör. Att hela tiden ha ny upptäckarglädje. Du ska aldrig vara på samma plats för länge för då blir det inte bra till slut. På något sätt håller man det nya vid liv och det är ett ypperligt sätt att hålla de som är intresserade av detta på gång. Om du inte är genuint intresserad av den person du pratar med så kommer du heller aldrig att lära dig något av den. Och den personen kommer heller aldrig att kunna lära något utav dig.

Tillgänglighetens betydelse

Att studenter finns tillgängliga för samtal och möten med patienterna har betydelse för att vårdande och lärande ska kunna sammanfalla. Studenter är tillgängliga genom att de finns rent fysiskt på plats, men också genom att de har en öppen och inbjudande hållning för samtal. När illabefinnande gör sig påmind, växer behovet av omedelbart stöd och närhet. "De har mer tid. Känner man för att samtala, då har de tiden. Mer än vad ordinarie personal har". Patienter erfar att "hela avdelningen fungerar mycket bättre när studenterna är här". Patienterna kan då få den vård och de samtal som de behöver. Vid studentfria perioder tycks patienters samtalsbehov inte bli tillgodosedda på samma sätt. Studenters närvaro skänker en känsla av lugn och trygghet, som bidrar till god omvårdnad.

I och med att studenterna finns här, så finns det alltid tillgång till någon. Det märks när det har varit uppehåll och inte studenterna varit här. Då har det varit mycket mindre folk och man har inte fått den tid att prata om man skulle behöva. Därför är studenterna en tillgång, för då finns det liksom alltid personal.

När studenter finns på avdelningen, förändras de ordinarie vårdarnas attityder. Patienter erfar att vårdarna blir tillmötesgående på ett annat sätt samt mer

tillgängliga, engagerade och noggranna i samtal där studenter är närvarande. Vårdarnas samtal med patienter blir på så sätt annorlunda i positiv bemärkelse.

Det är så att det har gått med någon student när personal har utfört något eller samtalat med mig. Och då har det blivit bättre samtal, tack vare att studenten har varit med. Man har tagit sig mer tid, och ja, gått lugnare fram.

Studenter söker upp och bjuder in till möten och samtal, vilket gör att patienter inte själva behöver ta initiativ till dessa möten, när den egna hälsan inte tillåter. Detta upplevs som avlastande, vilket patienter inte har upplevt på andra psykiatriska vårdavdelningar. En patient berättar om sina erfarenheter:

Jag har bara varit inlagd en gång innan och det är ett år sedan. Där var inga studenter. Där var ingen som brydde sig om en. Man fick liksom själv; hallå jag vill ha min medicin. Så man ska vara väldigt frisk för att ligga på den avdelningen. Man fick själv hålla koll på saker och ting. Där kunde man ligga i flera dagar utan att någon liksom mer än kom in och sa att det var mat.

Patienter erfar att studenters tillgänglighet underlättas av att de inte är bundna av några fasta avdelningsrutiner. Studenterna kan ta sig tid att lyssna i samtalen. De är här och nu utan att ha bråttom iväg någonstans. "Det är väldigt skönt att ha elever. De är ju någon man kan ta tag i och det finns ingen tid för dom att passa". Studenternas förmåga att vara uppmärksamma och koncentrerade i samtalen förstärker patienters upplevelse av att studenter är tillgängliga.

Eleverna lyssnar på ett helt annat sätt. De lyssnar mer ingående. Och när de blir osäkra så ställer de en motfråga kring det man berättat. För att förtydliga. För att verkligen försäkra sig om att de hört rätt eller att de förstod det rätt.

Studenter tycks inte heller vara låsta av fördomar, utan har ett öppet förhållningssätt som gör dem mer tillgängliga i samtalen. "De är oskrivna blad. De har inte fastnat i ett mönster om hur verkligheten ska se ut, vilket gör att de många gånger kan vara bättre att prata med". Vidare erfar patienter att studenter är öppna för att se den unika människan.

Studenterna är många gånger bättre på att sudda ut kön, ålder, etnisk bakgrund, samhällsklass och allting. De har inte en bild av hur saker och ting ska se ut. Det får man aldrig ha om en hel människa.

Studenter upplevs att med kort varsel kunna utföra aktiviteter utöver det vanliga och rutinmässiga. För patienter blir detta något livsbejakande och lustfyllt, som ger dem möjlighet att hämta kraft i en avlastande paus och vila från sjukdom och illabefinnande. "Studenterna är lite mer lekfulla. De vill hitta på mer med patienterna. Det ser man inte de andra vårdarna göra". När studenter inte finns på avdelningen, saknar patienterna denna positiva energi som studenterna tillför. "När de sista studenterna slutade så var det, alltså man kände en tomhet". Patienter lever upp för stunden i studenternas närvaro, vilken kan förstås som en guldkant i tillvaron.

Så jag tror på nåt sätt att studenterna liksom kan ge den lilla biten, som kanske inte ordinarie personal har möjlighet till att få reda på eller uppmuntra. Det blir det lilla extra, som jag sa att man kan utveckla, så att man mår bättre. Så har det varit för mig. De har hjälpt mig dom stunderna liksom, att må bättre.

Ömsesidigt samspel

Att som patient vårdas av studenter i ett lärande sammanhang innebär möjligheter till ömsesidigt samspel. Patienter och studenter hjälper och stödjer varandra i ett ömsesidigt utbyte. Patienter erfar att när de ger av sig själva i möten med studenter får de samtidigt något tillbaka. I möten mellan patienter och studenter finnas en gemensam strävan. Patienter strävar mot att må bättre och studenter strävar mot att försöka förstå i lärande syfte: "Att hjälpa dom till ett bättre lärande samtidigt som jag försöker bli frisk själv". Patienter upplever samhörighet och hopp. De har en förhoppning om att studenterna i framtiden ska börja arbeta inom psykiatrisk vård. "Som jag sa till många av tjejerna: jag hoppas verkligen att sedan när ni är färdigutbildade, att ni hamnar här". I dialogen erhåller patienten vårdande stöd och studenten lär sig om patientens värld.

Studenterna lär sig mycket av praktiken, den sociala biten genom att samtala med mig. Det är ju den hjälpen jag kanske också behöver ibland. Att kunna få prata ut lite om saker. Och då är det ju jättebra att samtidigt som de bygger en relation till mig, så hjälper jag ju dom på vägen att utbilda sig.

Att som patient få tydliggöra sin ohälsa och samtidigt få utgöra ett stöd för studenter i lärandets tjänst är både intressant och spännande. "Man är till någon nytta mer än för sin egen del när man är här. Man kan faktiskt hjälpa studenter i deras utbildning". När patienter berättar om sina erfarenheter av att leva med psykisk ohälsa och att vårdas inom psykiatrisk vård, intar de en roll som känns både annorlunda och betydelsefull. När de delar med sig av sig själv och sin livshistoria, finner sig känslan av att bli sedd och förstådd, samtidigt som de är delaktiga i studenters lärande. Detta känns betydelsefullt och gör tillvaron meningsfull. "Någonstans har jag kunnat bidra i det stora hela".

Att ge och att få, i det som upplevs som ömsesidigt samspel med studenter, blir tydligt i de situationer där patienter delar med sig av sina svåra upplevelser. En patient beskriver hur hon delade sina upplevelser av sorg med en student. Patienten sätter stort värde på att studenten försökte förstå, genom att pröva hur det skulle kännas att förlora någon i sin närhet.

Min son har ju dött och det är därför jag är här och det har vi pratat mycket om. Han var ju i stort sett i deras ålder. Det känns ju lika tungt vem jag än pratar med. Men studenterna förstår på ett bra sätt. De kan säga saker som att; tänk om det hänt min kompis eller min lillebror eller min lillasyster.

Patienter ställer emellanåt sin egen kropp till studenters förfogande för att "de ska få träna på att sätta nål, att ta blodprov. De har använt mig som en liten nåldyna". I detta träningsmoment kan patienterna ibland sätta en omsorgsfull press på studenterna. "Jag sa till eleven; du går inte härifrån förrän du har satt en droppnål på mig. Och det var många stick". Samhörighet och ömsesidig glädje finner sig, när studenterna lyckas i sådana vårdaktiviteter. Vårdande och lärande sammanfaller, när studenter övar, prövar och till slut lyckas utföra en vårdaktivitet. Så här beskriver en patient det gemensamma utbytet av glädje:

Rent handgripligt, så har hade vi en elev här som hade jättesvårt för att sticka. Hon tyckte det var jättejobbigt. Men alltså att se den eleven när hon väl hade satt den där nålen på mig, den där svårstickna patienten. Det var lycka. Hon var så glad, att hon fixade detta. Det var stora puss- och kramkalaset. Ja det var jättekul. De har varit helt fantastiska.

Patienter får även ta del av studenters förändrade perspektiv under praktikperiodens gång, dels vad gäller människosyn, dels beträffande den psykiatriska vårdmiljön. "De hade ju en annan syn i början på hur psykiatrin fungerar och vad det är för folk som är här". Patienterna berättar i sin tur för

studenterna om sina fördomar om studenter som osjälvständiga, rädda och passiva. *"Att studenterna liksom skulle hålla sig intill varandra och hålla sig lite i skymundan. Men så är det ju inte"*. I ett ömsesidigt samspel, via dialog, upplevs på detta sätt att uppfattningar om varandra förändras för både patienter och studenter. Dagliga möten med studenter förändrar patienters inställning till att vårdas av studenter, från att vara skeptisk med negativt avståndstagande till en positiv inställning, där studenter är ett naturligt och självklart inslag i den psykiatriska vården. Det upplevs något förbryllande men ändå positivt att: *"ibland vet man inte ens om det är studenter eller om det är en sköterska"*.

Det är nytt och annorlunda att få ta del av studenters berättelser om att lära sig vårda och om framtidsplaner. *"Det har jag ju frågat; vad du ska göra efteråt när du är klar, specialisera sig. Det är väl alltid intressant att höra"*. Delaktigheten och insynen i studenters lärandeperspektiv känns mer intressant och spännande i jämförelse med möten med ordinarie vårdare. Patienter ställer frågor och lyssnar nyfiket till studenternas berättelser om sitt lärande. *"Det är alltid spännande att träffa studenter i och med att de precis har fått lära sig det nya"*.

Det ömsesidiga samspelet innebär flera möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla. När patienter blir delaktiga i studenters lärande, erbjuds samtidigt möjligheter för dem att förstå sin egen ohälsa och situation. När de berättar om sin livssituation och beskriver sin ohälsa för studenterna, beskriver de i samma stund även för sig själva, vilket kan vara mödosamt, eftersom det är svårt att klä ohälsan i ord. Ju mer patienter berättar om sin situation desto mer frågor ställer studenter för att lära sig. På detta sätt får patienterna reflektera över sin situation och ohälsa, vilket medför att de lär känna sig själva bättre: *"Jag får själv tydliggöra för mig själv för att kunna berätta om det, vilket gör att jag får lyssna på mig själv på ett annat sätt och tänka på ett annat sätt"*. Genom denna självreflektion upplever patienterna sin egen ohälsa som mer tydlig och hanterbar. Patienterna erfar att de tillsammans med studenter samspekar för att söka svar på gemensamma frågor, vilket inspirerar och stimulerar till egenvård.

Det som har varit positivt är att se hur de har växt som människor i sin roll. Ju mer öppen jag har varit, ju mer modiga har de blivit i att fråga. Eller till att få mig att berätta mer och det tycker jag är positivt. Det är riktigt positivt. Det hjälper mig i min situation. Att de vågar spänna bågen lite hårdare gång efter annan. Efter varje gång man träffar dom så vågar de. De är lite mer framåt, vilket gör att jag måste fundera över min tillvaro och mig själv.

Det förefaller som om möten med studenter även kan ge patienter möjlighet till att lära sig att möta människor i allmänhet. *"Man lär ju sig hur man bemöter folk, socialt alltså överhuvudtaget och hur man läser av"*. Patienten lär sig också egenvård, när studenter försöker att vårda.

Jag får ju ett lärande utav dom. Först för att jag lyssnar till dom, vilket gör att jag lär mig om mig själv. Jag lär mig även av hur de hanterar, hur de hanterar situationen. Det är också ett lärande.

Det tycks vara lättare att skapa kontakt med studenter, när gemensamma nämnare finns som exempelvis ålder, livserfarenheter och intressen. *"De är lite yngre, så det är roligare och lättare att prata med dom. Man har mer intressen gemensamt"*. På så sätt skapas samhörighet och gemenskap, vilket stärker det ömsesidiga samspelet. Gemensamma nämnare bidrar till att patienter och studenter kan mötas på samma nivå, där de har liknande förutsättningar och sätt att se på tillvaron. *"Vi är ju typ i samma ålder. Så då har ju de upplevt det jag har upplevt"*. I den beskrivna samhörigheten och gemenskapen finns känslan av att man talar samma språk. *"De vet mina värderingar och sådana saker. Det blir inte någon missuppfattning"*. Känslan av förståelse är annorlunda än i möten med äldre vårdare. *"När jag själv är ung så känns det som att studenterna har lättare att förstå. De andra kan ju vara som min mamma liksom"*. För patienter känns det naturligt att kunna spegla och identifiera sig i det gemensamma. Enligt patienterna anstränger sig studenter för att försöka förstå de problem och lidande som psykisk ohälsa kan innebära, vilket skapar ett förtroende.

Vid vissa läkar- och vårdarsamtal är studenter närvarande som tysta observatörer, vilket ger en känsla av trygghet och samhörighet. *"De har vart som ett, alltså moraliskt stöd. Det har känts himla bra liksom"*. Efter dessa samtal försöker studenter trösta och uppmuntra. *"De har efteråt kunnat ta tag i en: du hur kändes det nu? Men tänk så i stället. Bry dig inte om det. Du har ju gjort det bra ju"*. Något annat som patienterna uppskattar är när studenter försöker försvara och beskydda dem genom att föra deras talan i olika sammanhang. *"En av studenterna skrev in i journalen att hon tyckte att jag hade blivit illa bemött och att samtalet bara varade tre minuter"*. Tryggheten och samhörigheten med studenter motverkar ensamhetskänsla i möten med läkare.

De har liksom stöttat, verkligen stöttat en. Även om de inte har kunnat säga någonting, så har man ändå känt att de har vart i ryggen.

Engagemang som väcker livslust

När patienter vårdas i lärande sammanhang, möter de engagerade studenter, som kan väcka livslusten. Patienters eventuella negativa erfarenheter av psykiatrisk vård omvärderas. Studenterna upplevs som motiverade och målmedvetna. *"De är lite mer intresserade på ett annat sätt"*. De upplevs också som ödmjuka och ärliga, eftersom de har en strävan att försöka förstå för att lära sig vårda. Det gör att de lyssnar med en större noggrannhet än ordinarie vårdare. Patienterna erfar att det mesta verkar vara nytt och okänt för studenterna. *"Det är ingen slentrian utan de är ju nyfikna på allt, allt som händer runt en patient"*. Inbäddat i studenters nyfikna undran tycks finnas både ansvar och omsorg om hur patienter mår.

Man har samtal om min sjukdom och ohälsa, och det är klart att de undrar hur det kan bli så, det gör ju jag också. De är nyfikna alltså, ställer frågor, de har vart jättefina.

I takt med varje studentmöte utökas det gemensamma utbytet och studenternas engagemang och motivation till att försöka förstå patienters ohälsa blir allt tydligare för patienterna. *"De är intresserade och man märker att de vill lära"*. Det förefaller också som patienters förtroende för studenterna förstärks genom studenters vetgirighet och handlingskraft. Studenter tar initiativ till att agera samt söka svar på uppkomna frågor, som de omsorgsfullt och noggrant följer upp med patienter. Studenter upplevs på detta sätt vara ständigt uppdaterade på patienters aktuella hälsa och pågående vård.

Är det någonting som de inte vet eller har koll på så går de och tar reda på det direkt. Just den dagen så har de det nyaste liksom. Till exempel när ska jag ha läkarbesök.

Att vårdas på en psykiatrisk vårdavdelning kan ibland, enligt patienter, upplevas som att vara ett förvarat objekt. Här finns känslor av tomhet och långtråkighet. Patienters beskrivningar kan förstås som att tiden står still och livet går på sparlåga. Känslorna liknas vid att befinna sig i ett tomrum. *"Dagarna blir väldigt långa när man är på ett sådant här ställe"*. Studenter har emellertid förmåga att fylla detta tomrum med livlighet och lustfylld entusiasm, som påverkar patienternas hälsa i positiv riktning. Detta engagemang hos studenterna ger möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla, vilket medför god omvårdnad. Patienterna upplever att studenter inte ser dem som ett problem utan mer som en möjlighet att lära sig. *"Det känns liksom inte som man är till besvär utan de frågar och det känns som om de*

vill veta". På detta sätt upplevs studenter hjälpa till att förändra patienters sätt att se på tillvaron, från att se livets hinder till att se möjligheter.

De har gjort att man liksom har öppnat sig. Rätt som det är har en halvtimme gått och man har bara suttit och pratat och jag tror det är väldigt viktigt. Man lever upp för stunden. Även om jag då liksom inte har velat från början. Det har ju lättats upp liksom. De har haft en förmåga liksom att få in en kil, som har fått en att öppna sig liksom. Jag tycker de har varit jätteduktiga, och det har varit jättebra. Det har hjälpt mig väldigt mycket.

Patienter tycks bli berörda av studenters livfullhet och framåtanda, vilket innebär att negativa känslor och tankar, för stunden, försvinner. Istället väcks livslust och motivation till att försöka kämpa och ta tag i sitt liv. "De får en till att tänka i andra banor och då börjar jag leva upp liksom". När patienterna upplever att studenterna på detta sätt bidrar till att tända deras livsgnista, finns också möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla på ett sätt som medför god omvårdnad.

De gör sitt bästa och jag är väldigt, väldigt tacksam för det. När jag kom hit så trodde jag inte att jag skulle klara livet överhuvudtaget. Men efter att ha varit här några gånger och haft kontakt med sjuksköterskestudenterna så har jag faktiskt lyckats få lite motivation att se andra saker, som jag inte kunde se innan jag kom hit.

Studenterna upplevs som både omtänksamma och ärliga, vilket visar sig i samtal där de ger uttryck för att inte veta, men att de vill försöka förstå. När studenter saknar kunskap för att kunna samtala om patientens ohälsa, sjukdom och behandlingar, fylls istället samtalen med mer allmänna samtalsämnen. Dessa samtal, som innehåller exempelvis gemensamma intressen, skapar både samhörighet och tillit. Patienter upplever att de får samtala med studenterna om sådant som de behärskar, vilket upplevs som både meningsfullt och värdigt. Vid de tillfällen, när patienters ohälsa och lidande är påtagligt svåra, ger studenter dem möjlighet att hämta kraft genom att samtalen ger en paus och en vila, där patienters tankar och känslor riktas mot något annat än ohälsa och patientroll.

Jag har kanske fått fokusera på annat. Inte bara mina egna tankar och sådant som man fastnar i. Utan man har liksom fått berätta om andra saker som man

åtminstone kan lite grand, eller vet någonting om. Det har inte bara varit sjukdom och sådant, utan det har varit liksom allmänna saker, och man har känt att man dög någonting till.

När vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av handledande sjuksköterskor

Att handleda studenters möten med patienter så att vårdande och lärande kan sammanfalla innebär att ha ett dubbelt ansvar, dels för patienters vårdbehov, dels för studenters lärandebehov. Det dubbla ansvaret kräver att i tanke, känsla och handling, ständigt och samtidigt ha två perspektiv att beakta, vilket utmanar handledarens förmågor och sensitivitet. Att vårdande och lärande ska sammanfalla i studenters möten med patienter finns som en strävan och ses som handledningens ideal men också som dess komplexitet. Handledaren använder sig själv och sina erfarenheter, som både det vårdande och det lärande instrumentet, för att möjliggöra att studenters möten med patienter kan bli både vårdande och lärande.

Vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter på vårdandets villkor. Det innebär att patienters hälsa och vårdbehov alltid prioriteras, vilket gör det svårt att planera studenters möten med patienter. Detta ger upphov till en ovisshet med både begränsningar och möjligheter. Ovissheten utmanar samt motiverar och stimulerar det handledande stödet.

Att handleda innebär att ge ett vårdande förtroende, att ta ansvar för att vårdande och lärande kan sammanfalla samt att få möjlighet till ett eget lärande. Det innebär vidare ett uppdrag som är givande samtidigt som det kräver. Att handleda studenters möten med patienter innebär att bedöma och värdera patienters hälsa i relation till studenters vårdande kapacitet. Det förutsätter att kunna se det unika hos varje individ och situation, vilket också är förutsättningen för att vårdande och lärande ska sammanfalla i studenters och patienters möten.

För att vårdande och lärande ska kunna sammanfalla i möten mellan studenter och patienter måste lärandets existens och innebörder synliggöras i vårdmiljön, vilket syftar till att skydda och bevaka lärandets intressen. Lärande är gäst i ett vårdande sammanhang, vilket kan medföra risker för att vårdande villkor blir dominerande och lärandets existens hotas. I situationer, när lärande måste träda tillbaka, uppstår känslor av otillräcklighet och skuld.

Fenomenet kan ytterligare beskrivas med hjälp av följande innebördselement:Handledning på vårdandets villkor, konsten att förena vård- och lärandebehov, att bedöma mötets förutsättningar, att överlämna ett vårdande förtroende, att upprätthålla ett lärandeperspektiv i vårdandet samt handledning berikar och ställer krav.

Handledning på vårdandets villkor

Handledaruppdraget innebär att ständigt ha två behov att bevaka. Dels patienters vårdbehov, dels studenters lärandebehov. Patienters hälsa och vårdbehov har emellertid alltid företräde, vilket är handledningens utgångspunkt. Handledaren avgör vilka patientmöten som är lämpliga för studenten. När studenterna undrar om det är okej att gå in till en patient, får handledaren reflektera och bedöma; "Hur är patienten? Hur mår patienten? Och då säger jag naturligtvis okej om jag tycker det är okej". Även patienters samtycke till att möta studenter avgör. Att handleda innebär att befinna sig i en ovisshet i relation till att patienters hälsa och vårdbehov ständigt förändras, vilket gör uppdraget till något oförutsägbart, men samtidigt upplevs det som spännande. Handledarskapet kräver på så sätt en flexibel handlingsberedskap. I takt med patienters hälsoförändringar får studenters lärande olika skepnader och även i förhållande till strukturella förändringar på avdelningen. På så vis är det vanskligt, och nästan omöjligt för handledarna att planera för studenters möten med patienter, vilket i sin tur innebär att det är svårt att planera när, om och hur vårdande och lärande kan sammanfalla.

Det kan hända att det blir tre patienter utskrivna. Och då plötsligt är vi nere på fyra, fem patienter eller dagen efter får vi tre patienter. Det vet man liksom inte i förväg att nu under tre eller fyra veckor kommer vi inte att ha så många patienter.

Att organisera handledning kan vara komplicerat, vilket beror på en rad olika sammansatta faktorer, exempelvis brist på handledande sjuksköterskor, men också på antalet patienter och deras hälsa samt vårdbehov. Dessa faktorer samverkar och påverkar varandra, vilket skapar svårigheter i att erbjuda studenterna god handledning, som ger förutsättningar för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter.

Vi är tyngda hela avdelningen. Det beror på läget givetvis. Hur många sjuksköterskor är vi här? Det beror på sjukskrivningar och annat. Att man är hårt belastad. Det beror på hur många patienter som är inlagda och vad för typ av patienter. Vilken vård de kräver och hur mycket tid det tar per patient.

Handledare erfar att inom den inom psykiatrisk vård ger patientmöten speciella möjligheter för studenter att lära sig vårda. Dessa möten ger erfarenheter, som teoretisk kunskap inte kan ge och det är därför en självklarhet att studenter ska delta i patientmöten för att kunna förstå patienten och dennes sjukdomssituation. *"Det är en helt annan sak när man själv är i mötet med patienten"*. Men i handledares beskrivningar framträder också hur ett sådant erfarenhetsbaserat lärande kan vara sårbart. Handledare kan inte ge studenterna några löften eller garantier för att den vårdande verksamheten kan erbjuda de patientmöten som krävs för att tillgodose aktuella lärandebehov.

Att handleda på vårdandets villkor innebär en svår utmaning för handledare, eftersom de ibland tvingas till prioriteringar där studenters lärande får stå tillbaka. Handledare kan då uppleva att de inte räcker till för både patienters och studenters behov. Akuta förändringar vad gäller patienters hälsa och vårdbehov kräver emellanåt ansvarig sjuksköterskas omedelbara närvaro. Det finns också en lagstiftning att ta hänsyn till i handledningen. Enligt denna får studenter inte delta i vissa patientmöten. Det handlar om möten med risk för hot och våld, som kräver tvångshandlingar. *"Mycket akuta situationer och alla situationer kan och får inte studenten vara med på"*. Detta innebär att handledare tvingas till val, omprioriteringar och kompromisser i handledningen. I sådana situationer syftar handledarens agerande till att skydda och värna om studentens säkerhet. Studenters lärande får då stå tillbaka, genom att de lämnas ensamma utan handledande stöd. Handledarna upplever i sådana situationer att de inte har möjligt att bidra till att vårdande och lärande kan sammanfalla.

Sen är det tungt emellanåt. Det kan vara mycket ibland och svårt att hinna med. Och man får lite skuld känslor att jag inte hinner handleda så mycket som man skulle vilja.

Eftersom handledning måste ske på vårdandets villkor, är schemalaggnings betydelsefull⁹¹. Hos handledare finns tankar och idéer om schemaändringar, vilka på ett bättre sätt skulle anpassa antal studenter till antal handledare, som krävs för att de ska räcka till för både patienters och studenters behov. Om det är för många studenter närvarande samtidigt, räcker dessutom inte antalet patienter till för att tillgodose allas lärandebehov. Här finns risk för att vårdande och lärande kan sammanfalla på ett sätt som medför hälsorisker för patienter.

⁹¹ Mer om schemalaggnings betydelse finns beskrivet i innebördselementet "att bedöma mötets förutsättningar".

Handledare är motiverade och de vill handleda. Men de upplever samtidigt att deras övriga ansvarsområden som sjuksköterska, inte alltid tillåter detta. Avdelningsarbetet erbjuder inte så många patientmöten. Sjuksköterskan har istället ett mer övergripande helhetsansvar för patientvården, vilket känns otillfredsställande för handledare. De handledande sjuksköterskornas beskrivningar och berättelser visar att deras arbetsuppgifter inte tycks erbjuda studenter det som anses vara viktigt att lära sig inom psykiatrisk heldygnsvård. De menar att "man börjar i fel ände när det gäller den psykiatriska omvårdnaden. Rapport, dela mediciner, rond, och läkarsamtal". Handledarna önskar istället "att studenterna ska få en uppfattning om vad psykisk ohälsa är" och kunna "knyta kontakter med patienterna". Men de är inte tillräckligt mycket närvarande i den direkta patientvården, för att tillgodose studenternas lärandebehov. Handledares önskan och längtan är dock att kunna erbjuda studenter mer handledande stöd, när de möter patienter. De känner därför besvikelse och uppgivenhet i sin handledarroll.

Drömmen vore väl att jag hade så mycket tid och energi att jag skulle kunna erbjuda studenterna det som skötarna kan erbjuda. Men det är tyvärr bara lite av en dröm.

För att möjliggöra att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten mellan studenter och patienter finns en strävan hos handledare att studenter först och främst ska ha regelbunden kontakt med vissa patienter. Denna kontinuitet värderas högre än kontinuiteten med en och samma handledare, vilket också förstärker att handledning sker på vårdandets villkor. De vårdhandlingar och vårdaktiviteter som sker i studenters möten med patienter inom psykiatrisk vård betraktas av handledarna som överförbar kunskap till andra vårdande sammanhang. Handledarna försöker därför att beskriva och förklara för studenter hur exempelvis vårdande samtal kan möjliggöra att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten med patienter oavsett kontext. Handledare försöker också förmedla att patienters diagnoser och symtom är viktig kunskap.

Jag vill inte säga att det är det viktigaste med de medicinska bitarna. Utan det är att studenten lär sig att möta patienten i sin sjukdom. Oavsett vad det är för sjukdom. Att ta reda på behoven. Att våga prata med patienter. För att lindra deras lidande eller att få lite mer information om hur de mår.

Handledare bedömer studenters vårdande förmågor och lärandebehov i en dialog med student och lärare från lärosätet. I det psykiatriska vårdssammanhanget utgörs dessa bedömningar bland annat av hur vårdande och lärande sammanfaller i studenters unika möten med patienter, samt om

detta medför en god omvårdnad eller ej. Bedömningskriterierna, som ska användas, tycks emellertid inte överensstämma med denna bedömning, vilket komplicerar bedömningsproceduren. Bedömningsunderlaget består av färdigkonstruerade kriterier, som lärosätet förordar, men som handledarna anser vara alltför allmänna och de upplever inte detta som något stöd.

Någon form av bedömning måste man ju ha för att studenten ska börja greppa vad det innebär att vårda patienter med psykisk ohälsa. Men jag vet inte om man någonsin kommer att kunna utforma bedömningsformulär för hur bra eller professionell en student är att möta patienter, ja att vårda patienter.

Att handledning sker på vårdandets villkor, kan visa sig i samband med handledande aktiviteter så som uppföljande reflektion. Handledare försöker att i slutet av varje arbetspass genomföra en uppföljande reflektion med studenter. Syftet är att ge studenter möjlighet att beskriva hur de upplever att möta patienter. Handledarna menar att uppföljande reflektioner är ett bra sätt att stödja studenterna i att inäta ett patientperspektiv. I reflektionen uppmanas studenter att utgå ifrån patienternas hälsa och vårdbehov och hur behoven på bästa sätt kan tillgodoses. Som handledare kan det emellertid vara angeläget att följa upp studenters och patienters möten, när de ännu är "färska" och aktuella. Det fungerar inte alltid att vänta till arbetspassets slut, då de aktuella lärandebehoven kan falla i glömska, när nya vård- och lärandebehov tillkommer. Det är speciellt angeläget att följa upp studenters patientmöten i direkt anslutning till mötet, när de uppfattar att något i mötet inte fungerar. För handledarna innebär den uppföljande reflektionen med studenterna att de tar både ett vårdande ansvar för patienterna och samtidigt ett lärande ansvar för studenterna. En av handledarna beskriver hur hon får agera vid uppföljning efter ett möte mellan en student och en patient. Handledaren bedömer här att vårdande och lärande sammanfaller på ett sätt som kan medföra hälsorisker för patienten.

Men nu har jag liksom pratat med både studenten och patienten. Och bekräftat hur patienten kan känna sig och liksom uppmuntrat och gett hopp. Och sedan kunde vi gå igenom med studenten; Hur man kan vända en sådan här situation.

För handledare är det således viktigt att markera för studenterna att deras lärande inte får äventyra patienters hälsa och vård. I de uppföljande samtalen med studenter försöker handledare få inblick i vad som hänt i mötet med patienten, genom att ställa frågor för att få studenterna att reflektera. Handledarens omsorg och ansvar för patienterna gör dem engagerade och

berörda. De försöker markera riskerna för icke vårdande möten, men på ett sätt så att de inte kränker eller sårar studenterna. Genom en reflekterad hållning försöker handledarna att nå fram med sina budskap och: *"lägga fram det på ett så fint sätt som möjligt"*. Det innebär att hantera sina egna känslor och att inte bli upprörd. Det förekommer att handledare aktivt får gå in och ta över vårdandet i patientmöten, för att förhindra att vårdande och lärande sammanfaller på ett sätt som medför risker för patienters hälsa. I sådana situationer begränsas studentens självständighet.

Så fort jag är osäker på studenten så släpper jag inte riktigt liksom fri. För att jag inte vill, på något sätt, sätta patienten i fara. Jag säger till studenten att jag gärna vill vara med på samtalet. Så jag vet att samtalet är på rätt spår.

Att handleda på vårdandets villkor blir särskilt påtagligt, när studenters patientmöten är kaotiska och tumultartade. Handledarna får ofta frågor från studenter om vad, hur och varför dessa incidenter inträffar. Det handledande stödet innebär i sådana situationer att bjuda in studenterna till uppföljande reflektioner. Här ges möjlighet för studenter att ställa frågor, som handlar om hur sådana patientmöten kan uppkomma samt vad, hur och varför handledarna agerar som de gör. När studenter ges möjlighet att ställa dessa frågor och handledare ges möjlighet att svara och klargöra, kan vårdande och lärande sammanfalla i möten mellan studenter och patienter. Den dagligen uppföljande reflektionen sker dock inte alltid som planerat. När patienters hälsa och vårdbehov kräver handledares omedelbara insatser måste uppföljande reflektioner överges, med andra ord, väljas bort. Detta innebär att studenters lärandebehov till och från får stå tillbaka. Att planerade handledande aktiviteter inte alltid blir av, bidrar till dåligt samvete och känsla av misslyckande.

De dagarna känner man sig väldigt otillräcklig. Då känner jag att det blir fel.

Konsten att förena vård- och lärandebehov

Uppdragets oförutsägbarhet gör det svårt att handleda. Att förena patienters vårdbehov och studenters lärandebehov, betraktas som ett ideal och det är nyckeln till en bra handledning, menar handledarna. Men detta är svår konst och något komplicerat. *"Svårt att prioritera balansgången mellan patientarbete och handleda studenter. Svårt att få de två sakerna att gå ihop"*. Handledarna försöker vara följsamma mot patienters hälsoförändringar i relation till att stödja studenters lärandebehov, vilket kräver mycket anpassning. Handledare menar att det inte finns några metodböcker med färdiga beskrivningar om hur de ska agera för att lära studenter att vårda. Handledning är ett praktiskt

hantverk, där handledarna själva, med sina erfarenheter och personligheter är såväl det vårdande som det lärande instrumentet som stöd till studenter. I sin roll och funktion, som såväl vårdare som handledare, försöker de att hitta sin egen unika stil.

Vi arbetar liksom med oss själva. Vi gömmer oss inte bakom några instrument. Utan det är vi själva som vårdare som utför. Saker och ting får ta tid. Det finns inte någon mall hur man bemöter patienter med psykisk ohälsa på samma sätt som det finns mall till exempel för att sköta ett bensår eller efterförloppet av en operation.

Att handledning kan vara en svår konst, visar sig på olika sätt. Handledarna upplever osäkerhet i sin handledande roll, vilket bland annat handlar om hur de ska lära ut något, som inte är konkret och som inte syns. De anser att en vårdande hållning i möten med patienter är en vårdares viktigaste egenskap inom psykiatrisk vård. "Bemötandet mot patienten är vårt främsta verktyg". Handledarna försöker stödja studenterna i att känna in och att inta en vårdande hållning i möten med patienter, vilket dock förutsätter att studenterna har vissa förmågor. Om så inte är fallet, ställs handledaren inför ett uppdrag, vilket kräver kreativt handledande insatser.

Studenten måste gå mycket på känsla. Känsla är någonting man får efter erfarenhet. Men har man en student då som absolut inte har någon känsla för hur man ska uttrycka sig, så kan ju det vara jättesvårt och jättebesvärligt att handleda en sådan person.

Handledning som ett praktiskt hantverk, innebär att handleda kreativt och på olika sätt bereda vägen för studenters självständiga möten med patienter, vilket kan möjliggöra att vårdande och lärande sammanfaller. Handledarnas erfarenheter är att majoriteten av patienter är positivt inställda till att möta studenter. Vid de tillfällen som patienter är skeptiska, brukar handledare erbjuda sig att vara med för att skapa trygghet. När patienter inte vill möta studenter respekteras detta, men det finns erfarenheter av att patienter kan ändra inställning till studentmöten. "Patienten har sagt att hon inte ville. Men jag vet att hon har etablerat en bra kontakt med de förra studenterna så det kan gå ändå". För att skapa förutsättningar för studenter att möta patienter som är tveksamma, har handledare en strategi som innebär att långsamt slussa och smyga in studenter i olika situationer, som innebär kortare patientmöten.

Där måste man som handledare anpassa. Till exempel vid medicindelning. Man ger medicinen. Då har

student och patient småkontakten. Och då studenten ger mediciner så får man som handledare se och studenten får erbjuda kontakt. Studenten och patienten behöver inte samtala så djupt. Bara liksom etablera kontakt. Vi som handledare får också vara lite lyhörda för både om det passar för studenten och för patienten.

Handledare upplever att majoriteten av studenter redan i ett inledande skede av praktikperioden har en god värdande förmåga. Detta innebär att det oftast inte krävs så omfattande handledning, utan endast enklare återkoppling i samband med studenters möten med patienter. *"Man bara checkar av med de här studenterna. De är ganska så självgående och initiativrika"*. Men handledaren kan också ställas inför svårigheter i handledningen, när någon student bedöms ha stora lärandebehov.

Studenter som inte är så lätta att ha och göra med är de som kan vara lite distanslösa. De som har problem med bemötandet. Då kan det bli ännu jobbigare att tackla. Det beror kanske på bristande erfarenheter från min sida.

Konsten att förena vård- och lärandebehov innebär ett skapande av relationer. I handledarnas berättelser om sitt handledarskap framträder betydelsen av deras stödjande hållning. En stödjande hållning som innebär att de försöker skapa goda relationer med såväl studenter som patienter. *"Att man får respons student och handledare emellan. Att man som handledare även är öppen för att ta in patientens åsikter"*. I ett relationsskapande ses bemötande och kommunikation som viktiga byggstenar. Att skapa en handledande relation med studenter ses som viktigt, för att ge dem möjligheter att försöka vårda patienter. I ett inledande skede handlar de handledande insatserna om att bereda väg för att möten mellan studenter och patienter kan ske. Här försöker handledarna att motivera och stimulera studenterna till att vara ärliga utifrån hur de känner att möta patienter.

Vi kan inte tänka och veta vad alla tänker. Studenterna måste också vara öppna och säga att det här gör jag inte själv. Utan jag vill att du som handledare ska följa med.

Handledare erfar att studenter verkar otrygga inför sina första patientmöten inom psykiatrisk vård. *"En del är väldigt nervösa. De är jätteoroliga. De visar det både med kroppsspråk och verbalt"*. Detta tycks vara oberoende om studenterna har någon vårderfarenhet eller inte. Handledarna försöker möta studenters oro

och nervositet med en lugn, tillåtande och förstående hållning. Deras erfarenheter säger att det inte behövs så många praktikdagar innan studenternas oro har lagt sig. Osäkra studenter behöver en annan form av handledning, där handledaren är mer närvarande och tillgänglig för studenten. Studentens självständighet får på så vis inte en framträdande betydelse. Stödjande aktiviteter i handledningen handlar om att stimulera och locka fram studenters intresse, som syftar till att få studenterna att våga möta patienter, vilket är en förutsättning för att vårdande och lärande ska kunna sammanfalla.

Alla studenter är på olika nivåer när det gäller att våga närma sig patienter. Många studenter inte har haft kontakt med psykiatrin någon gång. Jag förstår om studenten är lite försiktig i början. Därför är det ännu viktigare att man får närma sig det här försiktigt. När studenten går ut härifrån är det viktigt att hon eller han vågar och vill ta samtal.

För att kunna värdera och bedöma hur studenter lär sig vårda observerar handledarna studenters lärandeutveckling. Men de poängterar också att detta inte alltid är så enkelt att beskriva. "Det syns och känns. Men det är lite svårare att sätta ord på så att det inte låter alldagligt eller konstigt". När studenters lärandeutveckling är observerbar, framträder den som att de förändras. Handledarna menar att studenterna tycks vara väldigt osäkra i början. Men när praktikperioden är slut tycks de vara mer självsäkra, från att inledningsvis vara beroende av handledare till att ta självständiga initiativ till egna patientmöten. Handledarna menar att det också verkar som om studenter uppnår en "a-ha-upplevelse" i sina patientmöten, vilket tolkas som att vårdande och lärande sammanfaller.

Studenterna kanske tycker det varit jättekonstigt i början när man som handledare och student bara sitter och pratar om det. Så pratar studenterna själva med patienten. Då kommer studenterna på det själva: Jaha nu vart det så här, nu förstår jag.

Enligt handledarna finns det observerbara tecken på när det kan finnas hinder för studenters lärande. Handledarna menar att detta syns, genom att de blir passiva i avdelningsarbetet. Här kan det vara svårt och det krävs en konstnärs kreativitet, för att nå fram med handledande instruktioner och budskap. Konsten att förena vård- och lärandebehov kan ibland även visa sig i samband med bedömningsituationer. Ibland kan något som handledare förstår som brister i studenters vårdande kapacitet, förmågor och hållning visa sig i

samband med den så kallade mittbedömningen⁹². Handledaren kan då upptäcka brister, när studenten får berätta om sina patientmöten. Så här beskriver en handledare en sådan situation.

En gång fick jag då underkänna på mittbedömningen så han skärpte till sig. Rent ut sagt så låtsades studenten som om han kunde. Och när han återberättar ett samtal som jag som handledare själv hade varit med i så var det helgalet. Han hade lyft in egna tyckanden och vad han trodde. Som inte ens hade ventilerats i det här samtalet. Nä, det stämde liksom inte.

Handledare försöker inledningsvis att skapa goda förutsättningar för studenters möten med patienter, genom att avdramatisera och personliggöra patientmötet. Handledaren visar för studenterna att samtal med en människa, som har en psykiatrisk diagnos, är som att samtala med vem som helst. Att på detta sätt bereda väg för studenters självständiga möten med patienter, är något som handledarna anser vara en central del av handledaruppdraget. Det är viktigt för handledare att vara ett föredöme för studenterna. I början av en praktikperiod är handledaren med i möten med patienter och utför vårdaktiviteter, medan studenten är observatör för att se och lära. Studenten får sedan succesivt utföra vårdaktiviteter och slussas långsamt in i ett självständigt vårdarbete. Handledare använder sig själva och sina handledarkollegor som vårdande och lärande modeller och föredömen, genom att berätta för studenter om egna och andra kollegors erfarenheter av att lyckas men också om att göra misstag i möten med patienter. Budskapet till studenterna är att det är tillåtet att känna osäkerhet i patientmöten. "Flera studenter är oroliga för frågor som de kanske inte kan besvara. Då måste man visa att vi handledare inte kan allt heller". Genom att på detta sätt avdramatisera patientmötet finns möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter. Även handledarens egna erfarenheter av att vara student upplevs vara ett användbart stöd för eget bruk.

*Det är inte så länge sedan jag själv var student.
Därför kan jag förstå utifrån mina egna upplevelser;
Hur jag växte upp och vad som hjälpte mig.*

Handledare använder sig av patienters omvårdningsplaner som verktyg för att förena patienters vårdbehov med studenters lärandebehov. Handledande insatser är här att låta: "studenten lägga förslag på aktiviteter och omvårdnadshandlingar, för att se om studenterna ser patienternas behov". Att

⁹² Denna bedömning innebär att studenter i mitten av sin praktikperiod formellt utvärderas och bedöms av handledare och av en lärare från lärosätet.

studenter lär sig att planera, genomföra och följa upp patienters omvårdnad genom att använda omvårdnadsplaner är ett viktigt lärandemål. Omvårdnadsplanerna innehåller vårdvetenskapliga begrepp, vilka är användbara för att få studenter att reflektera över vårdhandlingar och vårdaktiviteter, som utförs i möten med patienter. På detta sätt kan vårdande och lärande sammanfalla i möten mellan studenter och patienter.

Studenterna får ju verkligen tänka till. Det här att man utför inte bara massa omvårdnadsåtgärder utan det ligger ju faktiskt ett syfte bakom varför man gör det.

Att bedöma mötets förutsättningar

Att som handledare ha grepp om patienters hälsa och vårdbehov i relation till studenters lärandebehov är nödvändigt för att kunna bedöma, vilka förutsättningar som finns för vårdande och lärande att sammanfalla, när studenter och patienter möts. Andra viktiga faktorer att känna till är studenters tidigare praktikplaceringar och hur de har blivit tilldelade dem. Men också handledarnas egen inställning till sin handledarroll och sitt uppdrag anger förutsättningar för vårdande och lärande att sammanfalla. Handledarna försöker att bemöta varje student utifrån var och ens individuella förutsättningar så som bakgrund och erfarenhet. Handledare menar att alla studenter och patienter är unika individer med unika egenskaper, resurser och begränsningar. Detta innebär att det finns unika förutsättningar för deras möten. De menar även att varje möte och situation är unik, det vill säga, det ena mötet är inte det andra likt.

Vissa situationer, och vissa människor, kan vara så eller så. Men det är ju individuellt. Det är ju inte alltid så varenda gång.

Att studenter lär känna patienter ses som en viktig del av handledaruppdraget. Studenterna får först bekanta sig med patienter genom att läsa deras omvårdnadsjournaler. De erbjuds också att delta i patientmöten, när handledaren är den som utför vårdandet. "Studenterna är med och observerar i samtal. De får se hur patienten ter sig och fungerar". Det är viktigt att skaffa sig information om huruvida studenterna har någon erfarenhet av att möta patienter och vice versa. Handledare stöter här ibland på något som de förstår som studenternas fördomar, vilka påverkar förutsättningarna för deras patientmöten. "Studenterna tror att det är konstiga människor som är här". Dessa negativa föreställningar om psykiatri tros komma från media. Även studenternas intresse för att möta patienter inom psykiatrisk vård utgör en viktig förutsättning. Handledarna menar att om studenterna inte är intresserade av psykiatrisk vård, så finns risk att de undviker patientmöten.

Men genom att stödja och underlätta för studenter att lära känna patienter kan intresse väckas.Handledarnas erfarenheter är att när studenter och patienter lär känna varandra, finns goda möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla på ett sätt som medför god omvårdnad. Om detta inte sker, menar handledarna att problem kan uppstå, vilket kan innebära att såväl studenters lärande som patienters hälsa är i farozonen.

Patienterna vänder sig gärna till studenterna. Lika väl som de vänder sig till en skötare eller en sjuksköterska. Men har studenten inte tagit sig tiden att försöka bygga upp en relation med en patient så kommer studenterna aldrig dit hän att det skapas förtroende, patient och student emellan.

När studenter inledningsvis handleds av mentalskötare, försöker de handledande sjuksköterskorna att lära känna studenters förmågor och lärandebehov, genom att på distans studera och observera hur studenter agerar i patientmöten. På så sätt kan handledare förbereda sig på de lärandebehov som studenterna har och vilka handledande insatser som kommer att krävas, när sjuksköterskorna tar över handledningen.

Det jag försöker göra är att bilda mig en uppfattning om hur studenten fungerar. Det jag försöker göra är att se hur det går för studenten och vad ska vi jobba med sen när de här två veckorna är över.

Hur handledningen organiseras har betydelse för hur handledarna kan agera och fungera i sitt uppdrag. Att organiseras i vårdlag, så kallade team, innebär att ett mindre antal sjuksköterskor och mentalskötare ansvarar för ett mindre antal studenters handledning. En sådan struktur ger möjligheter för handledarna att lära känna studenternas förmågor och lärandebehov och därmed bedöma förutsättningar för möten mellan studenter och patienter. En tanke med teamarbete är att handledare ska arbeta studentnära på samma sätt som de arbetar patientnära. Teamet har ett vårdande ansvar för endast några stycken patienter, vilket betyder att teamindelningen även syftar till att underlätta för studenter att lära känna patienterna och för att kunna skapa vårdande relationer.

Det är ganska bra att tillhöra team. Studenterna får följa teamets patienter på ett annat sätt. Från att patienten kommer in tills när den skrivs ut. De får se hela den processen.

Handledarna kan få signaler från patienter om något har gått fel i mötet med studenten. Om inte handledaren hunnit följa upp ett patientmöte med studenten, upplevs detta vara ett bra sätt att få information. Även handledarkollegor signalerar, när risk finns att vårdande och lärande sammanfaller i studenters möten med patienter på ett sätt som medför risker för patienters hälsa. Såväl patienters som handledarkollegors budskap fungerar på så vis som larmrapporter. De väcker handledare till att bli mer observanta och uppmärksamma.

Man får höra av sina skötarkollegor eller sköterskekollegor. I går var det en grej som hände och man själv var inte med i det. Då ser jag det mer sedan när man fått upp ögonen lite. Det kanske är ett återkommande problem.

Handledningen bygger på att relationen mellan handledare och student kan etableras och fördjupas, vilket förutsätter kontinuerliga möten. Men enligt handledares berättelser förefaller det som om kontinuerlig kontakt mellan handledare och student ibland uteblir. Det medför att de inte får möjlighet att möta och lära känna de studenter som de är ansvarig för. Detta är förödande för såväl handledare som studenter, eftersom både handledarens möjligheter att stödja och studentens möjligheter att lära sig vårda på detta sätt blir begränsade, menar handledarna. Schemaläggning, som en del av handledningens organisation och struktur, upplevs spela en viktig roll vad gäller handledares möjligheter att bedöma förutsättningar för studenternas möten med patienter. Handledarnas beskrivningar visar dock att schemaläggningen av handledares och studenters arbetspass inte alltid matchar varandra. På detta sätt hindras handledare att möta, lära känna och bedöma sina studenters förmågor och lärandebehov, vilket skapar irritation.

Studenter och handledare är inte med på samma schema. Det har inte blivit någon kontinuitet i handledningen. Det är viktigt för annars är det jättesvårt för oss att bilda oss en uppfattning om studentens kunskapsbas och vad de behöver arbeta med. Det är sådana där små skitsaker som inte skulle behöva vara problem men som uppstår hela tiden.

Att överlämna ett vårdande förtroende

Handledningens målsättning är att studenter blir delaktiga i vårdarbetet och att de efterhand självständigt kan möta och vårda patienter. Handledarna behöver därför bedöma studenternas vårdande förmågor, för att succesivt

överlämna ett vårdande förtroende till studenterna. När studenter självständigt möter patienter, kan vårdande och lärande sammanfalla i dessa möten.Handledarna tar ett steg tillbaka för att inte styra eller störa mötet och agera så lite som möjligt. *"Då får vi ju kliva ett steg bakåt och arbeta med händerna på ryggen"*. Om studenter ska lära sig vad sjuksköterskeyrket innebär är det, enligt handledarna, viktigt att de får öva att agera som sjuksköterska. Handledaren intar då en observerande och kontrollerande funktion och försöker anpassa överlämnandet av vårdande förtroende, dels efter patienters hälsa och vårdbehov, dels utifrån studenternas kapacitet och aktuella lärandebehov.

Man får ju ha lite känsla för detta också. Att studenterna inte får ta för stort ansvar med en gång. Då blir det väldigt negativt har jag märkt. Om de ska göra saker självständigt när de inte är mogna för det.

Att överlämna ett vårdande förtroende är det viktigaste lärandemålet, menar handledarna. Det förekommer att studenterna inte ges möjligheter att självständigt möta patienter, vilket handledarna ser som eget misslyckande.Handledningens mål är just att studenter ska fungera självständigt och inte vara beroende av handledare i möte med patienter. För att uppnå detta mål har handledarna en strategi, som går ut på att skynda långsamt. Studenter får först utföra enklare moment i möten med patienter för att sedan bli mer och mer avancerade vårdhandlingar. Genom att utmana studenternas trygghet skapas möjligheter för växt och utveckling. *"Då pushar jag som handledare till nästa steg. Nu kan du det. Nu kan vi träna på något annat"*. Studenterna får stöd och uppmuntran i att självständigt öva och pröva för att lära sig vårda. Vid behov finns handledaren tillgänglig för hjälp och uppföljning.

Alla frågor svarar vi ju inte på. Utan det svarar vi med en motfråga i stället. Det tycker jag är ett pedagogiskt sätt. Och så får studenterna komma tillbaka. Har de inte hittat svaret då kan man hjälpa dom. Men de måste söka sin egen kunskap.

Handledarna drar sig tillbaka och medverkar inte i studenters och patienters möten, när de känner sig trygga med studenternas vårdande kapacitet. De menar att handledarinsatserna då handlar om att uppmuntra före mötet och lyssna på studenterna efteråt. Studenterna får möjlighet att öva på att ta ett övergripande helhetsansvar för patienternas vård, vilket kan både stimulera och motivera till att vårda. Att som handledare ge studenter ett vårdande förtroende syftar även till att ge dem möjlighet att föra samman sina teoretiska kunskaper med praktiska erfarenheter. *"Utan patienter kan det inte bli något lärande direkt. Då blir det ju bara på det teoretiska planet"*. Handledares beskrivningar visar att det är i studenters patientmöten som vårdande och

lärande kan sammanfalla och en helhetsförståelse av patientperspektivet utvecklas. Handledarna anser att det tillhör en sjuksköterskas vårdande ansvar att ha denna helhetskunskap.

Ska man jobba inom vården så måste man ta ansvar för hela patienten. Att man känner att man har grepp om allting. Att man vet precis hur patienten mår. Och vad hon behöver hjälp med och planeringen framåt. Hur det ska bli när patienten kommer hem. Det är viktigt att studenten lär sig sådant. Att man tar över hela ansvaret runt patienten.

Att överlämna ett vårdande förtroende innebär att handledarna lämnar ifrån sig en del av sitt eget vårdande ansvar till studenterna i ett lärande syfte. Handledarna upplever att detta överlämnande är förenat med vissa risker för patienters hälsa, vilket handledare känner att de bär ansvar för. På så vis kan de uppleva osäkerhet vid överlämnandet. *"Vägen dit kan vara svår för mig. Kanske otrygghet i att släppa ifrån mig saker vad gäller patientarbete"*. Handledarna konfronteras med sin egen tillit till studenternas kapacitet och därför är känslan av tillit i relationen till studenten en viktig förutsättning. En annan aspekt, som utgör villkor för överlämnandet, är hur handledare värderar studenternas engagemang och motivation i att lära sig vårda.

Studenterna gör ju utifrån sin förmåga. De är ju för det mesta väldigt intresserade och väldigt väl inställda till den vården som de ska bedriva. De vill alltid göra det på bästa sätt. De är väldigt måna om att fråga innan de gör någonting.

Tilliten till studenterna hänger samman med handledarens eget ansvar och eget behov av kontroll. Handledare ger uttryck för att de behöver ges möjlighet att lära känna sig själva och medvetandegöra den egna förmågan till tillit samt behov av kontroll, för att på ett gynnsamt sätt kunna överlämna det vårdande förtroendet. De strävar efter att mer och mer våga utmana sig själva genom att: *"ge mer uppgifter som studenterna ska prova på"*. Enligt handledarna finns två aspekter som underlättar deras överlämnande av ett vårdande förtroende. Dels egen erfarenhet av att möta studenter. *"Jag tyckte det var svårt med de första studentgrupperna. Jag har nog lite lättare för det nu"*. Dels att lära känna studenten och dennes förmågor och lärandebehov, vilket tidigare framkommit i resultatet.

Genom att följa upp studenters patientmöten med reflektion ges handledare möjlighet att få insyn i hur studenterna förvaltade det vårdande förtroendet. Det innebär även en möjlighet att ta tillbaka en del av det vårdande ansvar som har

överlämnats till studenter. När handledarna gör bedömningen att de inte kan lita på studenters vårdande kapacitet och förmågor, avstår de från att lämna över något vårdande förtroende. Handledare prioriterar på detta sätt patienters hälsa och vårdbehov framför studenters lärandebehov. Det som sker i praktiken är att handledaren begränsar studentens självständighet i att möta patienter, genom att agera mer kontrollerande och med mer närvaro.

Så fort jag är osäker på studenten så släpper jag inte riktigt liksom fri. För jag vill inte på något sätt sätta patienten i fara. Jag säger till studenten att jag gärna vill vara med på samtalet.

Att upprätthålla ett lärandeperspektiv i vårdandet

För att vårdande och lärande ska sammanfalla, på ett sätt som medför en god omvårdnad, i studenters möten med patienter, strävar handledare efter att upprätthålla ett lärandeperspektiv i det vårdande sammanhanget. De använder sig av olika strategier för att studenters närvaro ska bli ett naturligt inslag i den psykiatriska vården. För att upprätthålla ett lärandeperspektiv, på vårdandets villkor, krävs det att handledare, bildligt uttryckt, fungerar som eldvakter i lärandets tjänst. Det innebär att de är vakna och uppmärksamma på att skydda och bevaka lärandets intressen. Det är ett uppdrag om att hålla lärandets låga vid liv, vilket innebär att de som eldvakter inte kan slå sig till ro då risker finns att lågan slocknar.

Studenterna kan många gånger hamna i skymundan i relation till patientarbetet. Det är därför viktigt att ständigt vara uppmärksam på eventuella hinder som kan förekomma vad gäller studenters lärande. Exempelvis förekommer det att vissa handledare hör hur handledarkollegor sänder ut fel signaler till studenter genom en hållning som ibland ger studenter skulden för egna misstag och tillkortakommanden. *"Handledarna har massor av försvar när det gäller egen oförmåga. När de inte kan besvara studentens frågor på ett bra sätt så lägger dom det på studentens oförmåga eller ointresse"*. Och ibland noteras även att skulden läggs på patienter. *"Man säger så här att den här patienten är dum. Det är ju oprofessionellt och omoget. Men såna saker kan man märka"*. För att kunna upprätthålla en god, såväl vårdande som lärande kultur är ett sådant förhållningssätt något, som enligt handledarna, måste undvikas. Istället försöker de vara närvarande och föra en dialog med studenter samt omgående försöka åtgärda problem, som kan förekomma i handledningen. Handledaren fungerar som: *"en problemlösare framför allt. Om studenterna känner att de inte blir bemötta på ett bra sätt eller inte får arbetsuppgifter"*. Ett sätt för handledarna att bevaka lärandets intressen är att påminna varandra om studenters närvaro och att rikta varandras uppmärksamhet från egna behov till studenternas lärandebehov. Så här beskriver en huvudhandledare hur denne agerar, för att påminna sina handledarkollegor om studenternas närvaro.

Jag är med på rapporten på morgonen. Och ställer direkta frågor till handledarna: Har du student idag? Vad ska studenten göra idag? Har du arbetsuppgifter till studenten? Hur har du funderat?

Ytterligare ett sätt, att synliggöra och etablera lärandeperspektivet i den psykiatriska vårdmiljön, är att påminna närmaste chefer om vad studenters närvaro innebär för det dagliga avdelningsarbetet. Olika sjukhusövergripande projekt och uppdrag kräver att handledare deltar på möten där studenter inte deltar. De finns på så sätt inte alltid hos studenterna. Studenter blir då lämnade ensamma utan varken vårdande- eller lärandestöd, vilket kan bidra till att vårdande och lärande inte kan sammanfalla. När avdelningsarbetet ska planeras och organiseras för sjuksköterskorna, finns det också risk för att studenters lärande på avdelningen inte beaktas. "Vi brukar ju fördela arbetsuppgifter under dagen. Men just på kvällarna blir studenterna föräldralösa". Begreppet föräldralös ska här förstås som att studenterna blir utan handledare. Upprätthållande av lärande perspektiv sker även i olika mötesforum, där både chefer och handledarkollegor deltar. Så här beskriver en handledare hur denne får agera vid ett sådant tillfälle.

Jag lade fram den här idén på en APT (Arbets-Plats-Träff). Det mottogs väl kanske med ett frågetecken först. Det måste bli en förändring eftersom vi är en utbildningsvårdavdelning. Vårt uppdrag är ju faktiskt att både ta hand om patienter och att utbilda studenter.

Att dagligen erbjuda studenterna en god handledning, som kan möjliggöra vårdande och lärande att sammanfalla samt att försöka etablera en fungerande stödjande metodik för detta, ses som en central del av att upprätthålla ett lärandeperspektiv. Handledarna menar att både patienters vårdprocess och studenters lärandeprocess uppstår i mellanmänskliga möten där tillit och trygghet är viktiga beståndsdelar. Således försöker handledarna skapa goda relationer med studenterna där lärande förutsättningar finns, vilket tidigare framkommit i resultatet. En lärande relation med studenten upplevs som ömtålig och sårbar, vilket kräver att handledaren har en reflekterad hållning, som på så sätt blir betydelsefullt för att upprätthålla ett lärandeperspektiv.

Lika väl som jag inte kränker mina patienter eller mina kollegor så vill jag inte kränka mina studenter heller. Jag är i maktposition gentemot studenterna. Då gäller det att jag väger mina ord för att det inte ska bli en konflikt. Då kommer jag absolut inte att kunna lära dom någonting.

Att utvecklas som handledare ses som en viktig aspekt av att hålla lärandets låga vid liv. I handledares beskrivningar finns flera idéer och förslag till hur denna utveckling kan se ut. Exempelvis anses det viktigt att kunna lyssna och ta till sig den kritik som studenterna uttrycker, när de utvärderar sin praktikplats. Här finns möjligheter för handledarna att upptäcka egna resurser och brister. Ibland får de även förslag till hur de kan förbättra sig. Att det ges möjlighet till teoretisk fortbildning i form av handledarutbildning, ses som en självklarhet för att kunna fungera som handledare. Sjuksköterskans yrkesroll innebär färre patientmöten än vad som är önskvärt bland handledarna. Detta påverkar såväl deras vårdar- som handledarfunktion, eftersom egen erfarenhetsbaserad växt och utveckling begränsas. För att kunna utvecklas som handledare krävs erfarenheter av att handleda studenters möten med patienter. *"För mig är det en mognadsprocess. Jag har ju bara varit handledare i ett års tid"*. En annan förutsättning för att kunna utvecklas som handledare, är att få möjlighet att delta i grupphandledning. Tillsammans med handledarkollegor får de då reflektera över möten med studenter.

Vi jobbar frenetiskt med det. En adjunkt från skolan handleder i de här frågorna. Hur man möter och handleder studenten.

Handledarnas beskrivningar och berättelser visar att de handleder på olika sätt, vilket upplevs som att handledningen kan bli godtycklig och alltför subjektiv. Det kan innebära att om studenter lär sig eller inte lär sig vårda är beroende av vilken handledare eller team som studenten tillhör. Handledarna har en känsla av att alla studenter inte erhåller samma kvalitet på handledning. Detta kan medföra att vissa studenter inte uppnår viktiga lärandemål, vilket dels kan medföra hälsorisker för patienter, dels missgynna upprätthållandet av ett lärandeperspektiv. Handledarna menar att något bör göras för att förändra denna orättvisa av lärandestöd. Att utveckla en mer medveten handledningsmetodik i form av tydliga strategier och målsättningar, är något som handledarna efterlyser.

Först och främst måste man ju få fram vad det är för någonting som är problemet. Sedan skulle vi behöva i så fall någon handlingsplan för hur vi ska jobba med studenterna. Så att alla studenter får likadant.

Upprätthållandet av ett lärandeperspektiv förutsätter handledarnas förmåga att samarbeta kollegialt, vilket också skapar möjligheter för att utvecklas som handledare. Att handleda studenter är ett delat ansvar. Det innebär att handledningsansvaret finns hos samtliga vårdare i varje arbetslag, ett så kallat team. Samarbete och samverkan utgör således en viktig del av att upprätthålla

ett lärandeperspektiv. För att handledningen ska fungera förutsätts att handledare kommunicerar med varandra om patienters aktuella vårdbehov i relation till studenters aktuella lärandebehov. Det finns en strävan om att denna kommunikation ska ske i form av en dialog, där handledare rapporterar studenters lärandebehov mellan sig. Strävan är också att kollegialt stödja varandra som handledare, genom att reflektera tillsammans över vad handledarskapet innebär. Här kan en mer erfaren handledare stödja någon mer oerfaren. Handledare har således en stödjande funktion avseende patienter och studenter, men även gentemot handledande kollegor. När studenter i ett inledande skede handleds av mentalskötare, kan handledande sjuksköterkorna finnas tillgängliga för att ge ett handledande stöd vid behov. Det kollegiala samarbetet kan även innebära att handledare får kompensera varandras icke lärande insatser, genom att trösta studenter som råkar ut för handledarkollegor som brister i sitt handledarskap.

Handledaren var ganska taskig så studenten upplevde det jättejobbigt. Jag som handledare försöker liksom avdramatisera den här situationen. Men också visa att det är jättebra att studenter säger vad de upplever.

I handledarnas beskrivningar framkommer exempel på att handledarsamarbete både finns och inte finns. Avsaknad av samarbete verkar föreligga när handledare ersätter varandra i teamen. Den nya handledaren har då ingen information om studenternas aktuella lärandebehov, eftersom arenor för överrapportering saknas såväl inom- som mellan de olika teamen. Här finns risker att vårdande och lärande sammanfaller på ett sätt som både kan medföra hälsorisker för patienter och ett icke lärande för studenter. Handledarna efterfrågar ett verktyg som syftar till att rapportera hur studenters lärande utveckling och aktuella behov ser ut, när handledarskapet växlar mellan olika handledare. Det efterfrågas även mötesplatser där handledarna kan kommunicera kring studenters lärande och handledande stöd, utan att studenter är närvarande. Det finns förslag på och idéer om vilka mötesforum som skulle kunna fylla en sådan funktion.

Innan har det ju varit så att teamträffarna bara har rört uppbyggnaden utav teamen och vem som ska göra vad. Framför allt så har de ju innehållit mycket sjukhusprojekt. Men nu ska istället teamen börja arbeta med hur vi ska handleda studenterna på teamträffarna.

Handledning berikar och ställer krav

Att handleda studenter i att vårda upplevs som berikande men samtidigt även kravfyllt. Det ger handledare möjligheter till eget lärande, samtidigt som det

ställer såväl formella som egna personliga krav på prestation. Att handleda innebär möjligheter att få möta studenters unika förmågor och behov. Varje ny student innebär en ny bekantskap. Som tidigare framkommit i resultatet tar handledningen sin utgångspunkt i patienters hälsa och vårdbehov, vilka är föränderliga. Detta tillsammans med att, som handledare, möta studenternas nya unika behov innebär att arbetet aldrig blir förutsägbart, vilket känns både spännande och utmanande. Att handleda studenter i att vårda innebär en möjlighet att få vara med och påverka hur lärandet sker. Handledarens insatser ses som ett kreativt skapande, vilket upplevs som lustfyllt och belönande.

Jag ser dom som en liten planta. Som man vattnar och göder och som växer upp. Det är lika roligt varje gång när man håller på med studenter. Att de får aha-upplevelser när de äntligen kan koppla vårdvetenskapen, alltså teoretiska begrepp, med patientberättelsen.

Det upplevs som en förmån att få se hur studenter och patienter agerar och reagerar, när de möts. Att som handledare få vara med och bidra till att vårdande och lärande kan sammanfalla i möten mellan studenter och patienter, på ett sätt som möjliggör båda parter växt och utveckling, innebär något positivt för handledarna. De observerar något som de förstår som glädjefyllda möten mellan studenter och patienter, vilket får dem att känna välbefinnande. För handledare känns det bra att utbilda studenter, och på det sättet bidra till att patienter får en god vård i framtiden.

Man känner att det här är en trygg framtida kollega. Som kommer att sköta detta utmärkt. Det är en student som har fattat grejen. Det är det roliga med att vara handledare.

Genom att ta del av studenters reflektioner kan det egna lärandet hållas vid liv, vilket upplevs berikande. Handledaren kan på så vis få nya uppslag, vad gäller såväl teoretiska grunder för vårdandet som basal faktakunskap, vilket ger nya tankar och perspektiv på såväl att handleda som att vårda. Genom att ta del av färskas vetenskapliga kunskaper, håller de sig uppdaterade, vilket upplevs motverka teoretisk stagnation. Enligt handledare ställer studenter frågor för att få veta och i sökandet efter svar tvingas de att tänka efter. Det är i sådant reflekterande som handledares eget lärande finns. "Är det någonting man som handledare inte vet så får man ta reda på det, och då får vi ju också ny kunskap". Handledare upplever att studenter och handledare tillsammans lär av varandra som ett givande och tagande.

Att handleda studenter innebär möjligheter att få möta tidigare kända situationer och företeelser utifrån nya perspektiv. "Man får nya fräscha ögon på någonting som man har jobbat med länge". När handledare har uppföljande reflektion med studenter efter deras möten med patienter, ges möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla på ett sätt som kan medföra en god omvårdnad till patienter. I ett vårdande sammanhang, där studenter lär sig vårda, kan frågor om vad och varför ständigt hållas levande. Studenternas kritiska frågeställningar skapar reflektion hos handledarna, som kan motverka att handledare hamna i ett rutinmässigt görande, där vårdande blir en omedveten slentrian. På detta sätt spelar de uppföljande reflektionerna efter studenters patientmöten en viktig roll för avdelningens vårdutveckling. Studenter närvaro på avdelningen upplevs bidra till att hålla vårdvetenskap levande och uppdaterad. Vårdvetenskap ses som ett viktigt stöd i att som både vårdare och handledare inta en kritiskt ifrågasättande hållning, där inget i vårdandet kan tas för givet.

Att man tänker till i de etiska banorna: Vad är det vi håller på med? Till vems gagn är det?

Studenter närvaro och pågående lärande tycks berika avdelningens vårdarbete. Det finns både förutsättningar och möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla på ett sätt som medför en god omvårdnad, när studenter och patienter möts. Patienterna tycks vilja bidra till studenternas lärande genom att berätta om sig själva. Studenterna är, enligt handledare, med och bidrar till att uppnå mål och syften med vården, som exempelvis patienters delaktighet. Som tidigare nämnts i resultatet, finns det hos handledare en känsla av att inte alltid räkna till för både patienters vårdbehov och studenters lärandebehov. I handledares beskrivningar av vad det innebär att handleda, framkommer flera olika exempel på hur studenter avlastar handledarna, genom att utföra vårdaktiviteter som handledarna inte hinner med.

Ibland känner jag mig så stressad så jag inte orkar. Jag har inte riktigt den tiden som behövs för vårdande samtal. Där tror jag att studenterna gör en rejäl viktig insats för patienterna. Det är ju ömsesidig vinst då.

Handledarna erfar att studenterna är tillgängliga för patienternas vårdbehov och de ägnar betydligt mer tid till patienterna än vad den ordinarie personalen gör. Handledarna upplever att studenters lärandeutveckling visar sig konkret genom att de klarar av att vårda patienter på liknande sätt som den ordinarie personalen.

Studenterna utför ju sitt arbete på ett väldigt exemplariskt sätt om man jämför med ordinarie

personal. Studenterna blir ju väldigt skickliga i att just hålla samtal och vad det är man vill få ut av samtalet. Hur man ska lägga upp sitt arbete. Jag tycker att de är jätteduktiga. De funkar ju som en personal. Fast att de är studenter.

Handledare menar att när studenter möter patienter kan de få en inblick i och erfarenheter av hur den psykiatriska vården bedrivs, vilket de senare kan förmedla utanför avdelningen. Genom studenter kan den psykiatriska vården på så sätt öppnas ut mot samhället. Studenterna upplevs kunna fungera som psykiatrins ambassadörer, språkrör och marknadsförare utåt mot samhället.

En jätteviktig sak när vi har studenter inom psykiatrin är ju att sprida ringar på vattnet ute i samhället. Våra studenter blir ju ansiktet utåt.

Uppdraget att handleda studenter är något som generöst ger och berikar, men som också ställer hårda krav. Handledarna upplever krav på att de ska prestera ett bra jobb. Det är krav som både ställs av dem själva och av samhället och som handlar om att ständigt ha en "hög lägstanivå", vilket innebär att det inte upplevs finnas utrymme, för att som handledare, ha en dålig dag. Det finns en känsla av dåligt samvete hos handledare, utifrån att de inte motsvarar ställda krav. Dessa krav upplevs komma från såväl patienter och studenter som handledarkollegor och chefer. Kraven handlar om att de ska vara tillgängliga vid behov, för att handledningen ska fungera. Att handleda studenter i att lära sig vårda tar såväl tid som kraft i anspråk. Att ha dåliga dagar som handledare upplevs kunna medföra ödesdigra konsekvenser. Dels för vården i allmänhet, dels för studenter, patienter och kollegor i synnerhet.

Man måste tänka sig för så att man inte halvslarvar någonting igenom när man har en student som ska lära sig någonting korrekt. Vad som händer är ju att man gör ett dåligt jobb helt enkelt. Vilket kan leda till att studenten går ut härifrån och blir godkänd, men har lärt sig att arbeta på ett hafsigt sätt. Och det vill man ju inte medverka till.

I handledarfunktion ingår att i mitten och i slutet av studenters praktikperiod utföra en mer formell bedömningsprocedur. Som tidigare framkommit i resultatet matchar inte alltid handledarens schemarad med studentens. Detta innebär att handledaren kan ställas inför besvärliga situationer, när bedömningen ska ske och en känsla av att famla i mörker kan finnas sig. "De studenter som jag godkände nu hade jag inte ens träffat". Även om uppdraget att bedöma är förenat med krav, kan ändå handledarna se att de fyller en både

viktig och nödvändig funktion för att säkerställa studenternas kunskap. Bland handledare upplevs dock bedömningen som svår. Det råder en osäkerhet om huruvida studenter får en likvärdig och samstämmig bedömning. Bedömningar är förenade med risker att bli alltför subjektiva och godtyckliga. Dessa risker upplevs kunna medföra negativa konsekvenser för studenter.

Jag är lite kluven till det faktiskt. Det känns inte alltid som om det blir en rättvis bedömning av deras kunskap. Mycket av det här som ska bedömas beror ju till så stor del på vilken handledare studenten har. Har inte handledaren gett studenten möjlighet till att bli självständig, så betyder det inte att studenten ska bli underkänd. För studenten har inte fått möjlighet att göra det heller.

Att handleda studenter ingår i sjuksköterskeprofessionens ansvarsområde. Det finns därför förväntningar och krav på en sjuksköterska att kunna handleda. I handledarnas berättelser framkommer att sjuksköterskor ibland kan få börja handleda studenter innan de känner sig redo. Detta tycks vara en nödvändig lösning, när det är brist på handledare. Att börja handleda studenter ställer stora krav på handledaren, då denne är nyutbildad och nyanställd. Det innebär att bli inkastad i en ny och obekant roll och funktion i ett vårdande sammanhang, som man ännu inte lärt känna. Detta innebär i sin tur att det ställs krav på att en nyutbildad sjuksköterska ska kunna stödja lärande i studenters möten med patienter innan hon/han ens har egna sådana erfarenheter. Ett sådant uppdrag känns vanskligt och orimligt då: "man har fullt upp med sig själv. Att lära sig själv på avdelningen". Här finns behov av att lära sig vårda hos både handledaren och studenten. Enligt handledare kan i dessa situationer ömsesidiga lärandehinder finnas. Dels för handledare att lära ut, dels för studenter att lära in, när båda parter lärandebehov på detta sätt kolliderar. Som handledare är det viktigt att lära känna sin arbetsplats och sin yrkesidentitet för att kunna fungera i handledning. Samtidigt framkommer att det kan finnas lärande möjligheter för såväl studenten som för handledaren, när handledaren är nyutbildad och nyanställd sjuksköterska. Det förefaller som om de bär på en gemensam ovisshet, vilket i sin tur kan ge gemensamma förutsättningar, när de möts kring frågor för att söka svar. På så vis kan denna ömsesidiga ovisshet innebära ett handledande stöd, som kan möjliggöra att vårdande och lärande sammanfaller, när studenter och patienter möts.

Vi som handledare och student kom väldigt bra överens. Vi kunde lösa situationen tillsammans. När vi inte riktigt visste rutiner kunde man som handledare och student fråga oss fram. Vi tog oss helt enkelt tid till att lista ut hur saker och ting fungerade.

Fenomenets generella struktur - samspelet som skapar möjlighet för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter, med stöd av handledare

Vårdandet och lärandet sammanfaller i de möten mellan studenter och patienter som karaktäriseras av samspel, där patientberättelsen utgör utgångspunkt. I dessa möten finns en vilja och strävan efter hälsa och kunskap, som ger samspelet kraft och näring, samt lägger grunden för en upplevelse av trygghet. Involverade personers gemensamma vilja om att få veta, samt behov av att lära känna det nya och obekanta skapar frågor. Dessa utmanar tryggheten genom att igångsätta en reflektion, som en rörelse mot förändring i form av ökad insikt. Frågor uppmärksammar vård- och lärandebehov, samtidigt som de ställer krav på eftertanke, vilket bidrar till att praktiskt görande i vården sker långsammare och på så sätt bereds det väg för personlig växt och utveckling. Frågor, som uppstår i vårdandet, skapar således både vårdande och lärande möjligheter. Reflekterande samtal upprätthåller vitaliteten i möten, där vårdandet och lärandet sammanfaller. I sökandet efter svar på frågor finns möjlighet för alla parter att påverka och att bli aktivt delaktiga, vilket knyter samman vårdande och lärande. Men såväl delaktighet som ömsesidighet har olika innebörd i förhållande till att vårdas, att lära sig vårda och att handleda i att vårda. Handledare har ett vårdande ansvar i relation till patienter, vilket även studenter har till viss del, men patienter kan aldrig avkrävas ansvar för sina relationer till studenter och handledare. Därför kan relationen mellan vårdare och patienter, respektive mellan studenter och patienter, aldrig bli helt ömsesidig.

I samspel, där vårdande och lärande sammanfaller, utvecklas ansvarskänslan och en strävan efter att söka förståelse för hur det är för den andre. I denna process ger studenter och patienter varandra näring genom att stå till varandras förfogande. Lärande i ett vårdande sammanhang kan vara komplicerat. Det finns en önskan om likvärdig betydelse och samklang mellan vårdande och lärande. Dock kan konkurrens och konflikter uppstå, då båda perspektiven inte får samma uppmärksamhet och utrymme. När vårdande och lärande på detta sätt ställs mot varandra, som motpoler, finns risk att samspelet kommer i otakt och avbryts, vilket kan medföra risk för ensamhet och vilshenhet hos samtliga involverade. Här har handledaren en essentiell uppgift att ge stöd till samspelet genom närvaro. Upplevelsen av ensamhet och vilshenhet är emellertid inte bara att förstå som negativ, utan kan även innebära möjligheter till samtliga parter självständighet och egna fria val, vilket kan gynna att vårdande och lärande sammanfaller i studenters och patienters möten.

Studenters och patienters möten sker i ett vårdande sammanhang, som präglas av en kultur, vilken är föränderlig och både stark och sårbar på samma gång. Människor både skapar och bär upp kulturen, som levandegörs i mellanmäskliga möten. Det tycks också vara i dessa möten som både möjligheter och hinder, för vårdande och lärande att sammanfalla, kontinuerligt underhålls och utvecklas. Kulturen kan snabbt förändras, dels av organisatoriska förutsättningar, dels av individuella viljor och behov, som då ser vårdande och lärande som parallella, separata delar utan kopplingar sinsemellan. För att odla en gynnsam kultur för samspelet, som karaktäriserar att studenters och patienters möten kan bli både vårdande och lärande, behövs ansvariga som bereder väg och skapar möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla. Detta sker genom att upprätthålla, skydda och bevaka att vårdande och lärande får likvärdiga utrymmen, i form av organisation, vägledning och samordning.

När vårdande och lärande sammanfaller och lever intimt tillsammans, i studenters och patienters möten med eller utan handledare, finns möjligheter till växt, utveckling och förbättring. När involverade personers "lärande vårdas" och "vårdandet lär", finns samspelet som skapar mening och erbjuder det lilla extra, i en vårdande vardag. Dock finns risk för såväl icke-vård som icke-lärande, om vårdande och lärande separeras, även om de existerar på samma plats och i samma kontext. Då kan ensamhet och utanförskap framträda och växa sig starka, vilket utgör hinder för både vårdande och lärande.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Avhandlingens diskussionsdel fokuserar forskningsresultatet. De metodologiska reflektionerna finns placerade och beskrivna i nära anslutning till de avsnitt i avhandlingen som handlar om metodteori och genomförande⁹³. Diskussionsdelen är strukturerad och upplagd enligt följande: Inledningsvis diskuteras forskningsresultatets "clou", det vill säga huvudfyndet, som sticker ut som ny kunskap. Resultatet sammanfattas och diskuteras sedan utifrån övergripande resultatområden. Här finns varje delresultat inbäddat i form av studenters, patienters och handledares upplevelser av att vårda, vårdas och att handleda i ett lärande vårdssammanhang. Diskussionsdelen fortsätter sedan med avhandlingens kunskapsbidrag, dels till den vetenskapliga kunskapsvärlden och till ämnet vårdvetenskap, dels till vårdvetenskapens didaktik samt till kliniska lärande och vårdande sammanhang. Bidraget till kliniska lärande och vårdande sammanhang presenteras i form av en didaktisk idé. Som avslutning presenteras några tankar och förslag till fortsatt forskning.

Denna avhandlingens viktigaste del utgörs av det delresultat som speglar hur patienter upplever att vårdas av studenter i ett lärande sammanhang. I denna avhandling tillåts patienten komma till tals som patient i ett lärande vårdssammanhang, vilket inte är vanligt förekommande. Forskningsöversikten visar att det endast finns ett fåtal studier, som speglar hur det är att vårdas av studenter. På så vis ser jag detta delresultat som avhandlingens "clou", det vill säga det som är nytt och "sticker ut". Resultatet visar hur patienter i möten med studenter tycks bli sedda och bekräftade i sitt lidande på ett sätt som medför att de föredrar att möta en student, som inte vet men som vill lära sig, snarare än en ordinarie vårdare, som tror sig veta! I studenters närvaro tycks patienters utsatthet och objektivering minska. Detta är en spännande upptäckt, som väcker flera frågor om vad detta kan bero på: Kan det vara så att

⁹³ Se avsnittet om metodreflektioner i denna avhandling på s. 72-86.

det inom psykiatrisk vårdkultur finns företeelser som medför att vårdare inte vill, kan eller orkar lyssna på patienters berättelser? Har man som vårdare genomfört så många samtal med patienter så man, så att säga, tror sig ha "hört allt"? Eller finns här andra faktorer som påverkar?

Med utgångspunkt i ovanstående frågor kan konstateras att det förmodligen handlar om flera olika faktorer, vilka relaterar till varandra på ett komplicerat sätt. Det kan bland annat handla om vårdarens önskan och längtan efter att få tillhöra en kollegial gemenskap, vilket ibland kan ske på bekostnad av sättet att se på patienterna. Lilja och Hellzéns (2007) studie visar att det förekommer att vårdare inom psykiatrisk vård misslyckas med att se patienten som en unik människa. Det som då händer är att vårdare istället försöker omforma patienten till att passa in i en generaliserad och kategoriserad bild av hur en psykiatrisk patient bör vara. Detta resultat styrks även av Mooney (2007), som konstaterar att nyutbildade sjuksköterskor vill se patienter som unika människor, men för detta krävs ett hårt reflekterande arbete. De nyutbildade sjuksköterskorna väljer istället att försöka passa in i personalgruppen och att inte vara besvärliga för sina kollegor genom att vara ifrågasättande. Mooney menar vidare att det tar ungefär ett år, innan en nyutbildad sjuksköterska ger upp kampen om nytänkande och förändringar vad gäller en avdelnings regler och rutiner. Av resultatet i föreliggande forskning framkommer något intressant, nämligen att studenter ännu tycks vara är opåverkade, det vill säga de har ännu ej tagit till sig denna typ av vårdkultur. De tycks inte heller ha lärt sig regler, rutiner och generella synsätt. Detta gör att de tycks kunna möta patienter och situationer som nya, vilket en patient uttrycker enligt följande: *"De är oskrivna blad. De har inte fastnat i ett mönster om hur verkligheten ska se ut, vilket gör att de många gånger kan vara bättre att prata med"*. Det förefaller således inte som om studenterna ännu tagit till sig den form av professionell hållning som innebär avstånd och distans till patienterna. Utifrån att de ännu ej lärt sig alla avdelningsrutiner finns de istället tillgängliga för mellanmänniska möten.

Efter 10 års kliniska erfarenheter som psykiatrisjuksköterska och ytterligare 12 år som adjunkt, finns förförståelse hos mig, för att studenter i grundutbildningen inte alltid får möta patienter under VFU i psykiatrisk vård. Orsaker till detta uppges vara att de kan störa pågående omvårdnads- och behandlingsprocesser. Föreliggande forskningsresultat, när fenomenet speglas ur ett patientperspektiv, visar tydligt på motsatsen. Att patienter är villiga att ställa sig till förfogande på detta sätt, för att hjälpa och stödja studenters lärande, framkommer även i Stockhausens (2009) forskning, där patienter inte bara förväntar sig att få en generell standardvård av de ordinarie vårdarna utan även vill engagera sig i studenternas lärande. Patienten beskrivs här som en viktig länk ("experience broker"), som med sina erfarenheter kan fungera som

medlare mellan studenten och dennes handledare. Stockhausen konstaterar här:

"For it is only through the exposure to the patient and all that they present that the student learns nursing. The learning is through the patient".

(Stockhausen, 2009, s. 188).

En vårdande relation mellan student och patient tycks kunna skapas, vilken ibland förefaller saknas till vissa övriga vårdare. En vårdrelation speglar, enligt Chow (2013), sårbarhet som villkor i människors existens. Den sårbara existensen gäller för båda parter, i detta fall för studenter och patienter. Patienten är utifrån sin ohälsa och sjukdom sårbar och studentens sårbarhet är relaterad till icke vetande, lärandebehov och att bli bedömd. Chow (2013) menar vidare att i ett existentiellt perspektiv delar patient och vårdare känslan av samhörighet, när de tillsammans ställs inför både möjligheter och maktlöshet i sina möten. Frihet och självständighet kan åstadkommas genom att hjälpa varandra. Vårdrelation kan även förstås som en så kallad behovsrelation, där patienten är den som behöver hjälp och vårdaren är den som förväntas att hjälpa. I denna avhandlings resultat skiljer sig studenters och patienters behovsrelation något från Chows resultat. Här finns andra nyanser vad gäller behov. Strukturen av behov tycks i studenters och patienter relation inte vara given på förhand, vilket tycks gynna deras relation. Både patienter och studenter tycks dela ett existenshot men på olika sätt, patienter utifrån sin psykiska ohälsa och sitt lidande och studenter utifrån risken att bli underkända, vilket då skulle innebära krossade drömmar om att bli sjuksköterska. På så vis finns delvis en ömsesidig utsatthet, där man tycks finna varandra. Då båda parter är beroende av varandra får relationen en annan nyans av ömsesidighet, vilket i sin tur kan skapa en annan maktbalans än den i relationer mellan patienter och ordinarie vårdare. Det är dock viktigt att beakta att ömsesidigheten i dessa sammanhang alltid är relativ, det vill säga den kan aldrig bli fullständig. Ömsesidighet kan råda utifrån ett lärandeperspektiv, men när det gäller vårdandet finns olika ansvar. Handledare, och studenter till viss del, har exempelvis "rätt" att fråga patienter om det som rör livet och hälsan. Det kan handla om sexualitet, matvanor och motion, men patienter har inte samma "rätt" att ställa liknande frågor till handledare och studenter.

Det är något förvånande att patienters och studenters möten tycks medföra så positiva konsekvenser för båda parter, trots att handledare inte är närvarande. Även Richards (1993) studie visar att patienter uppskattar att möta och vårdas av självständiga studenter, där handledaren lyser med sin frånvaro. Resultatet i denna avhandling visar även att och hur studenters engagemang och livfullhet tycks föras vidare till patienter. Här tycks en upplevd meningslöshet kunna

förändras till en meningsfull tillvaro. En liknande upptäckt gjorde även Mossop och Wilkinson (2006), när de studerade äldre patienters upplevelser av att vårdas av studenter. Studien visar att de äldre patienterna uppskattar hur studenterna skapar goda förutsättningar för de äldre patienterna att må bra. Det skapades genom att studenterna kunde avsätta extra tid för en regelbunden samvaro med sociala aktiviteter så som att komma ut, promenader och dagliga samtal. På detta sätt kunde studenters närvaro motverka ensamhet och depression.

Att studera när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, innebär även att studera allt som har med själva sammanfallandet att göra, det vill säga när det sker, hur det sker, när det inte sker och vad det medför. De områden som tydligt framträder i samtliga delresultat utgörs av:

- Ensamhetens och utanförskapets mening
- Viljan till delaktighet
- Ovisshetens möjligheter
- Patientberättelsen visar vägen
- Ansvaret för den andre
- Reflektionens betydelse

Ensamhetens och utanförskapets mening

Ensamhet och utanförskap framträder genomgående i samtliga delresultat. Studenters upplevelse av att vårda i ett lärande syfte och sammanhang speglar, enligt Silén och Bolander Laksov (2013), en speciell form av lärande som sker i studenters VFU, när de vårdar patienter. Studenter byter ut det teoretiskt generella lärandet i en kollektiv högskolemiljö mot ett vårdande sammanhang, där patientarbetet utgör det primära. Studenter uttrycker besvikelse och missnöje, när lärandestödet uteblir, i form av en frånvarande handledare. Enligt Dahlberg (2007) är ensamhet ur ett existencialistiskt perspektiv relativt. En människa kan uppleva ensamhet, trots att denna är tillsammans med andra människor. Det handlar om att ett meningsfullt sammanhang då saknas. Dessa människor är just då inte viktiga för den person som upplever ensamheten. Fenomenet gemenskap upplevs med människor som står en nära. Fenomenet ensamhet kännetecknas av ens relation till sammanhang och till andra viktiga personers närvaro. Ensamhetsupplevelsen kan exempelvis vara stark i ett sammanhang på en fest eller på en flygplats, eftersom samhörighet med människor runtomkring saknas. Det är således viktigt att inte polarisera ensamhet och gemenskap genom att dela upp dem som motsatser till varandra. De är istället varandras förutsättningar likt ljus och mörker, ont och gott.

De delar av resultatet som handlar om studenters ensamhet och utanförskap förstärks av Silén och Bolander Laksov (2013), som menar att studenters VFU

många gånger är förenade med hinder för lärande. I ett vårdande sammanhang utgör patientarbetet det primära och erfarenheter, kunskapsnivåer och synen på lärande kan vara mycket varierande. Studenter byter ut den teoretiska kontexten mot ett praktiskt vårdssammanhang, vilket kan innebära ett mer individuellt och självständighetsbaserat sätt att lära sig vårda. I denna miljö finns dessutom andra komplexa faktorer, som har betydelse. Melrose och Shapiros (1999) studie visar bland annat att när studenter ska lära sig vårda under VFU, förväntas lärandet att ske i en större arbetsgemenskap, där studenter inte alltid släpps in. Den mellanmänniska dimensionen av lärandet kan här få nya innebörder för studenter. Det är inte längre lärandet, studentkollegor och lärare som avgör vad som ska prioriteras. Här kan vårdande och lärande sammanfalla på ett kraftfullt negativt sätt, vilket jag anser kan liknas vid en kulturkrock; en krock mellan en lärande och en vårdande kultur. Min tolkning av en sådan företeelse är att denna kulturkrock kan medföra att studenter upplever ensamhet och utanförskap.

Det är förvisso inte så konstigt att lärande får stå tillbaka, eftersom hälso- och sjukvårdslagen styr och patienters hälsa sätts i fokus. Handedarna är också sjuksköterskor och har ansvar för att ge en god vård. Samtidigt är det viktigt att ställa frågan vad studenters ensamhet och utanförskap i form av dels en frånvarande handledare, dels en handledare utan lärandefokus, kan medföra på längre sikt. Dagens vårdssituation i Sverige är pressad vad gäller vårdplatser, sträng ekonomi, lägre bemanning och brist på sjuksköterskor. Detta kan på längre sikt bidra till negativa konsekvenser. Förutom att sjuksköterskor till exempel väljer ett annat yrke, kan följden bli att studenter får illa under VFU, som på sikt kan medföra att de väljer att inte fullfölja utbildningen. På så vis kan den pressade vårdssituationen underhållas och förstärkas. För att bryta en sådan negativ spiral, krävs att studenters lärandemiljö hanteras på ett sätt som innebär att de integreras i vårdarbetet samt att tid avsätts för vårdande och lärande aktiviteter, vilka inkluderar handledning och reflektion.

Patienter uttrycker saknad av tillgängliga sjuksköterskor och handledarna längtar efter fler patient- och studentmöten. Således visar resultatet bland annat att studenter, patienter och handledare önskar möten, där samtliga kan vara närvarande. Känslan av ensamhet och utanförskap kan liknas vid att studenter, patienter och handledare blir gäster i sitt eget hem, utan hembygdsrätt och med låg prioriteringsgrad. Att handledaren får kämpa för att hålla lärandets låga vid liv på en UVA-enhet, är dock något som överraskar i resultatet. Denna kamp tycks dels pågå bland handledarna själva, dels mot en organisation som inte alltid tycks beakta lärande som en del av verksamheten. På så vis kan även lärande bli en ovälkommen främling i sitt eget hem. Det som då sker är att handledare får påminna dels varandra, dels sina chefer om studenternas existens samt syften och mål med deras närvaro på avdelningen.

Det är bland annat när handledare misslyckas med detta så kallade påminnelsearbete, som studenter lämnas i besvikelse, ensamma och utanför. Ensamhet och utanförskap utgör hinder för vårdande och lärande att sammanfalla, eftersom risk finns att möten mellan studenter och patienter inte sker. Att studenter kan utsättas för en sådan typ av lärande ensamhet bekräftas av flera forskningsstudier (Jonsén m.fl., 2013; Ekebergh, 2001; Melrose & Shapiro, 1999). Enligt Ekebergh (2001; 2009.a) kan studenters lärandeprocess på ett påtagligt sätt genomsyras av ensamhet. Detta inträffar under studenters VFU, om de inte kan reflektera över den teoretiska kunskapen tillsammans med sina handledare, när dessa saknar kunskap och/eller tidsmässigt utrymme. På så vis tillgodoses studenters behov av vårdvetenskaplig reflektion i mycket liten utsträckning. När en lärande ensamhet finns på detta sätt, är risken stor att studenter direkt far illa under VFU (Ekebergh, 2001; 2009.a).

I resultatet kan skönjas olika synsätt avseende självständighet kontra ensamhet. Ur ett handledarperspektiv ses självständighet som ett viktigt lärandemål och som något positivt. Ur ett studentperspektiv upplevs detta istället negativt, i form av ensamhet. Även vad gäller synen på handledares frånvaro i vissa akuta situationer finns olikheter. Ur ett handledarperspektiv handlar det om ett skyddande ansvar för studenterna, när handledare inte låter studenter delta i patientmöten där hot, våld och tvångshandlingar kan förekomma. Ur ett studentperspektiv finns även här en känsla av att bli lämnad ensam och utan stöd. Det är viktigt med möten och dialog mellan handledare och studenter, för att reda ut dessa olika synsätt och komma fram till samförstånd.

Även Lindström (1995) talar om ensamheten, men då ur patienters perspektiv på att vårdas. Lindström menar att ensamheten inte är tragisk för att någon blivit någon eller något, utan för att ensamheten är instängd och isolerad hos den enskilde. Lindström menar vidare att ensamhet är en förutsättning för gemenskap och måste finnas men i skydd av gemenskap. Det är tilliten som skapar bron och balansen mellan ensamhet och gemenskap. Lindström (1987/1994/2003) menar att källan till kraft, som handlar om att skapa kunskapsutveckling, finns i gemenskapen. Lindström förstärker sitt resonemang genom att citera ett danskt ordspråk:

”Ensam fågel bygger inget bo”
(Lindström, 1987, s. 7).

Det som binder samman ensamhet och gemenskap består, enligt Lindström (1995), av tillit. Ensamhet eller gemenskap kan uppstå som en typ av ”hypertillstånd”, exempelvis outhärdlig ensamhet eller för nära relationer, där tilliten på något sätt existerar som ett bristtillstånd. För att handledaren ska lämna över ett vårdande förtroende till studenter, tycks det vara mycket viktigt

att handledare lärt känna och kan lita på studenters förmågor. Om inte detta sker och om inte denna tillit finns, förefaller det som om den handledande sjuksköterskan själv utför vårdandet och möjligheten till gemenskap med studenten går förlorad. Studenters tillgänglighet innebär att patienters upplevelse av ensamhet och icke delaktighet tycks kunna motverkas. Studenters närvaro på avdelningen tycks kunna erbjuda en vårdgemenskap på ett sätt som dagens sjukvård inte alltid kan erbjuda. Denna forskning visar hur handledande sjuksköterskor har svårt att räkna till för alla ansvarsområden, exempelvis patientmöten. Även inom läkarkåren är det en känd företeelse att patientmöten inte prioriteras. Enligt Fölster (2003) träffar svenska läkare inom sjukhusvård i genomsnitt endast två patienter per dag. Övrig tid ägnas åt administration i form av exempelvis dokumentation. Fölsters debattbok är nu elva år gammal och 2014 kom en uppföljande version. I denna uttrycker författarna Fölster, Renstig, Ohlsson och Wiigh (2014) att det fortfarande inte står rätt till med läkarnas patientmöten. Svenska läkare träffar fortfarande minst antal patienter i hela västvärlden. Orsaken handlar, enligt författarna, om ett systemfel, på grund av en ålderdomlig och föga patientorienterad organisation. En bristande ledning i kombination med ineffektiva system för datoriserade patientjournaler och övrig personaladministration gör att läkare bara ägnar 28 procent av sin tid till direkt patientarbete, och över 70 procent ägnas annat. I ljuset av denna avhandlings resultat bör frågan ställas om motiverade läkarstudenter skulle kunna innebära en positiv förändring?

Företeelsen ensamhet och utanförskap bland elever är känd även inom skola och omsorg (Junttila, 2010). Resultatet av denna avhandling väcker en fråga om unga elevers ensamhet och utanförskap, som hinder för lärande av att läsa och räkna, skulle underlättas av möten med motiverade och tillgängliga lärarstudenter? I ett pressmeddelande daterat 16 januari 2014⁹⁴ aviserade regeringen att man vill införa så kallade övningsskolor, alltså skolor som tar emot ett större antal lärarstudenter, där varje lärarstudent återkommer till samma skola under hela lärarutbildningen. Regeringen vill på så vis ytterligare stärka VFU inom utbildningen. Genom att samla många studenter på samma skola, kan det byggas upp en organisation med fler kvalificerade handledare. Det blir på så sätt även lättare för lärosätena att följa upp lärarstudenternas VFU-period. Förordningen trädde i kraft 1 februari-2014, vilket innebar att de första övningsskolorna kunde starta under höstterminen 2014. Med tanke på resultatet i denna avhandling tror jag att detta kan vara rätt väg att gå. Dock kan nämnas att i regeringens pressuttalande nämns inte så mycket om vilken vinst detta skulle kunna generera för elevers lärande i relation till ensamhet och utanförskap. Här kan jag se en risk för liknande problematik som denna forskning visar, nämligen att tredje parts perspektiv, i detta fall unga elever,

⁹⁴ www.regeringen.se/regeringen-och-departementen/utbildningsdepartementet/pressmeddelanden/16-januari-2014 - nedladdat 2015-01-04.

inte omnämns. Med utgångspunkt i vad som framkommer i denna avhandlingens resultat, där patientperspektivet speglas, anser jag att flera olika serviceområden i samhället skulle kunna förbättras i form av tillgängliga och motiverade studenter. Kanske skulle även vården och omsorgen av äldre och olika typer av boendestöd för funktionshindrade kunna förbättras. I min mening är detta en intressant tanke som väcker hopp om en positivt förändrad framtid. Det krävs dock att behovet av tillgängliga handledare kan tillgodoses.

Viljan till delaktighet

Studenter, patienter och handledare har alla en vilja till delaktighet och de efterlyser mer möjligheter till delaktighet, vad gäller mellanmänniska möten i form av tid, närvaro och aktiviteter. Önskemål finns om att på olika sätt kunna påverka sin egen situation av att lära sig vårda, att vårdas och att handleda i att vårda. Delaktigheten kan således inte generaliseras, utan har sitt ursprung i varje involverades perspektiv. I resultatet av studenters upplevelser framträder något intressant. Studenter bär på starka drivkrafter i form av ovisshet, omsorg, nyfikenhet, vilja att förstå och frustration. Från dessa källor hämtar studenter kraft för att skapa sin egen självständighet. Det är självständighet som just då inte är självvald, men utgör en viktig förutsättning när de ska lära sig vårda. Utifrån omsorgen om patienten och en ovisshet, men med en stark vilja att försöka förstå, tar studenter egna initiativ till att möta och vårda patienter. Patientmötet skapar de möjligheter till gemenskap och delaktighet som inte uppnåddes, när handledaren var frånvarande. På så vis ersätter patientmötet delvis handledningen. När studenten på detta sätt blir delaktig, finns möjligheter att kunna påverka hur hon/han lär sig vårda.

En annan central upptäckt utgörs av att patienter som vårdas och studenter, som lär sig vårda, samspelar på ett konstruktivt sätt. I möten med studenter påminns patienter om sina erfarenheter från tidigare vårdtillfällen. Här finns upplevelser av ensamhet, utanförskap och icke delaktighet i vården. Detta förstärker handledarens viktiga uppgift att bana väg för studenters och patienters möten. Granskär m.fl. (2001) beskriver betydelsen av delaktighet ur ett studentperspektiv. Här betonas hur viktigt det är att som student få vara i relationer med patienter inom psykiatrisk vård. När patienter inte vill ha studentkontakt, finns känslor av maktlöshet hos studenten, vilket påverkar lärandeprocessen negativt. Att patienters hälsa kan påverkas på ett positivt sätt när studenter lär sig vårda, finns i flera studier (Mossop & Wilkinsson, 2006; Debyser m.fl., 2011). Genom att vårdas av studenter kan patienter bli delaktiga både i sin egen vård och i studenters lärande. Patienters delaktighet kan lyftas fram på flera sätt. När studenter lär sig vårda, finns en tydlig tendens att patienter alltid är närvarande, medan handledare inte alltid är det. Debyser m.fl. (2011) visar att patienten har en nyckelroll på ett annat sätt än handledare, när studenter lär sig vårda. Utifrån att patienter alltid är närvarande, kan de ge studenter en snabb återkoppling på genomförda

aktiviteter. På så vis kan patienter vara betydelsefulla för studenters självkännet på ett annat sätt än handledare (Debyser m.fl., 2011).

Patienters perspektiv av delaktighet i sin vård kan dock, enligt Lindberg (2014), vara ett komplicerat dilemma, utifrån att delaktighet, som upplevelse och behov, har en stor variation. Upplevelsen av delaktighet är således relativ. Ibland beskrivs delaktighet som en rörelse mellan, att som patient, ha ett behov att överlämna sig till vårdare (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2008), och ibland som ett behov av autonomitet, i form av en känsla av kontroll och minskad sårbarhet (Eldh, Ehnfors & Ekman, 2006). Lindbergs, Hörbergs, Perssons och Ekebergshs (2013.a); samt Lindbergs, Perssons, Hörbergs och Ekebergshs (2013.b) studier visar hur komplex delaktighet kan vara. Dessa studier beskriver äldre patienters delaktighet i vårdandet, med specifikt fokus på deltagande i teammötet⁹⁵. Syftet med patientens närvaro på detta teammöte var delaktighet, men det visade sig få motsatt effekt. På så vis visar Lindberg m.fl. (2013.a och 2013.b) hur beroende den äldre patienten är av de professionella vårdarnas hållning. Om denna hållning inbegriper förmåga att se, lyssna och bekräfta den äldre patientens unikhet och sårbarhet, finns möjligheter till ett välbefinnande med tillförsikt. Teammötets fokusering på nutid och framtid visade sig emellertid reducera den äldre patientens livsberättelse till enbart en medicinsk anamnes, vilket skapade känslor av meningslöshet och ensamhet.

Även för handledare kan frågan om delaktighet i studenters lärande i relation till patienters vård vara komplex. Parker, Lazenby och Brown (2012) uttrycker att handledaruppdraget medför svårigheter för handledare att fullt ut vara delaktiga vad gäller studenters lärande. I ett vårdssammanhang av lärande aktiviteter, så som att utveckla praktiska förmågor, professionell socialisering, att rapportera och dokumentera, prioritera och planera dagliga aktiviteter, är det svårt att prioritera rätt och få tiden att räcka till. Ensamhet och utanförskap framträder även som resultat i denna avhandling, när handledares upplevelser av att handleda studenter i att vårda speglas. Men dessa känslor är, på ett komplext sätt, mer inbäddade i upplevelser av otillräcklighet och icke delaktighet. Här finns längtan efter gemenskap och delaktighet i form av fler patientmöten och fler studentmöten. Sådana möten skulle dels kunna innebära en större delaktighet i såväl patienters vård som i hur studenter lär sig vårda, dels i eget utvecklande av sitt handledarskap och i sitt eget lärande.

Ovisshetens möjligheter

Att ovisshet, såsom icke vetande om att vårda, kan skapa möjligheter för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter,

⁹⁵ Vilket i detta sammanhang innebar att som patient delta i avdelningens rondarbete.

framkommer i samtliga delresultat. För studenter tycks ovisshet vara en stark drivkraft för att lära sig vårda. Deras ovisshet tycks även på ett omedvetet sätt kunna medföra en vård som patienter uppskattar. Här kan dock flera relevanta frågor ställas: Är det så att det är bra att studenter forceras och på så sätt tvingas till att ta egna initiativ? Kan det vara så att deras lärande på detta sätt blir slumpmässigt? Är det så att patienterna blir utsatta? Det är inte möjligt att ge något generellt svar på dessa frågor, men jag anser att de ständigt behöver problematiseras och reflekteras över utifrån varje lärandesituation och patientmöte under studenters VFU. Liksom denna avhandlings resultat visar Holsts och Hörbergs (2012) studie att studenters lärande under VFU i psykiatrisk vård kan vara svärfångat och därmed komplext. Ibland tar studenter förgivet att de ska lära sig vårda, när de möter patienter. På så vis finns risk att detta lärande blir outtalat och icke-problematiserat, med andra ord oreflekterat. Studenter upplever att själva erfarenheten av mötet med patienten är det centrala, vilket innebär att de har svårt att beskriva vad de lärt sig i dessa möten. Här finns risker att studenters sätt att lära sig vårda blir slumpmässigt, även om denna avhandlings resultat faktiskt visar att studenters "slumpmässiga vårdande" i form av ovisshet och icke-vetande medför flera vårdande möjligheter.

Handledares ovisshet är relaterad till patienternas hälsa som föränderlig och därmed oförutsägbar, vilket tycks göra handledningsuppdraget både spännande och utmanande på ett positivt sätt. Studenters icke-vetande, som en del av att lära sig vårda, kan således både medföra en god omvårdnad för patienter och samtidigt innebära risker för patienters hälsa. Resultatet i denna avhandling visar att det dock förefaller som om möjligheterna är större än riskerna. Dock ska inte riskerna negligeras eller bortses ifrån. Bornemark (2009) menar att det finns lärande möjligheter i icke-vetande. Ett av de viktigaste områdena för att förstå kunskap är att undersöka det så kallade icke-vetandet. Att inte veta och att inte förstå kan således vara något bra. Om en människa förstår allt omedelbart, om hon/han redan vet, så finns redan färdiga kategorier, där information som tillhandahålls kan placeras. Om en människa aldrig mötte eget eller andras icke-vetande skulle hon/han aldrig få syn på kunskapen. Människan skulle i så fall vara likt en fisk som inte såg vattnet runtomkring sig. Bornemark (2009) beskriver vidare genom följande exempel: Om en människa frågar vad klockan är och får ett specifikt svar, så har hon/han på sätt och vis fått en ny kunskap. Men personen har förmodligen inte förstått vad kunskap är, eftersom hon/han undrade över en specifik pusselbit i ett färdigt pussel med färdiga kategorier. Men när människan möter en fråga, som hon/han verkligen inte förstår och inte heller har några kategorier att sätta in den i, finns möjlighet att genom detta icke-vetande få erfara hur kunskapen uppkommer. På detta sätt kan människans icke-vetande möjliggöra upptäckter av något nytt och får därmed erfara vad kunskap är. Delresultatet, som speglar studenterperspektivet i föreliggande forskning,

exemplifierar på ett bra sätt Bornemarks resonemang ovan. Studenter ställer frågor och söker svar, utan att direkt få svaren ”serverade” och ”färdigsorterade”. Detta gör att de ibland själva och ibland tillsammans med patienter kan upptäcka ”svaren” genom att problematisera och reflektera.

Patientberättelsen visar vägen

I resultatet framträder hur patientberättelsen visar vägen för att vårdande och lärande ska sammanfalla i möten mellan studenter och patienter. Det är intressant att notera hur patientberättelsen visar vägen för både studenter och patienter. Galvin, Todres och Dahlberg (2014) betonar hur betydelsefull förståelsen är i ett vårdande sammanhang. Förståelse som företeelse ska inte förstås som ”veta att”, utan mer som en strävan att ”försöka förstå”. En sådan förståelse kan starta med frågan ”Hur är det att...” Denna fråga erbjuder patienten möjlighet att berätta och vårdaren att lyssna. Även Gidmans studie (2012) visar på betydelsen av att lyssna på patientens berättelse för att lära sig vårda. Författaren menar att patienters berättelser fungerar som ett utmärkt underlag, när studenter ska reflektera kring innebörder av sin kommande vårdprofession. Patienters berättelser bör därför beaktas som ett värdefullt didaktiskt alternativ till all den så kallade vanliga pedagogiken som bedrivs av handledare och lärare i vårdutbildningar (Gidman, 2012). Vad kan då en sådan berättelse innebära? Enligt Skott (2013) skapas olika typer av berättelser i olika typer av vårdsammanhang. Berättare, lyssnare, situation och kulturell miljö är avgörande för vilken typ av berättelse som skapas. Något som är viktigt att beakta är att olika situationer och platser kan forma förutsättningar för berättandet. Även involverade personers olika syften påverkar. Berättelser kan handla om allt från allmänt kollektiva myter och fördomar till djupt personliga erfarenheter. Det är därför viktigt att inledningsvis klargöra såväl berättarens som lyssnarens motiv. I den resultatdel som speglar studenters erfarenheter framkommer resultat som även Ekebergh (2001) och Ranheim (2011) konstaterat, nämligen att studenter betraktar vårdvetenskaplig teori som abstrakt och svår att tillämpa praktiskt i möten med patienter. Samtidigt framkommer att patienters berättelser kan levandegöra de vårdvetenskapliga begrepp som exempelvis finns i patienternas omvårdningsplaner. På så vis kan patienters berättelser även visa vägen till att vårdvetenskaplig teori och ett praktiskt vårdande kan sammanfalla på ett sätt som medför både en god omvårdnad och ett gynnsamt lärande.

Ansvar för den andre

I resultatet från såväl studenters, patienters som handledares perspektiv framkommer hur de bär ett ansvar för den andre. Inbäddat i detta ansvar finns omsorg, omtanke och engagemang. Detta visar sig i olika handlingar och aktiviteter, vilka syftar till att stödja och underlätta för att vårda, vårdas och att handleda i att vårda. Resultatet visar hur patienter ser på studenters ovisshet och icke-vetande som en naturlig del av deras lärande. Detta tycks väcka

patienters ansvar och omsorg för studenters lärande. En viktig upptäckt är hur patienter och studenter på detta sätt tycks bära ett ömsesidigt ansvar för och en ömsesidig omsorg om varandra. Att patienter på detta sätt tar ansvar för studenters lärande framkommer även i andra studier (Stockhausen, 2009; Twinn, 1995; Morgan och Sanggaran, 1997). Exempelvis menar Stockhausen (2009) att patienters delaktighet tillför nya dimensioner, när studenter lär sig vårda under VFU, genom att patienter skänker studenterna tillit och förtroende samt uppmuntrar dem på ett engagerat sätt. Något annat, som är spännande att notera i denna avhandlingens resultat, är patienters upplevelse av att de ordinarie vårdarna, som i situationen är handledare, blir mer tillgängliga som vårdare i studenters närvaro. Handledares ansvar för studenters lärande tycks medföra att de dels vårdar i ett långsammare tempo, dels blir mer noggranna i sitt agerande, vilket uppskattas av patienter.

Att uppdraget att handleda både är givande och ställer krav är ingenting som förvånar. Inte heller att handledaren är en betydelsefull och viktig person för studenters lärande och patienters vård. Detta är något som tydligt framkommer i tidigare forskning (McClure & Black, 2013). Det intressanta är att se hur handledaren utifrån sin ansvarskänsla och omsorg, vad gäller studenters lärande, både ger studenter ett lärande samtidigt som handledaren också får någonting tillbaka. Genom att studenter ställer frågor för att lära sig vårda, kan studenter och handledare tillsammans söka svar, vilket även ger handledaren möjlighet till eget lärande. Denna gemensamma reflektion, med utgångspunkt i patienters berättelse, tycks således medföra både en god omvårdnad för patienter och ett gynnsamt lärande för både studenter och handledare. Även Bengtsson m.fl. (2011) har gjort liknande upptäckter, som visar hur handledare upplevde handledningsprocessen som givande, inspirerande, lärorik och utmanande. Känslan av utveckling och stimulans var dock under förutsättning att det fanns möjlighet till tid, fungerande relationer mellan handledare, studenter och medarbetare samt att resurser av kunskap och bekräftelse fanns tillgänglig.

Att studenter, patienter och handledare bär på ett sådant ansvar kan förstås som att de bär på ett ethos⁹⁶. Eriksson (2007) menar att som människa bära ett ethos kan liknas vid att ha en inre kärna, där kompassnålen är riktad mot att göra sitt bästa för att en annan människa ska ha det bra (även Lindbergh, 2014, s. 55). Detta ethos kan även utgöra en "plats" eller ett "tillstånd", dit människan kan söka sig för att få lugn och samla kraft. Enligt Eriksson (1990) är vårdandets grundmotiv, caritas, vilket står för medmänsklig kärlek, medlidande och barmhärtighet. Det är med andra ord själva motivet till att vårda. Caritas kan förstås som uttrycket för mellanmänsklig kärlek och

⁹⁶ Den ursprungliga betydelsen av det grekiska ordet ethos är, enligt Eriksson (2007), – "the resting place for humans" - människans plats för att vila (s. 10).

omtanke och kännetecknas av att människan bär ett ansvar för sin medmänniska och vill denne väl. Resultatet i denna avhandling genomsyras av att det finns en strävan, en längtan och ett hopp hos studenter, patienter och handledare om en god vård och ett gynnsamt lärande för samtliga involverade parter. Denna längtan och förhoppning är riktad inte bara till nutid utan även till framtiden. Ansvar och omsorg är således riktat både till dem själva och till varandra och också till morgondagens studenter, patienter och handledare. Tidigare forskning, som speglar handledarperspektivet, visar att handledaren är betydelsefull, när studenter ska lära sig vårda under VFU, men att uppdraget är förenat med oklarheter vad gäller roller, funktioner och ansvarsområden. Detta är något som framträder även i denna avhandlings resultat. Handledares ansvarskänsla och omsorg för studenters lärande är starkt, men det tycks vara svårt för dem att hitta sin roll och identitet. Ekebergh (2009.a) menar att handledningens möjligheter, som ett effektivt lärandestöd, handlar om hur handledaren formar sin roll i ett lärande vårdssammanhang. Ekebergh (2009.a) tar stöd i Handal (2007) som uttrycker att handledaren kan forma sin roll på två sätt, nämligen ett som är mer handlingsfixerat och ett som fokuserar reflektion. Det mer handlingsorienterade sättet innebär att handledarrollen är någon att se upp till och ta efter, likt en guru. Det mer reflekterande sättet innebär att handledaren agerar som en kritisk vän. Gururollen handlar om ett modellärande, där handledaren instruerar studenten och ger denna möjlighet att öva och pröva sig fram, för att sedan bekräfta eller korrigera en handling. Rollen, som kritisk vän innebär att handledaren är analyserande och tolkande i relation till vårdarbetet, med hjälp av teoretiska begrepp, perspektiv och modeller samt beprövad erfarenhet. Handledaren, som kritisk vän blir i sin roll mer inriktad på att få studenten att inse vårdarrollens utmaningar och valmöjligheter. Detta kan medföra att studenten blir medveten om sitt eget sätt att tänka och utveckla kunskaper om värdeyrket. Ekebergh (2009.a) uttrycker vidare att det krävs att handledaren har förmåga att balansera förhållningssättet av närhet och distans till studenten, för att utifrån studentens aktuella lärandebehov både kunna erbjuda stöd och samtidigt ställa krav. Här finns ständigt risken att studenten kan uppleva handledaren som alltför tillåtande alternativt alltför kontrollerande. I dessa situationer krävs en dialog i en god lärande relation.

Reflektionens betydelse

Betydelsen av att reflektera, för att förstå såväl sin egen som den andres situation, framträder tydligt i resultatet. I handledares upplevelser av att handleda studenter i att vårda, framkommer deras dagliga kamp och strävan efter att förena studenters lärande med patienters vårdande. Detta tycks dock vara ett svårt uppdrag, där frustration och besvikelse utifrån att inte räcka till för allas behov utgör en ständig följeslagare. Det kan till och från kännas tungt med inslag av skuld känslor över att inte hinna handleda studenter, så mycket som de skulle vilja. Handledarna kan då ha svårt att bära och hantera sina

känslor av otillräcklighet. Här förekommer att de lägger över ansvaret för sina tillkortakommanden på studenter och ibland till och med på patienter. Detta kan exempelvis förekomma i stressade situationer. Här kan handledarens upplevelse av att inte hinna med både studenters och patienters behov utmytna i forcerade och oreflekterade påståenden. Det kan exempelvis uttryckas som att studenter inte förstår något eller att patienter är för sjuka och "störda" för att kunna vårdas av studenter. Att sjuksköterskor på detta sätt flyttar över sitt eget vårdande ansvar till patienter i vårdande sammanhang beskrivs även av Milton-Wildery och O'Brian (2010). Deras studie visar hur sjuksköterskor på en avdelning för äldre patienter anser att patienterna bidrar till att de inte hinner med att utföra sitt jobb, beroende på att patienterna är passiva och inte verbalt uttrycker när de behöver hjälp. Resultatet som speglar handledares upplevelser i denna avhandling visar således på ett behov av att kunna reflektera över och att kunna problematisera sin roll och funktion, för att med eftertanke kunna motverka oreflekterade uttryck grundade i frustration över att inte rätta till.

Dahlberg och Segesten (2010) betonar betydelsen av ett vårdande förhållningssätt, där tålmodet är betydelsefullt. Det är viktigt att, som vårdare, inte ha för bråttom att agera utan istället lyssna på en patients berättelse. Det är en konst att med stöd i eftertanke kunna dröja och vänta för att nå förståelse. Galvin m.fl. (2014) menar att vårdande kan förstås som en ständig rörelse. Detta kan i denna avhandling översättas till att hur involverade parter lär sig vårda, vårdas eller handleda i att vårda aldrig är låst till en specifik situation eller metod, utan är beroende av sitt sammanhang. Denna avhandlings resultat visar att vårdande således är något som inte tar slut eller når en ändpunkt, utan fortsätter i patientens, studentens och handledarens livsvärldar även utanför vårdsammanhanget. Galvin m.fl. (2014) menar vidare att människan alltid är på väg någonstans, vilket innebär att "det är vägen som är målet". Eller om man så vill: målet är att vara i rörelse, att vara på väg. Även Eriksson, Bondas-Salonen och Herberts (1995) menar att människan befinner sig i en ständig tillblivelseprocess, där hon/han hela tiden har potential att utvecklas. Denna utveckling benämns som ett vardande och innebär att människan växer genom att bli mer och mer sig själv (även Eriksson, 2007). Av denna anledning hävdar Galvin m.fl. (2014) att såväl vårdandet som vårdforskningen alltmer behöver uppmärksamma innebörden av hur patientens inre rörelse av möjligheter till högre grad av hälsa, växt och utveckling ser ut. Detta bör göras för att bättre kunna förstå patientens hälsopotential och därmed kunna erbjuda en vård som är öppen och följsam mot denna.

I vinjetten till Galvin m.fl. (2014) beskrivs hur två personer, Tolstoy och Chekov, är ute på en vårpromenad, när de möter en häst. Tolstoy börjar då att beskriva på vilket sätt hästen upplever molnen, träden, och doften av fuktig jord, blommor samt den varma solen. Chekov påstår då att Tolstoy måste ha

varit en häst i ett tidigare liv, för att så detaljrikt kunna beskriva en hästs upplevelser. Tolstoy skrattade då och sade: *"Nej, men den dagen då jag kunde se in i mitt eget inre blev jag även öppen för andra"*. Resultatet i denna avhandling visar hur studenter, patienter och handledare utgår ifrån sig själva, när de försöker förstå och hjälpa den andre. En viktig förutsättning för patienter, studenter och handledare för att förstå varandras inre rörelse är således att förstå sin egen. Det är här eftertankens betydelse kommer in i bilden, och då som självreflektion. Resultatet visar även hur studenter, patienter och handledare efterfrågar aktiviteter, där man kontinuerligt kan mötas och reflektera tillsammans kring frågor som handlar om att planera, genomföra och följa upp vårdandet som utförs. Reflektionsstunder tycks finnas i handledarnas planeringar, men tycks ofta inte bli prioriterade till förmån för andra aktiviteter. Enligt Ekebergh (2009.a) är reflektion⁹⁷ betydelsefullt, när det handlar om att lära sig vårda. Reflektion spelar en avgörande roll, när studenters teoretiska kunskaper ska förenas med deras praktiska erfarenheter av möten med patienter. Nedan beskrivs självreflektion, den levda reflektionen samt den lärande reflektionen, vilka ska förstås som variationer av reflektionen som helhet. Dessa är dock inte separata företeelser utan pågår samtidigt och vävs in i varandra.

Genom självreflektion kan studenten, enligt Ekebergh (2009.a), lära känna sig själv i ljuset av sina vårdande kunskaper, såväl teoretiska som praktiska. Konkret innebär detta att studenten reflekterar över sig själv. Dels i förhållande till centrala vårdvetenskapliga begrepp och fenomen, dels i förhållande till mötet med patienten. Att självreflektera innebär, enligt Ekebergh, att utföra så kallade reflektionsloopar. Det innebär att som student vända medvetandet, som alltså är riktat utåt mot exempelvis vårdpraxis, och vända det tillbaka mot sig själv, alltså som en loop. Detta genomförs som en medveten aktiv självdialog. På detta sätt kan en självkänedom med en medveten självbild utvecklas. Andra variationer av reflektionen som helhet utgörs, enligt Ekebergh (2009.a), av den levda reflektionen och den lärande reflektionen. Den levda reflektionen handlar om att som student reflektera över mötet med patienten. Det är i mötet med patienten som studenten så att säga lever och erfar den vårdvetenskapliga ämnessubstansen. Det är ett sådant möte som levandegör teorin och ger den livskraft, mening och sammanhang. I denna reflektion kan studenten med sina sinnen reflektera sina kroppliga upplevelser av mötet. På så vis erbjuds studenten ett förkroppsligat lärande som innebär en helhetsakt som inbegriper hela kroppen, med tanke, känsla och handling. Tanken med detta är att studenten ska utveckla en medveten vårdande hållning. Den lärande reflektionen handlar om att studentens livsvärld möter vårdvetenskap i form av dels centrala begrepp och innebörder,

⁹⁷ Beskrivs i avhandlingens bakgrundsdel under rubriken "livsvärldsdidaktik – en inriktning av vårdvetenskaplig didaktik".

dels i form av mötet med patienten. Här kan en lekande dialog mellan teori och praktik genomföras, där studenten kan öva och pröva sig fram. Abstrakt vårdvetenskaplig teori kan bli konkret med studentens och/eller handledarens egna ord. På detta sätt kan en successiv integrering av vårdvetenskap växa fram och utvecklas (Ekebergh, 2009.a).

I resultatet framkommer att vårdande och lärande kan sammanfalla på ett sätt som medför risker för patienters hälsa. Exempelvis kan patienters vårdbehov och studenters lärandebehov kollidera. Detta ställer krav på studenters och handledares reflektionsförmåga. Ranheim (2011) har i sin avhandling studerat hur vårdteori och vårdpraktik sammanflätas i vården av äldre patienter inom kommunal vård- och omsorg. Ranheim skriver om lärandets betydelse utifrån företeelsen bildning och menar att bildning är något som bidrar till att knyta samman teori och praktik. På så vis utgör bildning en viktig del av att kunna vårda. Enligt Ranheim (2011) handlar bildning (från tyskans "bildung"⁹⁸) bland annat om att bilda sina sinnen, att träna sina sinnen för att höra patientens tysta skrik på hjälp. I ljuset av denna avhandlings resultat framträder studenters behov av aktiviteter, där de på detta sätt kan träna sina sinnen. I bakgrunden beskrivs *fronesis*⁹⁹ – den goda omdömeskunskapen. Fronesis utgör på så vis en viktig kunskapsform för att kunna vårda. Detta omdöme behövs i varje enskild situation när studenter och handledare hamnar i valsituationer, där det krävs att handla rätt. I sådana valsituationer kan studenter lära sig vårda genom att praktisera fronesis. Svenaeus (2014) menar att den empatiska förmågan är ett nödvändigt villkor för fronesis, eftersom den kan förstås som den känslomässiga beståndsdel av helheten fronesis. Empati som känsla är dock komplex. Empati skiljer sig från andra känslor vad gäller sin karaktär. Den har ingen egen specifik typ som exempelvis kärlek, hat, svartsjuka eller stolthet. Enligt Svenaeus (2014) är empati inte lik känslor så som smärta eller njutning på så sätt att det alltid känns bra eller dåligt. Empati handlar om lidande, att beröras av att någon lider, med särskilt fokus på *hur* denna person lider.

Som ett exempel i denna forskning ställer sig en student frågan var gränsen går mellan att samtala med en patient för att hjälpa den och att samtala för att lära sig. I denna situation ifrågasätter studenten syften och mål med detta patientmöte, samtidigt som hon försöker känna in vad som kan tänkas vara rätt eller fel. Jag anser att utifrån denna avhandlings resultat om när patienters och studenters behov kolliderar, kopplat till Svenaeus resonemang ovan, krävs arenor där denna kollision kan reflekteras och problematiseras. Detta krävs för att kunna göra goda val grundade i fronesis, vilka inkluderar reflektion över

⁹⁸ Som enligt weblexikon, www.bab.la.se betyder utbildning, undervisning, bildning. Nedladdat 2015-01-05.

⁹⁹ Under rubriken "lärande".

egen empati i relation till patientens lidande. En sådan företeelse benämns av Eriksson (1994) som medlidande, vilket handlar om att som vårdare kunna ta till sig patientens lidande, istället för att enbart betrakta det utifrån på ett objektivt sätt, vilket kan medföra ett avståndstagande. Eriksson menar vidare att medlidande, från vårdarens sida, är en balansakt mellan att lida med och att lida själv. Det hela handlar om att ha förmågan att pendla mellan närhet och distans i den vårdande relationen. Lindström (1987/1994/2003) menar att om vårdaren kommer för nära patientens lidande, finns risk att även vårdaren blir lidande, vilket kan medföra att dennes förmåga att vårda minskar. Det är här som reflektionen är betydelsefull, eftersom den kan erbjuda möjlighet för student, patient och handledare att pendla mellan närhet och distans till lidandet.

Forskningens slutsatser

Det finns både möjligheter och hinder för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter på en psykiatrisk UVA. Vårdande och lärande kan förenas i samspel, men det förekommer också ett icke samspel, vilket innebär att vårdande och lärande inte alltid sammanfaller, utan är separerade även om de finns i samma vårdande kontext. För att vårdande och lärande ska sammanfalla krävs det att studenter, patienter och handledare befinner sig i både en vårdande- och en lärande gemenskap. När de separeras från varandra, uppkommer känslan av vilshenhet i tillvaron. Men i möten med varandra kan de bli återfunna och "hitta hem". Det är i dessa möten som trygghet, samhörighet och gemenskap skapas, vilket är en förutsättning för att och hur studenter ska lära sig vårda. Vad som utgör vårdande respektive lärande i möten mellan studenter och patienter är svårgreppbart och egentligen inte viktiga att urskilja som separata delar. När studenter ska lära sig vårda under VFU, förutsätter vårdande och lärande varandra och när de sammanfaller bildas en enhet, som inte kan särskiljas eller förstås utifrån sina enskilda beståndsdelar. Att lära sig vårda, att vårdas och att handleda i att vårda skapas och utvecklas av varandra, vilket innebär att problem och hinder kan uppstå, när de inte betraktas som en enhet. Det kan även uppstå hinder, när vårdande och lärande polariseras och ställs mot varandra. När studenter ska lära sig vårda förutsätter vårdande och lärande varandra likt natt och dag som tillsammans skapar dygnets helhet. Resultatet i denna avhandling visar att när väl patienten får möjlighet att göra sin röst hörd, framkommer något nytt i lärande vårdsammanhang. Genom att gemensamt reflektera med studenten tycks patientens eget lärande ta fart, vilket kan påverka hälsoprocesser på ett positivt sätt. Patienten är på detta sätt delvis involverad och delaktig i både studentens lärande och i sin egen vård på ett till synes nytt och gynnsamt sätt. Hos såväl studenter och patienter som hos handledande sjuksköterskor förefaller det finnas en gemensam önskan och

längtan efter fler mellanmännsliga möten än de som erbjuds. I dessa möten kan det ömsesidiga samspelet äga rum, som i sin tur erbjuder studenter, patienter och handledare att involveras mer och göras delaktiga i varandras olika strävan och syften. Att studenters, patienters och handledares ömsesidighet aldrig kan bli helt fullständig är dock viktigt att poängtera. Utifrån varje parts perspektiv och behov finns både likheter och olikheter vad gäller ömsesidighet och delaktighet, som måste beaktas. Patienter kan aldrig avkrävas ansvar på samma sätt som handledare och det gäller till viss del studenter. På så vis är det i en delvis ömsesidig delaktighet som vårdande och lärande kan sammanfalla.

Avhandlingens kunskapsbidrag

För att tydliggöra avhandlingens kunskapsbidrag kommer följande fyra frågor att reflekteras över: Har syftet med denna avhandling uppnåtts? Vad bidrar denna forskning till? Vilken ny kunskap bidrar forskningen med? Hur kan forskningens resultat användas?

Det glapp som finns mellan vårdteori och vårdpraktik¹⁰⁰ kan även förstås som ett tomrum. Ett sådant tomrum kan även visa sig förekomma när vårdande och lärande blir dualistiskt uppdelat, vilket innebär att de separeras från varandra. Detta är en företeelse som jag själv mött både som klinisk adjunkt och när jag har studerat fenomenet, när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter. Vårdandet kan då ses som ett praktiskt görande som sker på vårdenheter och lärandet som något teoretiskt som sker på lärosäten. När studenter genomför sin VFU, kan detta bli ett didaktiskt problem för handledaren, som "tvingas" till att planera, genomföra och följa upp patientens vård för sig och studentens lärande för sig. Det kan mynna ut i att handledaren inte räcker till och att studenten blir missnöjd med sin VFU. I de sammanhang där en sådan dualistisk uppdelning sker riskerar vårdande och lärande att förstås som antingen eller. Syftet i denna avhandling har varit att beskriva hur vårdande och lärande sammanfaller genom att beskriva studenters, patienters och handledares erfarenheter och upplevelser av att vårda, vårdas och att handleda i ett lärande vårdsammanhang. Förhoppningen är att avhandlingen kan bidra till att skapa broar mellan vårdteori och vårdpraktik, kan medföra gynnsamma konsekvenser för såväl patienter och studenter som handledare i lärande vårdsammanhang.

Denna forskning visar att det är möjligt att studera komplexa fenomen. Men det har i detta fall krävt ett flexibelt och kreativt tillvägagångssätt, för att

¹⁰⁰ Vilket utgör en vanligt förekommande utgångspunkt för tidigare forskning vad gäller lärande i vårdande sammanhang – se "forskningsöversikten" i denna avhandlings bakgrundsdel.

fenomenet skulle kunna ”visa sig”. Det har ställt krav på såväl forskaren som ansats och metodologi. Med RLR, som forskningsansats har det varit möjligt att beforska komplexa glapp som kan uppstå mellan vårdande och lärande, när studenter ska lära sig vårda. Genom att se på detta glapp som ett mellanrum där sammanfallandet sker, öppnas nya möjligheten för att förstå förhållandet mellan vårdande och lärande. Ett påstått glapp kan därmed överbryggas genom att beskriva när och hur vårdande och lärande sammanfaller

Denna avhandlingens största bidrag till ämnesutvecklingen utgörs av patientperspektivet i ett lärande vårdssammanhang. Patientens röst görs hörd på ett sätt som tidigare inte skett, i någon större omfattning, vad gäller forskning om studenters lärande i vårdssammanhang. Patientens röst hörs som patient, det vill säga någon som vårdas, alltså inte bara någon som lär studenter hur de ska vårda eller någon som fungerar som ett lärandemål eller medel. Patientperspektivet bör ses som en självklarhet att beforska i dessa sammanhang och det kan anses som förvånande att detta inte gjorts tidigare i någon större utsträckning. Om det inte fanns patienter med ett lidande, och om vårdare inte blev berörda av deras lidande och försökte att lindra det, skulle det inte finnas något vårdande (Wiklund, 2003). Naturligtvis är det viktigt att studera såväl studenters som handledares upplevelser av att lära sig vårda och att handleda i att vårda, men utan ett patientperspektiv behövs varken ämnet vårdvetenskap eller något lärande i ett vårdande sammanhang!

Avhandlingen bidrar till forskningsfynd som visar att vårdande och lärande inte ska separeras i vårdpraxis, utan ska sammanflätas, för att lärandet ska kunna stärkas och vårdandet ska kunna vara vårdande för patienten. Ur ett didaktiskt perspektiv bör således vårdande och lärande förstås som ett sammanflätat fenomen. Dessa företeelser är, var för sig, stora kunskapsområden, vilket visar sig i denna avhandlingens forskningsöversikt. Här visas även att dessa företeelser tidigare främst studerats var för sig. Resultatet i denna avhandling visar att det är möjligt att förena vårdande och lärande under studenters VFU.

Såväl möjligheter som hinder är således relaterade till de mellanmänniska möten som sker eller inte sker mellan patienter, studenter och handledare. Möjligheterna finns att på ett didaktiskt sätt kunna förena vårdande och lärande, men det förutsätter att mellanmänniska möten sker. Om så inte är fallet, kan hinder uppstå i form av ensamhet och utanförskap. Det är inte tillräckligt med 24 närvarande studenter under sju till åtta veckor, två gånger per termin, för att en gynnsam lärandemiljö automatiskt ska etableras och utvecklas. Det behövs även att sammanhang skapas och underhålls där vårdande och lärande kan sammanfalla. Hur är det då möjligt att skapa förutsättningar för ännu mer mellanmänniska möten, som dels inte tvingar handledaren att prioritera mellan patienters vårdbehov och studenters

lärandebehov, dels gör det möjligt för samtliga involverade att närvara? Hur kan didaktiska förutsättningar skapas så att studenter, patienter och handledare kan ges möjlighet att samspela genom att komplettera varandra? Nedan följer en didaktisk idé som kan stärka och fördjupa vårdande och lärande och utgör därmed ett bidrag till lärande vårdssammanhang.

En didaktisk idé

Denna didaktiska idé handlar om en "Vårdande och Lärande Reflektion" - VÅ - LÄ - RE, som kan möjliggöra att vårdande och lärande sammanfaller på ett konstruktivt sätt för samtliga involverade personer. Idén är de första byggstenarna till en didaktisk modell, vilken kan användas i lärande vårdssammanhang.

Denna didaktiska idé tar sin utgångspunkt i forskningsresultatet och försöker svara på avhandlingens syfte, som handlar om hur handledande stöd kan bereda vägen så att vårdande och lärande kan sammanfalla på ett sätt som både medför god vård till patienter och fullgott lärande till studenter, genom:

- Att uppmärksamma vårdande och lärande möjligheter i mellanmänniska möten
- Att stärka och utveckla vårdande och lärande samspel
- Att söka och visa vårdande och lärande vägar

VÅ-LÄ-RE är ett reflekterande förhållningssätt, som handledare, patienter och studenter kan utveckla i dagliga möten. VÅ-LÄ-RE har på så sätt fokus på samspelet, som i avhandlingens resultat visar sig ha stor betydelse för att vårdande och lärande ska sammanfalla. Med hjälp av VÅ-LÄ-RE kan samspelet mellan patienter och studenter stödjas och stärkas. Denna didaktiska idé öppnar upp för att patienters, studenters och handledares **ömsesidighet** utifrån **ovisshet**, men med en **gemensam vilja att få veta, samt att deras ansvar** och **omsorg** för varandras strävan och syften ska få fritt spelrum i möten. Didaktiken bereder på så sätt vägen för att **omtanke** (vårdande) och **eftertanke** (reflektion) kan **mötas** och **förenas**. VÅ-LÄ-RE tar sin utgångspunkt i ett **patientperspektiv** och **patienters berättelser** utgör själva **navet**. Med utgångspunkt i patienters berättelse kan gemensamma behov av att lära och nå förståelse tillgodoses, vilket också handlar om att lära känna varandra. I dialogen **ställs frågor** och i **lyssnandet söks svar**. Vägen till förståelse för den andre går via förståelse av sig själv. Genom att lära känna den andre finns även möjlighet att lära känna sig själv som vårdare eller patient. I reflektionen vänds medvetandet både mot sig självt och mot vårdvetenskaplig teori, vilket innebär att se in i sitt eget inre, för att där upptäcka sin vårdande och lärande potential. Dels i form av resurser och

förmågor, dels i form av aktuella vård- och lärandebehov. Genom att studenter, patienter och handledare på detta sätt medvetandegör såväl sina resurser som behov, kan dessa fungera som utgångspunkt för dagliga aktiviteter. I patienternas berättelse kan studenterna känna igen ämnet vårdvetenskap, vilket förstärks när de i reflektionen använder vårdvetenskapliga begrepp, för att kunna förstå patientens värld. Följaktligen är det i patienters berättelser, i studenters lyssnande och frågande hållning samt i handledares närvaro, som vårdande och lärande kan sammanfalla.

För att VÅ-LÄ-RE som ett reflekterande förhållningssätt ska utvecklas hos patienter, studenter och handledare, krävs emellertid reflekterande aktiviteter som exempelvis tillämpas i vårdande samtal eller i teammöten. I dessa reflekterande aktiviteter väger patientperspektivet tungt genom att det alltid är patienten som, utifrån aktuell hälsa, vårdbehov och samtycke, avgör om denne kan närvara vid dessa aktiviteter. Här är det viktigt att som handledare ha en stående inbjudan till patienter om att delta. Patienters samtycke kan vara situerat, vilket innebär att frågan om samtycke om deltagande bör ställas flera gånger¹⁰¹. Om exempelvis en patient tackar nej till att vårdas av en student vid ett tillfälle eller i någon specifik aktivitet, behöver detta inte innebära att patienten tackar nej till alla aktiviteter som innebär studentmöten. Detta gäller självklart även när patienter väljer att tacka ja till studentmöten. En handledare kan inte ta för givet att patienterna alltid vill vårdas av studenter bara för att de har tackat ja en gång. Som handledare behöver man vara öppen och lyhörd för detta.

Tillämpning av VÅ-LÄ-RE

För att skapa, underhålla och vidareutveckla ett reflekterande förhållningssätt krävs **ansvariga handledare** som:

- skapar och arrangerar arenor, där reflektionen ges utrymme
- samordnar, organiserar och planerar reflektionsstunder
- bereder väg för att möten mellan studenter, patienter och handledare kan ske på dessa arenor
- bjuder in studenter och patienter till att delta
- ansvarar för att det alltid finns reflektionsledare
- skyddar mot konkurrerande arrangemang, behov och intressen
- ansvarar för och bevakar genomförande och uppföljningar
- riktar reflektionen mot studenters och patienters möten, där såväl vårdvetenskapliga begrepp som moment av självreflektion vävs in som redskap, för att dels förstå och lära om patientens värld, dels genom att lära om sig själv och sitt vårdande

¹⁰¹ Se resultatdelen: "när vårdande och lärande sammanfaller i möten mellan studenter och patienter, så som det erfars av patienter" – innebördselementet: "utsatt och sårbar".

Avdelningens organisation av teamstruktur ger didaktiska förutsättningar för vårdande och lärande möten mellan studenter, patienter och handledare. Här finns goda möjligheter för **närhet** och **tillgänglighet**, eftersom studenter endast vårdar några få patienter, samtidigt som teamets handledare endast ansvarar för några få studenter. Teamstrukturen skapar på detta sätt möjligheter för handledare att vara både patient- och studentnära. Vidare underlättar det för handledare, studenter och patienter att lära känna varandras behov och förmågor, vilket ger förutsättningar för relationer, som bereder väg för vårdande och lärande gemenskap. VÅ-LÄ-RE kan etableras, stärkas och utvecklas genom kontinuerligt användande av:

- Vårdande samtal
- Teammöten
- Omvårdnadsplanering
- Dagboksskrivande

I dessa fyra sammanhang kan reflekterande aktiviteter tillämpas, vilka stöder tillägnet av det reflekterande förhållningssättet.

VÅ-LÄ-RE i vårdande samtal

VÅ-LÄ-RE i vårdande samtal innebär samtal med patienter i det dagliga vårdandet. VÅ-LÄ-RE stödjer både studentens och patientens utveckling av ett reflekterande förhållningssätt. När patienten ges möjlighet att beskriva och berätta om sin livssituation och när studenten ges möjlighet att lyssna och ställa frågor, kan vårdande samtal bli både vårdande och lärande. Patientens berättelse blir utgångspunkt för hur studenten ska lära sig vårda och studentens frågor ger patienten möjlighet att reflektera över sin livssituation. På så sätt kan vårdande samtal ske i en ömsesidig reflekterande dialog. VÅ-LÄ-RE i vårdande samtal kan genomföras både som självständiga samtal mellan student och patient och i närvaro av en ansvarig handledare. Det kan också genomföras som ett teammöte, vilket beskrivs nedan. För att nå en djupare förståelse kan handledaren följa upp ett vårdande samtal. Detta kan ske individuellt med studenten eller parvis, med studenten och patienten tillsammans, eller som ett teammöte, vilket beskrivs nedan. När handledaren följer upp studentens vårdande samtal med patienten, finns möjligheter att hämta tillbaka det vårdande förtroende som överlämnats, när student och patient självständigt möts.

VÅ-LÄ-RE i teammöten

VÅ-LÄ-RE i teammöten innebär reflektionsstunder mellan patienter, studenter och handledare. När handledare, patienter och studenter reflekterar tillsammans i grupp, kan vårdande och lärande sammanfalla. I dessa situationer kan VÅ-LÄ-RE tillämpas i en reflektionsgrupp, där samtliga

involverade personer i teamet, sjuksköterskor, mentalskötare, patienter och studenter deltar. VÅ-LÄ-RE kan genomföras i flera olika konstellationer beroende på aktuella vård- och lärandebehov. Det kan vara en eller flera handledare, en eller flera studenter samt en eller flera patienter. Således kan antal personer, alltså gruppstorleken variera. Teammöten kan genomföras dels med eller utan patientens närvaro, dels med eller utan studentens närvaro. Utgångspunkten, för vilka som deltar i dessa teammöten, utgörs av både patientens hälsa och vårdbehov och av studentens lärandebehov. Det är dock alltid patientberättelsen med aktuell hälsosituation och vårdbehov som är det centrala, vilket öppnar VÅ-LÄ-RE i teammöten även för andra professioners närvaro, som adjungerade ”experter”. I denna vårdande och lärande reflektionsgrupp finns således möjligheter att ibland prata om och ibland prata med patienten. Vid närvaro av flera patienter bör dock etiska aspekter av moralisk sekretess beaktas.

Forskning har visat patienters sårbarhet vid teammöten¹⁰² och det är därför viktigt att utgångspunkt utgörs av patientens livsberättelse, där såväl dåtid som nutid och framtid ges utrymme. VÅ-LÄ-RE i teammöten kan, i patientens frånvaro, genomföras som förberedelse för patientmöten och/eller som uppföljning. I studentens och patientens frånvaro kan VÅ-LÄ-RE genomföras som förberedelse för bedömning av studentens vårdförmågor och lärandebehov. Här kan även överrapportering ske handledare emellan, när studenten byter handledare. Detta kan ske både i studentens närvaro och frånvaro. Studentens dagbok, vilken beskrivs nedan, kan vid sådana överrapporteringar fungera som stöd och underlag.

VÅ-LÄ-RE i omvårdnadsplanering

Som både förberedelse för och uppföljning av vårdande samtal kan patienters omvårdnadsplaner fungera som ett stöd. Samtalet kan reflekteras och analyseras, med hjälp av patienters omvårdnadsplaner, vilka innehåller betydelsefulla vårdvetenskapliga begrepp, som anses svara an mot aktuella vård- och lärandebehov. Exempel på sådana begrepp är livsvärld, hälsosituation, problem, behov, hälsohinder, hälsoresurser, vårdhandlingar och vårdaktiviteter. Här kan studenter, patienter och handledare tillsammans arbeta med patienters omvårdnadsplanering. Att använda patienters omvårdnadsplaner i dessa sammanhang kan dock medföra risker. Risken är att fokus kan riktas åt fel håll, där målet handlar om att tekniskt och metodiskt konstruera en omvårdnadsplan istället för att lyssna på patientberättelsen. Arbetet kan då ta sin utgångspunkt i att konstruera omvårdnadsplanens delar och områden, istället för att utgå ifrån patientberättelsen som helhet och sedan pendla mellan helhet och delar genom analysen. Ovanstående exempel på

¹⁰² Lindberg, Hörberg, Persson & Ekebergh (2013.a). Lindberg, Persson, Hörberg & Ekebergh (2013.b).

vårdvetenskapliga begrepp i omvårdningsplanen används som utgångspunkt istället för patienters berättelser. Det som då kan ske är att själva konstruktionerna av omvårdningsplaner blir dominerande och styrande över patienternas berättelser, vilket kan innebära att berättelser "tvingas" in under färdigdefinierade begrepp. Detta är ett oetiskt och därmed även ett icke vårdvetenskapligt sätt att arbeta med omvårdningsplanering och omvårdningsdokumentation. Genom att istället inta en hållning av VÅ-LÄ-RE, som ett medvetet kritiskt och vaket förhållningssätt, kan omvårdningsplanering genomföras med utgångspunkt i patienternas berättelser.

VÅ-LÄ-RE i dagbokskrivande

VÅ-LÄ-RE i dagbokskrivande erbjuder möjligheter för studenten att skriftligen reflektera över hur det är att lära sig vårda. Innehållet kan utgöras av dagliga beskrivningar om vårdande och lärande möten med patienter och handledare samt vad studenten tar med sig från dessa möten. Studentens beskrivningar skulle kunna se ut på liknande sätt som i denna avhandling¹⁰³. Dagboken kan reflekteras och formuleras både individuellt och tillsammans med patient och handledare. Studentens dagbok kan arbetas med på liknande sätt som patientens omvårdningsplan. Den kan vara ett stöd i såväl förberedelse som uppföljning av patientmöten. Dagboken kan användas i enskilda möten mellan student, patient och handledare men även vara en aktivitet i teammöten. I sådana sammanhang kan den fungera som underlag för bedömningar och planeringar men också som stöd, när studenten byter handledare. Dagboken kan också fungera som ett verktyg för självreflektion.

Ovanstående exempel ska inte förstås som enskilda aktiviteter, utan kan överlappas och sammanflätas med varandra. Exempelvis kan vårdande samtals och omvårdningsplanering förekomma i samband med teammöten, liksom studentens reflekterande dagböcker.

Betydelsen av VÅ-LÄ-RE

Detta didaktiska förhållningssätt, vilket tillämpas i reflekterande aktiviteter, kan medföra en rad olika vårdande och lärande möjligheter.

VÅ-LÄ-RE kan möjliggöra:

- En vårdande och lärande gemenskap
- Att rikta studenten mot det praktiska vårdandet
- Att teoretisk kunskap och levd erfarenhet förenas
- Att samtliga personer, alltså patienten, studenten och handledaren involveras, blir delaktiga

¹⁰³ Se rubriken "studenters dagboksbeskrivningar – praktiskt exempel" i avhandlingens bakgrundsdel.

- Att patienten erbjuds att personligen närvara vid aktiviteter och på så vis bli delaktig i såväl sin egen vård som i eget och i studentens och handledarens lärande
- Att handledaren kan arbeta både patient- och studentnära i samma aktivitet
- Att handledaren både kan ta ett vårdande och ett lärande ansvar, i ett och samma moment, vilket i praktiken innebär att handledaren kan hinna med både och
- Att aktiviteter så som vårdande samtal, reflektionsstunder, omvårdnadsplanering och teammöten vid behov kan sammanflätas, slås ihop och genomföras i en och samma aktivitet

Samtidigt kan VÅ-LÄ-RE även motverka det som utgör hinder för vårdande och lärande att sammanfalla i möten mellan studenter och patienter.

VÅ-LÄ-RE kan således motverka:

- Ensamhet och utanförskap
- Att handledaren ställs inför att välja mellan att vårda och att handleda
- Att handledaren behöver prioritera mellan vård- och lärandebehov
- Att lärandet inte prioriteras
- Att omvårdnadsplanering sker utan patienters delaktighet

Tanken är att VÅ-LÄ-RE, som didaktisk idé kan fungera som en fyr i ett lärande vårdssammanhang. Detta kan ske genom att rikta studenter, patienter och handledare mot ett reflekterande förhållningssätt, som inkluderar patientens berättelse och vårdvetenskap. Det innebär att VÅ-LÄ-RE kan kasta ljus över lärandeområden, som av olika anledningar hamnat i skuggan av vårdandet. En viktig utgångspunkt är att vårdande kan skapa lärande och lärande kan skapa vårdande. Vårdande och lärande skapas, växer och utvecklas av varandra. På så vis kan VÅ-LÄ-RE visa vägen så att vårdande och lärande sammanfaller på ett sätt som medför att vården både utvecklas och förbättras ur ett patientperspektiv, samtidigt som studenters lärande och förståelseutveckling stärks. Min förhoppning är att VÅ-LÄ-RE kan fungera både som ljuskälla och väckarklocka genom att påminna samtliga involverade om lärandets närvaro i ett vårdande sammanhang. Kanske kan VÅ-LÄ-RE utgöra det didaktiska stöd för studenter, patienter och handledare som får vårdande och lärande att sammanfalla på ett nytt sätt, vilket kan ge lärande i vårdssammanhang ett lyft och en knuff framåt. Kanske kan VÅ-LÄ-RE på detta sätt bidra till att VFU kan flyga¹⁰⁴ mot nya spännande mål.

¹⁰⁴ Volare är det italienska ordet för flyga

Framtidsperspektiv

Att avsluta detta avhandlingsarbete innebär samtidigt att påbörja något nytt. Framtiden innebär ett fortsatt arbete med att nå ut till olika lärande vårdverksamheter. Uppdraget blir att implementera forskningens resultat på ett sätt så att det ger avtryck i vårdande och lärande sammanhang och att det på så sätt gör skillnad i VFU. Exempelvis har jag under avhandlingsarbetets gång haft ett pågående samarbete med psyk-UVA. Hittills har jag presenterat samtliga resultatdelar för avdelningens personal och ledning. Som blivande klinisk lektor är min förhoppning att kunna påverka hur studenter lär sig vårda under VFU, på ett sätt som samtidigt medför en god omvårdnad för patienter. Under detta uppdrag kan den didaktiska idén ta form och utvecklas till en modell, vilken kan implementeras i olika lärande vårdssammanhang. Hur ett sådant implementeringsarbete ska genomföras och utvärderas får planeras tillsammans med aktuell vårdaktör.

Detta avhandlingsresultat har väckt en del intressanta frågor att studera i en framtid. Det känns angeläget att studera hur och när företeelser, vilka samexisterar i olika vårdssammanhang, sammanfaller. När ett sådant sammanfallande studeras, kan samtidigt det mellanrum i vilket sammanfallandet sker studeras. Genom att beskriva ett sådant mellanrum, finns möjligheter att överbrygga de glapp som kan uppstå, när vissa företeelser dualistiskt separeras och polariseras som ”antingen-eller”, istället för att förstås som ”både-och”. Sådana olyckliga uppdelningar kan medföra att studenter endast lär sig delar av att vårda, vilket kan medföra en sämre vård för patienter. Det handlar om komplexa sammanfallanden som dagligen kan ske i möten mellan studenter, patienter och handledande sjuksköterskor så som exempelvis:

- När och hur sammanfaller vetenskaplighet och beprövad erfarenhet¹⁰⁵?
- När och hur sammanfaller medicinsk behandling och omvårdnad?
- När och hur sammanfaller lidande och välbefinnande?
- När och hur sammanfaller rörelse och vila som hälsa?

Avslutning

När avhandlingsarbetet påbörjades hade jag en idé om att vårdvetenskap är ett utmärkt ”instrument” för att stödja både ett vårdande och ett lärande, när studenter ska lära sig vårda under VFU. Resultatet i denna avhandling har övertygat mig mer än väl om att så är fallet inom detta område.

¹⁰⁵ Denna problematik beskrivs på sid. 24 i denna avhandling.

LITTERATUR

Allen, C. (2002). Peers and partners: A stakeholder evaluation of preceptorship in mental health nursing. *Nurse Researcher* 9, (3) 68-84

Andresen, P.A. & McDermott, M.A. (1992). Client satisfaction with student care in a nurse-managed center. *Nurse Educator*. 17, (3). 21-23

Andrews, M. & Roberts, D. (2003). Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide. *Nurse Education Today* 23, (7). 474-481. doi: 10.1016/S0260-6917(03)00076-5

Andrews & Wallis, (1999). Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (1). 201-207. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00884.x

Arvidsson, B. (2000). *Supervision in Nursing Care. A longitudinal study of psychiatric nurses' experiences and conceptions.* (Doctoral thesis. Studia Psychologica et Paedagogica, CL). Malmö: School of Education

Arvidsson, I (2005). *Det är ju skönt att för en gångs skull inte behöva vara en svans utan att ha en. – utvärdering av ortopedisk utbildningsvårdavdelning.* Borås: Högskolan i Borås, CLU, Centrum för lärande och undervisning

Arvidsson, B. Skärsäter, I., Fridlund, B., Svensson & Baigi, 2008 Effects of process-oriented group supervision as reported by nursing students. *Vård i Norden*. 28. (1). 26-29

Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur

Aristoteles (2004) . *Den nikomachiska etiken.* (svensk översättning av Märten Ringbom). Göteborg: Daidalos

- Bengtsson, J. (1991). *Den fenomenologiska rörelsen i Sverige. Mottagande och inflytande 1900-1968*. Uddevalla: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (red.). (1999). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, M., Kvarnhäll, J. & Svedberg, P. (2011). Svenska sjuksköterskors upplevelser av hand-ledningsprocessen vid sjuksköterskestudenters verksamhetsförlagda utbildning. 31, (4). *Vård i Norden*. 47-51
- Bennet, M. & McGowan, B. (2014). Assessment matters-mentors need support in their role. *British journal of nursing*. 23, (9). 454-458
- Berglund, M. (2011). *Att ta rodret i sitt liv. Lärande utmaningar vid långvarig sjukdom*. (avhandling för doktorexamen), Linnéuniversitetet, Växjö och Kalmar
- Berglund, M., Sjögren, R. & Ekebergh, M. (2012). Reflect and learn together – when two supervisors interact in the learning support process of nurse education. *Journal of Nursing Management*, 20. (3). 152-158. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01368.x
- Billay, D. & Myrick, F. (2007). Preceptorship: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 8, (4), 258–266. doi: 10.1016/j.nepr.2007.09.005
- Black, A. & Church, M. (1998). Assessing medical student effectiveness from the psychiatric patient's perspective: The Medical Student Interviewing Performance Questionnaire. *Medical education*. 32, (5), 472-478. doi: 10.1046/j.1365-2923.1998.00247.x
- Bornemark, J. (2009). *Icke vetandets möjligheter*. I Bornemark, J & Svenaeus, F. (red.). *Vad är praktisk kunskap?* Stockholm: Studies in practical knowledge. Skriftserie från Södertörns högskola
- Bredmar, A-C. (2013). *Lärares arbetsglädje. Betydelsen av emotionell närvaro i det pedagogiska arbetet*. (avhandling för doktorexamen). Göteborgs universitet
- Burns, H. K. & Northcutt, T. (2009). Supporting Preceptors: A Three-Pronged Approach for Success. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 40, (11). 509-13. doi: 10.3928/00220124-20091023-08
- Buus, N. & Gonge, H. (2009). Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique. *International*

Journal of Mental Health Nursing. 18, (4), 250-264. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00612.x

Carlsson, G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi.* (avhandling för doktorsexamen, Växjö universitet)

Carver, N., Ashmore, R. & Clibbens, N. (2007). Group clinical supervision in pre-registration nurse training: The views of mental health nursing students. *Nurse Education Today.* 27, (7), 768-776. doi: 10.1016/j.nedt.2006.10.010

Chan, S. & Cheng, B.S. (2001). Creating positive attitudes: the effects of knowledge and clinical experience of psychiatry in student nurse education. *Nurse Education Today.* 21, (6). 434-443. doi: 10.1054/nedt.2001.0570

Charleston, R. & Happel, B. (2005.a.). Coping with uncertainty within the preceptorship experience: the perceptions of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 303-309. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2005.00837.x

Charleston & Happel (2005.b.) Attempting to accomplish connectedness within the preceptorship experience: The perceptions of mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing.* 14, (1). 54-61. doi: 10.1002/j.1556-6676.2014.00158.x

Chow, J. (2013). *Vårdandets symfoni.* (avhandling för doktorsexamen). Linnéuniversitetet. Växjö och Kalmar

Cooke, M. (1996). Nursing students' perceptions of difficult or challenging clinical situations. *Journal of advanced nursing.* 24, (6), 1281 - 1287 doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb01036.x

Cronqvist, M. (2015). *Yrkesetik I lärarutbildning – en balanskonst.* (avhandling för doktorsexamen). Göteborgs Universitet

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidandet – Det onödiga lidandet. *Vård I Norden,* 1 (22). 4-8

Dahlberg, K. (2006). The essence of essences – the search for meaning structure in phenomenological analyses of lifeworld phenomena. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being,* 1, (1). 11-19. doi:10.1080/17482620500478405

Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2, (4) 195-207. doi:10.1080/17482620701626117

- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur
- Dahlberg, K., Dahlberg, H.& Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (2008). To use a method without being ruled by it: Learning supported by drama in the integration of theory with healthcare practice. *The Indo Pacific Journal of Phenomenology*. 8 (spec.ed.). 1-20
- Dahlberg, K. & Dahlberg, H. (2003). To Not Make Definite What is Indefinite: A Phenomenological Analysis of Perception and its Epistemological Consequences in Human Science Research. *The humanistic Psychologist*, 31, (4). 34-50. doi:10.1080/08873267.2003.9986933
- Dahlberg, K., Segesten, K. Nyström, M. Suserud, B-O. Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i Teori och Praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2008). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led health care: an existential view of well-being. *Medicine Health Care & Philosophy*. 12. 3, 265-271. doi: 10.1007/s11019-008-9174-7
- Dapremont, J. & Lee, S. (2013). Partnering to educate: Dedicated education units. *Nurse Education in Practice*. 13, (5), 335-337. doi:org/10.1016/j.nepr.2013.02.015
- Debyser, B., Grypdonk, M.H.F., Defloor, T. & Veerhaege, S.T.L. (2011). Involvement of inpatient mental health clients in the practical training and assessment of mental health nursing students: Can it benefit clients and students? *Nurse Education Today*, 31, (2).198-203. doi: 10.1016/j.nedt.2010.06.001
- Duffy, A. (2009). Guiding students through reflective practice – The preceptors experiences. A qualitative descriptive study. *Nurse Education in Practice*. 9, (3). 166-175. doi: 10.1016/j.nepr.2008.07.002
- Duffy, K. (2004). Students are not capable. Anonymous. *British Journal of Nursing* 13, (10). 583. doi:10.5172/conu.1999.8.4.166

Edgecombe, K. & Bowden, M. (2014). *Clinical Learning and Teaching Innovations in Nursing. Dedicated Education Units Building a Better Future*. Heidelberg, New York, London: Springer Science + Business media (www.springer.com)

Edgecombe, K., Wotton, K., Gonda, J. & Mason, P. (1999). Dedicated education units: 1. A new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse*. 4 (8). 166-171

Eldh, A., Ehnfors, M. & Ekman, I. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (1), 45-53. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.06.002

Ekebergh, M. (2001). *Tillägnet av vårdvetenskaplig kunskap: Reflexionens betydelse för lärandet*. (avhandling för doktorsexamen), Institutionen för Vårdvetenskap. Åbo: Åbo Akademi

Ekebergh, M. & Määttä, S. (2005). *Lärandet på en utbildningsvårdavdelning – att sammanbinda vårdvetenskaplig teori med vårdpraxis*. Forskningsrapport, Institutionen för Vårdvetenskap, Högskolan i Borås Rapport nr 1

Ekebergh, M. (2007). Lifeworld based reflection and learning: a contribution to the reflective practice in nursing and nursing education. *Reflective Practice* 8 (3), 331-343. doi.org/10.1080/14623940701424835

Ekebergh, M. (2008). Vårdvetenskapens didaktik. I: *Vårdvetenskapliga Vägsål*. M. Berglund, A. Johansson Sundler & Å. Roxberg (red.). Rapportserie nr 2, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet

Ekebergh, M. (2009.a.). *Att lära sig vårda med hjälp av handledning*. Lund: Studentlitteratur

Ekeberg, M. (2009.b.). Developing a didactic method that emphasizes lifeworld as a basis for learning. *Reflective Practice: International and Multidisciplinary Perspectives*, 10, (1). 51-63. doi:10.1080/14623940802652789

Ekeberg, M. (2009.c.). *Livsvärldsdidaktik på vårdvetenskaplig grund I sjuksköterske- och specialistutbildningar. Utveckling av en handledningsmodell*. Acta Wexionensia nr. 196/2009. Växjö: Växjö university press

Ekebergh, M., Lepp, M. & Dahlberg, K. (2004). Reflective learning with drama in nursing education – a Swedish attempt to overcome the theory praxis gap. *Nurse Education Today*, 24, (8) 622–628. doi: 10.1016/j.nedt.2004.07.011

- Ekebergh, M. (2011). A learning model for nursing students during clinical studies. *Nurse Education in Practice*, 11, (6). 384–389. doi: 10.1016/j.nepr.2011.03.018
- Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Ekebergh, M. (2014). I Edgecombe, K. & Bowden, M. *Clinical Learning and Teaching Innovations in Nursing. Dedicated Education Units Building a Better Future*. Heidelberg, New York, London: Springer Science + Business media (www.springer.com)
- Eriksson, K. (1983). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber Utbildning
- Eriksson, K. (1986). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber Utbildning
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning
- Eriksson, K. (2007). Becoming through suffering – the path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*, 11 (2), 8-16
- Eriksson, K., Bondas-Salonen, T. och Herberts, S. m.fl. (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Vasa: Vasa sjukvårdsdistrikt, SKN & Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi
- Eriksson, K. & Lindström, U. (1999). En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, 11 (6), 358-364.
- Erlingsson, C. (2009). Undergraduate Nursing Students Writing Therapeutic Letters to Families: An Educational Strategy. *Journal of Family Nursing* 15 (1). 83-101. doi: 10.1177/1074840708330447
- Eskilsson, C., Hörberg, U., Ekebergh, M. & Carlsson, G. (2014). Student nurses' experiences of how caring and learning is intertwined - A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4, (2), 82-93. DOI: 10.5430/jnep.v4n2p82
- Eskilsson, C., Hörberg, U., Ekebergh, M. (2014). The experiences of patients receiving care from nursing students at a dedicated education unit: a phenomenological study. *Nursing Education in Practice*. (under pågående granskning)
- Fagerberg & Ekman, (1997). First-Year Swedish Nursing Students' Experiences with Elderly Patients. *Western Journal of Nursing Research*. 19, (2), 177-189. doi: 10.1177/019394599701900204West
- Fangen, K. (2004). *Deltagande observation*. Malmö: Liber AB

- Farkhondeh, S & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing* 4, (6). 1-7. doi: 10.1186/1472-6955-4-6
- Freed, P.E., McLaughlin, D.E. SmithBattle, L, Leanders, S. & Westhus, N. (2010). "It's the little things that count": The value in Receiving Therapeutic letters. *Issues in Mental Health Nursing* 31. (4), 265-272. doi: 10.3109/016128409003342274
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: research for lived world*. Hoboken, N.Y.: Wiley
- Fisher, J.E. (2002). Fear and learning in mental health settings. *International journal of mental health nursing*. 11, (2). 128-134. doi: 10.1046/j.1440-0979.2002.t01-1-00205.x
- Forrest, S., Risk, I., Masters, H. & Brown, N. (2000). Mental health service user involvement in nurse education: exploring the issues. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7, (1). 51-57. doi: 10.1046/j.1365-2850.2000.00262.x
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en värddidaktik på livsvärldsgrund*. (avhandling för doktorsexamen), Göteborgs Universitet
- Fölster, S. (2003). *Den sjuka vården*. Stockholm: Ekerlid
- Fölster, S., Renstig, M., Ohlsson, S. & Wiigh, L. (2014). *Den sjuka vården 2.0 : från nollvision till patientrevolution*. Stockholm: Samhällsförlaget
- Gadamer, H-G.(1995/1960). *Truth and Method*. (2:arev. Utg., övers. J. Weinsheimer & Marshall). New York: The Cintinum Publishing Company
- Galvin, K., Todres, L. & Dahlberg, K. (2014). "Caring for insiderness": Phenomenologically informed insights that can guide practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 1-10. Doi.org/10.3402/qhw.v9.21421
- Gidman, J. (2012). Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse education in practice*. 13, (3). 192-196. doi:10.1016/j.nepr.2012.09.006
- Giorgi (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological psychology*, 28, (2), 235-260
- Granskär, M., Edberg, A.-K. & Fridlund, B. (2001). Nursing students experience of their first professional encounter with people having mental disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 249-256. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00381.x

- Gray, M.A. & Smith, L.N. (2000). The qualities of an effective mentor from the student nurses' perspective. *Journal of advanced nursing*. 32, (6). 771-778. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01606.x
- Gunby, S.S. (1996). The lived experience of nursing students in caring for suffering individuals: A phenomenological analysis. *Holistic Nursing Practice*. 10, (3), 63-73
- Handal, G. (2007). Handledaren – guru eller kritisk vän? I: Kroksmark, T. & Åberg, K. *Handledning i pedagogiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Hayman-White, K & Happell, B. (2005). Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers: Psychometric Properties of a Self-Report Scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19, (4). 184-193. doi: 10.1016/j.apnu.2005.05.004
- Happell, B. (2009). A Model of preceptorship in Nursing: Reflecting the Complex Functions of the Role. *Nursing Education Perspectives* 30, (6) 372-376.
- Happel, B., Pinikhana, J. & Roper, C. (2002). Attitudes of postgraduate nursing students towards consumer participation in mental health services and the role of the consumer academic. *International journal of mental health nursing*, 11 (4). 240-250
- Heidegger, M. (1981). *Varat och tiden*. (Del 1 och del 2). Lund: Doxa
- Helgesson, D.M. & Berg, C.L. (1985). Contracting: A method of health promotion. *Journal of Community Health Nursing*. 2, (4), 199-207
- Henderson, S., Happel, B. & Martin, T. (2007). So what is so good about clinical experience? A mental health nursing perspective. *Nurse Education in Practice*. 7 (3) 164-172. doi: 10.1016/j.nepr.2006.06.003
- Henderson, A., Fox, R. & Malko-Nyhan, K. (2006). An Evaluation of Preceptors' Perceptions of Educational Preparation and Organizational Support for Their Role. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 37, (3). 130-136. doi:10.3928/00220124-20060301-04
- Higgins, A. & McCarthy, M. (2005). Psychiatric nursing students' experiences of having a mentor during their first practice placement: an Irish perspective. *Nurse Education in Practice*, 5, (4), 218-224. doi: 10.1016/j.nepr.2004.12.002
- Holmlund, K., Lindgren, B. & Athlin, E. (2010). Group supervision for nursing students during their clinical placements: its content and meaning. *Journal of Nursing Management*, 18, (6). 678-688. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01157.x

- Holst, H. & Hörberg, U. (2012). Students' learning in an encounter with patients – supervised in pairs of students. *Reflective Practice: International and Multidisciplinary Perspectives*, 13, (5). 693-708. doi:10.1080/14623943.2012.670623
- Holst, H. & Hörberg, U. (2013). Students learning in clinical practice, supervised in pairs of students - a phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice* 3. (8). 113-124. doi: 10.5430/jnep.v3n8p113
- Husserl, E (1992/1929). *Cartesianska meditationer. En inledning till fenomenologin.* (D.B., S-O Wallenstein Trans). Göteborg: Daidalos
- Husserl, E. (1973/1939). *Experiences and judgment.* (övers. J.S. Churchill & K. Ameriks.). Evanston: North Western University Press
- Husserl, E (1970/1936). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology. An introduction to phenomenological philosophy.* Evanston: Northwestern University press
- Hyrkas, K. & Shoemaker, M. (2007). Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role, *Journal of Advanced Nursing*. 60, (5). 513–524. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04441.x
- Häggman-Latila, A., Elina, E., Kirsi, S. & Leena, R. (2007). Nursing students in clinical practice – developing a model for clinical supervision. *Nurse education in Practice*. 7, (6). 462-477. doi:10.1016/j.nepr.2006.11.011
- Hörberg, U. (2008.a). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp.* (Doktorsavhandling). Acta Wexionensia, no. 133. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet
- Hörberg, U. (2008.b). Maktens grepp om det rättspsykiatriska vårdandet. I: *Rättspsykiatriskt vårdande - vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa.* R. Sjögren (red.). Lund: Studentlitteratur
- Hörberg, U. (2008.c). Patienternas existentiella lidande inom rättspsykiatrisk vård. I: *Vårdvetenskapliga Vägskalet.* M. Berglund, A. Johansson Sundler & Å. Roxberg (red.). Rapportserie nr 2, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet
- Hörberg, U., Ozolins, L. & Ekebergh, M.(2011). Intertwining caring science, caring practice and caring education from a lifeworld perspective-two contextual examples. *International journal of qualitative studies on health and Well-being*. 6, (4), 1-6. doi:10.3402/qhw.v6i4.10363

Hörberg, U., Carlsson, G., Holst, H., Andersson, N., Eskilsson, C. & Ekebergh, M. (2014). Lifeworld-led learning takes place in the encounter between caring science and the lifeworld. *Clinical Nursing Studies*, 2 (3). 107-115. Doi.org.10.5430/cns.v2n3p107

Johansson, B. (1996). *Vårdpedagogisk antologi*. Lund: Studentlitteratur

Johnson, G.R. (1994). The phenomenon of death: a study of diploma in higher education nursing students reality. *Journal of Advanced Nursing*. 19, (6), 1151-1161

Jones, A. (2006) Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary. *Journal of Nursing Management*. 14, (8). 577-585. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00716.x

Jonsén, E., Melander, H-L. & Hilli, Y. (2013). Finnish and Swedish nursing students' experiences of their first clinical practice placement. *Nurse education Today*. 33, (3), 297-302. doi:10.1016/j.nedt.2012.06.012

Junttila, N. (2010). *Social competence and loneliness during the school years. Issues in assessment, interrelations and intergenerational transmission*. (avhandling för doktorsexamen). Turku universitet, Finland

Koch, T. & Kralik, D. (2006). *Participatory action research in health care*. Oxford: Blackwell publishing Ltd

Kolade, F. (2012). To the nurse who knows my name. *American Journal of Nursing*. 112, (7), 72. doi: 10.1097/01.NAJ.0000415967.00298.04

Kragelund, L. (2011). Student nurses' learning processes in interaction with psychiatric patients: A qualitative investigation. *Nurse education in practice*. 11, (4), doi: 10.1016/j.nepr.2010.11.019

Kristoffersson, M-L., Mårtensson, G., Mamhidir, A-G. & Löfmark, A. (2012). Nursing students' perceptions of clinical supervision: The contributions of preceptors, head preceptors and clinical lecturers. *Nurse Education Today*, 33, (10). 1252-1257. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.08.017

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur

Källerwald, S. (2007). *I skuggan av hotad existens – om den onödiga striden mellan biologi och existens i vården av patienter med maligna lymfom*. (avhandling för doktorsexamen). Växjö Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. www.lagboken.se. Hämtad 2014-10-21

SFS 2008:192 Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. www.lagboken.se. Hämtad 2014-10-21

Lambert, V. & Glacken, M. (2005). Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 14, (6) 664–673. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01136.x

Landeen, J., Byrne C. & Brown, B. (1995). Exploring the lived experiences of psychiatric nursing students through self-reflective journals. *Journal of advanced nursing*. 21, (5). 878-885. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21050878.x

Landers, M.G. (2000). The theory–practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*. 32, (6) 1550–1556. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01605.x

Lauckner, H., Doucet, S. & Wells, S. (2012). Patients as educators: the challenges and benefits of sharing experiences with students. *Medical Education* 46. 992-1000. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04356.x

Langton, H., Barnes, M., Haslehurst, S., Rimmer, J. & Turton, P. (2003). Collaboration, user involvement and education: a systematic review of the literature and report of an educational initiative. *European Journal of Oncology Nursing*. 7, (4). 242–252. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00033-4

Langelotz, L. (2008). *UVA-konceptet stärker både handledare och studenter utvecklar vården och ökar kompetensen. –utvärdering av rehabiliteringsklinikens utbildningsvårdavdelning vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås*. Borås: Högskolan i Borås, CLU, Centrum för lärande och undervisning

Leander, S., Westhus, N., Freed, P.E. & McLaughlin, D.E. (2009). Writing Therapeutic Letters in Undergraduate Nursing Education: Promoting Relational Skill Development. *Quality Health Research*, 20, (5), 707-716. doi: 10.1177/1049732309354095

Lilja, L. & Hellzén, O. (2007). Disconfirmed in one's otherness : A comparison between the nurse's view of the patient's past, present and future and the patient's own view of the past, present and future. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, (3), 131-143. doi: 10.1080/17482620601164862

Lilja Andersson & Edberg, (2012). Swedish nursing students' experience of aspects important for their learning process and their ability to handle the complexity of the

nursing degree program. *Nurse education today*, 32. 453-457. doi: 10.1016/j.nedt.2011.05.011

Lindberg, E. (2014). *Tid för vårdande möten. Att vidmakthålla och utveckla vårdandet med patientperspektivet i fokus*. (avhandling för doktorsexamen), Linnéuniversitetet, Växjö och Kalmar

Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E. & Ekebergh, M. (2013.a). It made me feel human. A phenomenological study on older patients' experiences of participating in a Team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, 1-10. doi. org/10.3402/qhw.v8i0.20714

Lindberg, E., Persson, E., Hörberg, U. & Ekebergh, M. (2013.b). Older Patients' Participation in Team Meetings – A phenomenological study from nurses' perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8,1-9. doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21908

Lindberg, E (2014). *Tid för vårdande möten. Att vidmakthålla och utveckla vårdandet med patientperspektivet i fokus*. (avhandling för doktorsexamen), Linnéuniversitetet, Växjö och Kalmar

Lindahl, B., Dagborn, K. & Nilsson, M. (2009). A student-centered clinical education unit-Description of a reflective learning model. *Nurse Education in Practice*. 9 (1), 5-12. doi: 10.1016/j.nepr.2008.03.008

Lindholm, L. (1998). *Den unga människans hälsa och lidande*. (avhandling för doktorsexamen, Åbo universitet)

Lindquist, I., Johansson, I. & Severinsson, E. (2012). Evaluation of process-oriented supervision of student nurses: A Swedish case study. *Nursing and Health Sciences*, 14, 2-7. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00628.x

Lindström, U. (1992). *De psykiatriska specialsjukskötarnas yrkesparadigm*. (avhandling för doktorsexamen), Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi. Vasa.

Lindström, U.(1987/1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Norstedts förlag

Lindström, U.(1995). *Ensamhets känslan sviker inte. En kvalitativ studie rörande patienters upplevelse av vårdkultur och vårdrelation på psykiatriskt sjukhus*. Vårdforskning. Reports from the department of caring science. Nr. 6. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi, Vasa.

Lindström, U.(2003). *Psykiatrisk vårdlära. (Norsk version)* Stockholm: Norstedts förlag.

Lynöe, N., Sandlund, M., Westberg, K. & Duchek, M. (1998). Informed consent in clinical training--patient experiences and motives for participating. *Medical Education*, 32 (46). 465-471. doi: 10.1046/j.1365-2923.1998.00237.x

Magnusson, O'Driscoll & Smith, (2007). New roles to support practice learning – Can they facilitate expansion of placement capacity? *Nurse Education Today*. 27, (6), 643-650. doi:10.1016/j.nedt.2006.09.013

Manninen, K., Welin Henriksson, E., Scheja, M. & Silén, C. (2012). Authenticity in learning – nursing students' experiences at a clinical education ward. *Health Education*. 113, (2). 132-143. doi:10.1108/09654281311298812

Matilainen, D. & Eriksson, K. (2004). *Vårdvetenskapens didaktik, caritativ didaktik i vårdandets tjänst*. Vårdforskningsrapport 9, institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi, Vasa: Kauppakaari Oy Multiprint

Mauthner, M. (ed.) (2002). *Ethics in qualitative research*. London: Sage Publications Ltd

McCarty, B. & Murphy, S. (2007). Assessing undergraduate nursing students in clinical practice: Do preceptors use assessment strategies? *Nurse Education Today*. 28, (3). 301-313. doi: 10.1016/j.nedt.2007.06.002

McClure, E. & Black, L. (2013). The Role of the Clinical Preceptor: An Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Education* 52, (6) 335-341. doi: 10.3928/01484834-20130430-02

McLaughlin, C. (1997). The effect of classroom theory and contact with patients on the attitudes of student nurses towards mentally ill people. *Journal of advanced nursing*. Vol. 26 (6), 1221-1228. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00463.x

Melrose, S. & Shapiro, B. (1999). Students' perceptions of their psychiatric mental health clinical nursing experience: a personal construct theory exploration. *Journal of Advanced Nursing*, 30, (6), 1451-1458. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01231.x

Merleau-Ponty, M. (1995/1962). *The phenomenology of perception*. (övers. C. Smith). London: Routledge

Merleau-Ponty, M. (1968/1948). *The visible and the invisible*. (övers. A. Lingis). Evanston: Northwestern University Press. (Ursprunglig titel: *Le Visible et l'invisible*)

- Middleton, L. & Uys, L. (2009). A social constructionist analysis of talk in episodes of psychiatric student nurses conversations with clients in community clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3). 576-586. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04928.x
- Miller, T.W. (2005). The dedicated education unit. A practice and education partnership. *Nursing Leadership Forum, ProQuest Central*, 4 (9), 169-173
- Milton-Wildey, K. & O'Brian, L. (2010). Care of acute ill older patients in hospital: clinical decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (9-10). 1252-1260. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03141.x
- Mogensen, E., Thorell Ekstrand, I & Löfmark, A. (2010). *Klinisk utbildning i högskolan*. Lund: Studentlitteratur
- Mooney, M. (2007). Professional socialization: The key to survival as a newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Practice*. 13, (2), 75-80. doi:10.1111/j.1440-172X.2007.00617.x
- Moore, J. & Nahigian, E. (2013). Nursing Student Perceptions of Nurse-to-Nurse Collaboration in Dedicated Education Units and in Traditional Clinical Instruction Units. *Journal of Nursing Education* 52, (6) 346-350. doi:10.3928/01484834-20130509-01
- Morgan, S. & Sanggaran, R. (1997). Client-centered approach to student nurse education in mental health practicum: an inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 4, 423-434.
- Morse, J. & Niehaus, L. (2009). *Mixed Method Design*. California, Walnut Creek: Left Coast Press Inc
- Morton-Cooper, A. & Palmer, A. (2000). *Mentoring. Preceptorship and clinical supervision: a guide to professional roles in clinical practice*. Second Edition. Oxford: Blackwell
- Moscato, S.R., Nishioka, V.M. & Coe, M.T. (2013). Dedicated education units: implementing an innovation in replication sites. *Journal of Nursing Education*, 5 (52), 259-267. doi: 10.3928/01484834-20130328-01
- Mossop, M. & Wilkinson, T. (2006). Nursing education in gerontological clinical settings: What do elderly patients think of student-rendered care? *Journal of Gerontological Nursing* 32, (6). 49-55
- Mulready-Shick, J., Flanagan, K., M; Banister, Gaurdia E; Mylott, L. & Curtin, L. J. (2009). Enhancing Quality and Safety Competency Development at the Unit Level:

An Initial Evaluation of Student Learning and Clinical Teaching on Dedicated Education Units. *Journal of Nursing Education* 48,(12). 716-719. doi:10.3928/01484834-20091113-11

Mulready-Shick, J., Flanagan, K., M; Banister, Gaurdia E; Mylott, L. & Curtin, L. J. (2013). Evaluating Dedicated Education Units for Clinical Education Quality. *Journal of Nursing Education* 52, (11). 606-614. doi:10.3928/01484834-20131014-07

Munro, J., Whyte, F., Stewart, J. & Letters, A. (2011). Patients assessing students' assignments; Making the patient experience real. *Nurse Education Today*. 32, (2). 139-145. doi: 10.1016/j.nedt.2011.11.002

Munukka, T. (1996). Studying and learning collaboration between the patient and the student primary nurse during clinical practice studies - the content and reflection of this relationship. *Journal of Nursing Science*. 8, 127-133

Munukka, T., Pukuri, T., Linnainmaa, P. & Kilku, N. (2002). Integration of theory and practice in learning mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9, (1). 5-14. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00393.x

Myall, M., Levett-Jones, T. & Lathlean, J. (2008). Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing*. 17, (14). 1834-1842. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02233.x

Nationalencyklopedin (1994). Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB

Newton, J., Billett, S & Ockerby, C.M. (2009). Journeying through clinical placements – An examination of six student cases. *Nurse Education Today*. 29, (6). 630-634. doi: 10.1016/j.nedt.2009.01.009

Nielsen, K. & Kvale, S. (2000). *Mästarlära. Lärande som social praxis*. Lund: Studentlitteratur

Nilsson, C. (2009). I Bornemark, J & Sveneus, F. (red.). *Vad är praktisk kunskap?* Stockholm: Studies in practical knowledge. Skriftserie från Södertörns högskola

Orland-Barak, L. (2002). What's in a case?: What mentors' cases reveal about the practice of mentoring. *Journal of Curriculum Studies*., 34, (4). 451-468. doi: 10.1080/00220270110091140

Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber

- Parker, F.M., Lazenby, R.B. & Brown, J.L. (2012). Mission Possible CD ROM: Instructional tool for preceptors. *Nurse Education Today*, 32, (5), 561-564. doi: 10.1016/j.nedt.2011.08.009
- Paterson, B.L., Tschikota, S., Crawford, M., Saydak, M., VenkateshP. & Aronowitz, T. (1996). Learning to care: gender issues for male nursing students. *Canadian Journal of Nursing research*. 28, (1), 25-39
- Pettersson, B-O. (2010). *Handledning för vårdare. Ett lärande möte utifrån patientens värld.*(avhandling för Lic.examen), Linnéuniversitetet, Växjö och Kalmar
- Pilhammar-Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet – en jakt efter ledtrådar.* Lund: Studentlitteratur
- Pollard, C., Ellis, L., Stringer, E. & Cockayne, D. (2007). Clinical education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice*. 7, (5). 315–322. doi: 10.1016/j.nepr.2006.10.001
- Pulford, D., Boit, K. & Owen, S. (2002). Are Mentors Ready to make a Difference? A survey of mentors' attitudes towards nurse education. *Nurse Education Today*, 22, (6). 439–446. doi: 10.1054/nedt.2002.0771
- Quinn Patton, M.(2002). *Qualitative research & Evaluation Methods* London: Sage Publications Ltd
- Ranheim, A. (2011). *Expanding caring. Theory and practice intertwined in municipal elderly care.* (avhandling för doktorsexamen). Linköpings universitet, Linköping
- Ranse, K. & Grealish,L. (2007). Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing*. 58, (2). 171–179. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04220
- Repper, J. & Breeze, J. (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*., 44, (3). 511–519. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.05.013
- Richards, R.M. (1993). The effects of student nurse community mental health placements on sufferers of mental health problems in the community. *Journal of Advanced Nursing*. 18, (12), 1876-1882
- Riksaasen Hatlevik, I.K. (2011). The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 68, (4). 868–877. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05789.x

- Rohde, D. (1996). Uncovering a world of mental illness: an analysis in perceptual transformation. *Archives of psychiatric nursing*, 10, (6). 347-354. doi: 10.1016/S0883-9417(96)80048-3
- Rhodes, M.L., Myers, C.C. & Underhill, M.L. (2012). Evaluation Outcomes of a Dedicated Education Unit in a Baccalaureate Nursing Program. *Journal of professional nursing*, 28, (4). 223-230. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.11.019
- Rubin, E (1915). *Synsoplevede Figurer. Studier i psykologisk Analyse*. Köbenhavn: Gyldendanske Borghandel nordisk Forlag
- Rusner, M. (2012). *Bipolär sjukdom- ur ett existentiellt perspektiv*. (avhandling för doktorsexamen), Linnéuniversitetet, Växjö och Kalmar
- Rönnerman, K. (red.) (2004). *Aktionsforskning i praktiken - erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur
- Rönnerman, K., Moksnes, Furu, E. & Salo, P. (Eds.) (2008). *Nurturing Praxis: Action research in partnership between school and university in a Nordic light*. Rotterdam: Sense Publishers
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B. & Plos, K. (2008). An analysis of the Concept of the Participation. *Nursing Forum*, 13 (1). doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x
- Saarikoski, M., Isaho, H. Warne, T. & Leino-Kilpi, H. (2007). The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies* 45, (8). 1233-1237. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.009
- Segesten, K. (2011). *Att utbildas till sjuksköterska*. Stockholm: Natur & Kultur
- Scheffer, C., Tauschel, D., Neumann, M., Lutz, G., Valk-Draad, M. & Edelhäuser, F. (2013). Active student participation may enhance patient centeredness: patients' assessment of the clinical education ward for integrative medicine. *Evidence-Bases Complementary and Alternative Medicine*. 2013. 1-8. doi: 10.1155/2013/743832
- SFS, Svensk författningssamling. Högscolelag (1992:1434) 1:a kap. § 2. riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskolelag-19921434_sfs-1992-1434/#K1.
- Shepherd, J. (2014). Messy boundaries: the benefits to teenage patients of being cared for by young nursing students. *Nursing children and young people*. 26 (3). 21-25. doi:10.7748/ncyp2014.04.26.3.21.e392

- Silén, C. & Bolander Laksov, K. (red.) (2013). *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård*. Lund: Studentlitteratur
- Sjögren, R. (2004). *Att vårda på uppdrag kräver visdom*. (avhandling för doktorsexamen) Växjö University Press
- Sjögren, R. (red.) (2008). *Rättpsykiatriskt vårdande. – vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing, Talk, Text and Interaction*. London: Sage Publications Ltd UK.
- Skott, C. (2013). *Berättelser och etnografi i vårdsammanhang*. I Skott, C., Dellenborg, L., Lepp, M. & Nässén, K. *Människan i vården*. Stockholm: Carlssons Bokförlag AB
- Smaling, A. (1995). Open-mindedness, open heartedness and dialogical openness: The dialectics of openings and closures. In Maso, P.A., Atkinson, S., Delamont, S., & Verhoeven, J.C. (Eds.). *Openness in research: the tension between self and others*. Assen: Van Gorcum
- Solvoll, B-A. & Heggen, K.M. (2010). Teaching and learning care – Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30, (1), 73-77. doi: 10.1016/j.nedt.2009.06.003
- Sommerfeldt, S.C., Barton, S.S., Stayco, P., Patterson, S.K. & Pimlott, J. (2011). Creating interprofessional learning units: developing an acute-care model. *Nurse Education in Practice*. 11, (4), 273-277. doi: 10.1016/j.nepr.2010.12.003
- Speed, E. (2006). Patients, consumers and survivors: A case study of mental health service user discourses. *Social Science & Medicine*., 62, (1). 28-38. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.025
- Speers, J. (2008). Service user involvement in the assessment of a practice competency in mental health nursing – Stakeholders' views and recommendations . *Nurse Education in Practice*., 8, (2). 112-119. doi: 10.1016/j.nepr.2007.04.002
- Spouse, J. (2001) Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (4) 512-522. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01683.x
- Stockhausen, L. (2005). Learning to become a nurse: Students' reflections on their clinical experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 22, (3). 8-14.

- Stockhausen, L.J. (2009). The patient as experience broker in clinical learning. *Nurse Education in Practice.*, 9, (3). 184–189. doi: 10.1016/j.nepr.2008.06.006
- Struksnes, S., Engelién, R.I., Bogsti, W.B., Moen, Ö.L. Nordhagen, S.S., Solvik, E. & Arvidsson, B. (2012). Nurses' conceptions of how an alternative supervision model influences their competence in assessment of nursing students in clinical practice. *Nurse Education in Practice.*, 12,(2). 83–88. doi: 10.1016/j.nepr.2011.07.009
- Suikkala, A. & Leino-Kilpi, H. (2001). Nursing student–patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing.* Vol. 33, (1). 42–50. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01636.x
- Suikkala, A. & Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing student–patient relationship: Experiences of students and patients. *Nurse Education Today.* 25, (5). 344–354. doi: 10.1016/j.nedt.2005.03.001
- Suikkala, A. & Leino-Kilpi, H. (2008). Nursing student-patient relationships A descriptive study of students and patients views. *International Journal of Nursing Education Scholarship.*, 5, (1). 1-12. doi: 10.2202/1548-923X.1457
- Suikkala, A., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. (2009). Factors related to the nursing student-patient relationship: the patients' perspective. *Scandinavian journal of caring sciences.*, 23. 625 – 634. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00648.x
- Sundin Andersson, C., Danielsson, A., Hov, R. & Athlin, E. (2013). Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspective. *Journal of Nursing Management.* 21, 263–272. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01398.x
- Svenaesus, F. (2014). Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics. *Med Health Care and Philos.*, 17, (2), 293–299. doi:10.1007/s11019-013-9487-z
- Towle, A. (2006). Where's the patient's voice in health professional education? *Nurse Education in Practice.*, 6, (5). 300–302. doi: 10.1016/j.nepr.2006.04.009
- Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., Madularu, I., Solomon, P., & Thistlewaite, J. (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education.* 44, 64–74
- Tveiten, S. (2003). *Yrkesmässig handledning – mer än ord.* Lund: Studentlitteratur
- Twinn, S. 1995. Creating reality or contributing to confusion? An exploratory study of client participation in student learning. *Nurse Education Today.* 15, (4), 291–297

- Waldrip, K. (2003). The Difference. *Nursing*, 2003. Volym 33(2), 43–45
- Walker, S., Dwyer, T., Moxham, L., Broadbent, M., & Sander, T. (2012). Facilitator versus preceptor: Which offers the best support to undergraduate nursing students? *Nurse education today*, 33 (5). 530-535. doi: 10.1016/j.nedt.2011.12.005
- Wallengren Gustavsson, C. (2009). *De kan, de vill och de orkar, men... Studier av närståendes till personer drabbade av stroke samt granskning av informationsmaterial från svenska strokeenheter*. (avhandling för doktorexamen) Karlstads Universitet
- Walters, K., Buszewicz, M., Russell, J. & Humphrey, C. (2003). Teaching as therapy: cross sectional and qualitative evaluation of patients' experiences of undergraduate psychiatry teaching in the community. *Brittish Medical Journal*, 326, (7392) doi: 10.1136/bmj.326.7392.740
- Warner, S.L. (1991). Humor: A coping response for student nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, (1). 10-16. doi: 10.1016/0883-9417(91)90004-O
- Watson, S. 2000). The support that mentors receive in the clinical setting. *Nurse Education Today*, 20, (7). 585–592. doi: 10.1054/nedt.2000.0463
- Wieland, D., Altmiller, G.M., Dorr, M.T. & Wolf, Z.R. (2007). Clinical transition of Baccalaureate Nursing Students During preceptored pregraduation practicums. *Nursing Education Perspectives*. 28, (6). 315-321
- Wiklund Gustin, L. (red.) (2014). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur
- Wiklund, L. (2000). *Lidandet som kamp och drama*. (avhandling för doktorexamen) Åbo universitet.
- Wiklund, L. & Bergbom, I. (red.) (2012). *Vårdvetenskapliga Begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Wilkes, L.M. & Wallis, M.C. (1998). A model of professional nurse caring: nursing students' experience. *Journal of Advanced Nursing*. 27, (3), 582-589. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00557.x
- Wilkes, Z. (2006). The student-mentor relationship: a review of the literature. *Nursing Standard* 20, (37), 42-47

Wireklint-Sundström, B. (2005). *Förberedd på att vara oförberedd. En fenomenologisk studie av vårdande bedömning och dess lärande i ambulanssjukvård.* (avhandling för doktorsexamen, Växjö Universitet

WMA, World Medical Association Declaration of helsinki (2009). Ethical principals for medicals research involving human subjects. From <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Wynaden, D., Orb, A., McGowan, S. & Downie, J. (2000). Are universities preparing nurses to meet the challenges posed by the Australian mental health care system? *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9, (3). 138–146. doi: 10.1046/j.1440-0979.2000.00175.x

SUMMARY

WHEN CARING AND LEARNING CONVERGE

Patients', students', and supervisors' experiences of encounters in a dedicated education unit within psychiatric care

Keywords: caring, learning, student-patient relationship, dedicated education unit, psychiatric care, phenomenology, lifeworld research, lifeworld-led didactics, caring science

Introduction

This dissertation is about the learning that occurs in the caring context when nursing students, in their clinical practice training, practically apply their theoretical knowledge in encounters with patients and supervisors. More precisely, it is about when caring and learning converge in a psychiatric dedicated education unit.

The dissertation's overarching aim is to describe how caring and learning converge in encounters between students and patients as well as what supervisory supports can facilitate so that this occurs. Described from the perspectives of patients, students, and students' supervisors, the conclusions lead to a general structure of the research phenomenon "when caring and learning converge." During the last three decades, focus on learning in a caring context has largely been on general education rather than the relationship between pedagogy/didactics and the subject matter of caring science. However, a caring science didactic orientation, the so-called lifeworld-led didactics (Ekebergh, 2009; Hörberg, Carlsson, Holst, Andersson, Eskilsson & Ekebergh, 2014), has developed during the period of the last 15 years. It is

within this caring science lifeworld-led didactics tradition that the present dissertation is written.

Background

A central term that appears in this dissertation is learning. This concept refers to the special form of learning that occurs in students' clinical practice training when they care for patients. Students complement the theoretical general learning in a communal higher education environment with a caring context where patient care is primary (Silén & Bolander Laksov, 2013). According to higher education laws, (SFS; 1992, 1st chap. § 2) all higher educational curricula rest on both scientific foundation and proven experience. When students undergo clinical practice training, they receive access to both specific theoretical and experience-based knowledge. In Sweden, all nursing education programs are three years long with clinical practice training content comprising between 20-50% in various institutions. These educational periods form an important part of students' educations (Mogensen, Thorell Ekstrand & Löfmark, 2010).

Clinical practice training can be organized in different ways. Individual supervisors certainly have a great deal of responsibility and play an important role for students' learning during their clinical practice training, but it has also been seen that an adapted learning environment is important. Dedicated education units during the 2000s were developed in USA, Canada, Australia, New Zealand, and Sweden as the latest innovation to develop the learning environment (Edgecombe, Wotton, Gonda & Mason, 1999; Edgecombe & Bowden, 2013). The background to the creation of these departments was the need of institutions and care stakeholders to, from a common perspective and goal, act in unison, partly to maximize students' learning (Magnusson, O'Driscoll & Smith, 2007) but also to create more clinical practice training positions (Dapremont & Lee, 2013). Dedicated education units can have different characteristics depending on patients' specific illnesses, unhealth, and care needs. This can have import for how learning is formed and how students acquire knowledge. The key question in this dissertation consists of how encounters between students and patients can be both caring and learning in a way that entails good care and favorable learning for students.

Psychiatric care involves the carer's attempting to decrease patients' existential loneliness by functioning as a replacement for the interpersonal relationships that oftentimes are missing in the form of family and friends, thus possibly hindering health and causing suffering (Dahlberg et al., 2003). The relationship between patient and carer—the care relationship—thus forms the basis for psychiatric care. That psychiatric care is comprised of caring from the aspects of care relationships is strengthened by many care researchers

(Lindström, 1992; 1994; 1995, Arvidsson & Skärsäter, 2006; Wiklund, 2014). This dissertation's ontological and epistemological bases are formed mainly by Husserl's (1973/1939, 1970/1936) and Merleau-Ponty's (1995/1945, 2000/1964) theories on:

- The lifeworld
- Intentionality
- The lived body in an intertwined world
- Intersubjectivity

When students' learning in the context of caring is studied, a problem area and point of departure is often the gap that allegedly exists between theoretical and practical knowledge which forms a pedagogic and didactic problem within most caring contexts (Munukka, Pukuri, Linnainmaa & Kilku, 2002; Jonsén, Melander & Hilli, 2013). Research involves attempting to bridge the gap by creating assorted didactic models (Spouse, 2001, Hatlevik, 2011). In clinical practice training, as a result, the point of departure is, as a rule, that caring and learning coexist as separate and parallel phenomena. There is, however, a need to study in what way caring and learning co-relate, as well as when and how they converge when students learn to care during clinical practice training. Review of the research shows that there is a large amount of research within the area of students' learning in a caring perspective during clinical practice training. However, this area has primarily been reflected from supervisors' and students' perspectives, with focus on learning as a separate phenomenon. Research is needed on students' learning in relation to what the learning is about, i.e. patient care. Earlier research that focuses on the supervisor's perspective shows the supervisor's role, function, and area of responsibility to be complexly problematic. Missing, however, is research that sees the supervisor's teaching responsibility toward the student in relation to the supervisor's caring responsibility to the patient, i.e. research that links both of the supervisor's areas of responsibility. Review of the research shows that many studies have hinted at the research phenomenon that is the attention of this dissertation; few studies, however, have been attentive to the patient's voice as a patient. That means that caring as a matter of teaching needs to be highlighted in accord with Towles's (2006) extremely important question: "Where's the patient's voice in health professional education?" (p. 300).

The dissertation's theoretical perspective

This dissertation has a caring science perspective with the lifeworld as its basis (Dahlberg et al., 2003; Dahlberg & Segesten, 2010). Caring science is a science with roots in the human sciences and is not directed towards a specific profession but rather is an autonomous science neutral to profession.

According to Dahlberg and Segesten (2010), as well as Dahlberg, Todres and Galvin (2008), the patient perspective is based on the lifeworld perspective, implying that it is based on and attentive to people's everyday world and daily existence. The lifeworld perspective, in this context, focuses on how patients experience their health, suffering, and wellbeing or their care. The perspective focuses on and has interest in patients' narratives and life histories, with the point of view that each person and each experience is unique. Dahlberg and Segesten (2010) further consider that the patient perspective indicates an approach which, for the carer, reflects a basic value system based on respect, integrity, and dignity.

Other caring science theories that are meaningful in understanding learning in the caring context are based on Eriksson's (1983; 1986) caritative process model of caring as well as Lindström's (1987/1994/2003) further development of this theory in a psychiatric context.

Caring science didactics is a subdiscipline within caring science and rests therefore on the same ontological and knowledge theory grounds as caring science in general (Ekebergh, 2009.a; Dahlberg & Segesten, 2010; Maatlainen & Eriksson, 2004). Both caring and learning are therefore characterized by a caring science perspective of openness to the one who is to be cared for and the one who is to learn. The point of departure for such learning in a caring context is lifeworld didactics (Ekebergh, 2001, 2005, 2007, 2008, 2009.a, 2011).

Aims and research questions

The overarching aim is to describe how caring and learning converge in encounters between students and patients in a psychiatric dedicated education unit. The aim is also to describe how supervisory support can facilitate so that this occurs. The phenomenon thus exists when caring and learning converge in encounters between students and patients.

As the phenomenon is reflected from students', patients', and supervisors' perspectives, the aims are as follows:

- To describe how it is to care for patients with the aim and context of learning.
- To describe how it is to be cared for by students in a learning context.
- To describe how it is to supervise students in caring.

The following questions were asked in the research:

- How and when do caring and learning converge in encounters between students and patients?
- What characterizes those encounters between students and patients which are both caring and learning in a way that entails good patient care?
- What characterizes those encounters between students and patients which are both caring and learning in a way that entails risks for patients' health?
- What hinders exist for students' encounters with patients to be both caring and learning in a way that entails good patient care?
- What conditions are necessary for caring and learning to converge in encounters between students and patients in a way that entails good patient care?

Scientific approach and methodology

Reflective lifeworld research

The research in this dissertation has been carried out with a reflective lifeworld research (RLR) approach according to Dahlberg et al. (2008). This research approach is created and developed within caring science through Dahlberg et al. (2008)¹⁰⁶. RLR is characterized being meaning related and phenomenon oriented and intends to describe people's lived experiences with the purpose of developing knowledge on human existence in different contexts.

The approach has an epistemological foundation in Husserl's lifeworld theory and intentionality theory (1973/1939, 1970/1936). Dahlberg et al. further consider, with support from Husserl, that it is the task of phenomenology to *describe the phenomenon as it is experienced by people*. This describing entails being *phenomenon oriented*. RLR is a research approach that is characterized by a phenomenological approach in the form of its overall methodological principles: openness, flexibility, and bridled understanding (Dahlberg et al., 2008). These methodological principles are seen as foundational for the research's credibility in terms of validity and applicability to other contexts.

The dissertation's phenomenon of when caring and learning converge in encounters between students and patients can be considered complex as learning and likewise psychiatric caring are, each on its own, complex phenomena. It can be appropriate to use several methods of data collection to

¹⁰⁶ Dahlberg, Drew & Nyström developed in 2001 a research approach called (RLR). This research approach has, over the years, developed and therewith been updated (Dahlberg & Dahlberg, 2003; Dahlberg, 2006). The research approach was compiled in a new version by Dahlberg, Dahlberg and Nyström, 2008.

be able to "capture" and describe this phenomenon as also related to interpersonal encounters in caring and learning contexts; several methods can increase the chances of acquiring meaningful data and therefore being able to describe the phenomenon's variations and nuances (Dahlberg et al., 2008; Morse & Niehaus, 2009). For this reason, three data collection methods were chosen which could complement one another. These data collection methods are qualitative lifeworld interviews, participation observation with follow-up lifeworld interviews, and diary narratives¹⁰⁷.

30 lifeworld interview have been completed, 11 with students, eight with patients, and 11 with supervisors. Twenty-eight participant observations with follow-up interviews were completed, 18 with students and 10 with patients. Diary narratives with students have also been included; eight students participated. The analysis has been conducted according to a reflective lifeworld approach, RLR (Dahlberg et al., 2008, Dahlberg, 2006, Dahlberg & Dahlberg, 2003). The analysis is a meaning analysis, which intends to describe the phenomenon's meaning structure consisting of the phenomenon's essence and its variations and nuances in the meaning constituents. The dissertation's three essences, which constitute the result of the analysis, reflect when caring and learning converge in encounters between students and patients from the students', patients', and supervisors' perspectives. In order to be able to describe the phenomenon more generally, a further step was taken in the analysis. The aim of this analysis was to search and describe the common wholeness, independent of perspective, which is called the phenomenon's general structure, i.e. the general structure of when caring and learning converge in encounters between students and patients. The general structure describes, therefore, the phenomenon at a higher level of abstraction and responds in this way to the overall aim of this thesis. The analysis was about being able to "discover something more" and finding the new pattern when the various essences met.

Results

The result of the research analysis is presented in four parts. Presented first is when caring and learning converge in encounters between students and patients as experienced by students. Thereafter comes how it is experienced by patients, followed by how it is experienced by supervisors. In that "summary section" the phenomenon's essential meaning structure in its entirety is presented with accompanying constituents shown point by point. The results section concludes with the phenomenon's general structure—the interaction

¹⁰⁷ The diary narratives have only been used in data collection with students.

which creates the possibility for caring and learning to converge in encounters between students and patients with supervisory support

When caring and learning converge in encounters between students and patients, as experienced by students

To care for patients as a student in an instructional psychiatric care environment means being in movement that animates caring and learning. In this movement knowledge on the patient's world is being sought, both from the psychiatric care environment as well as the inner world of the patient. It is this seeking that gives both caring and learning meaning, context, and stimulation. The movement is between uncertainty and certainty as well as between the unfamiliar and the familiar. Uncertainty and insecurity, but also concern for the patient, awaken and stimulate curiosity to learn in order to be able to meet patients' needs. A strong desire to attempt to understand the patient keeps the movement going, which ties together uncertainty with certainty, the unfamiliar with the familiar. It is in this movement that caring and learning converge, are nourished, and develop.

In order for caring and learning to be given the opportunity to converge in encounters with patients, supervision plays a central role. The reflective dialog with the supervisor creates security. When the supervisor is not present, feelings of loneliness and aimlessness arise, and questions on the meaning of learning to care are awakened. Knowledge-seeking in loneliness can nonetheless provide opportunities for learning, yet in the light of accelerated and unchosen independence.

It is in conversation with patients that doors open to learning caring: from being lost and missing in the lack of supervision to being found and rediscovered in commonness with patients. Through patient narratives are answers to questions obtained that deepen understanding for the patient, awakening and strengthening the desire and motivation to care with the aim of learning.

The phenomenon can be further described through the following constituents:

- The need of a supervisor's presence
- Sources of strength and inspiration
- The opportunities in patient encounters
- Patient narratives show the way

When caring and learning converge in encounters between students and patients, as experienced by patients

To be cared for in a learning care environment within psychiatric care entails encounters with students wherein one's own psychiatric unhealth and students' learning are mutually available to serve one another. In this reciprocal service, caring and learning can converge. Encounters with students entail both giving and receiving, with both opportunities and risks for one's own health. The possibilities offered make risk-taking worthwhile.

Psychiatric unhealth can be strengthened in non-caring encounters as well as in the expectations and requirements involved in being available for students' learning. At the same time, an understanding is present that learning must occur in the caring context. This understanding arouses responsibility and concern for students' learning in the here and now yet also for the future, with hope for good care for both oneself and others.

Possibilities exist for caring and learning to converge through communicating one's narrative and simultaneously partaking of students' stories. An honest and open dialog inspires courage to show one's vulnerability and partake of students' experiences in learning caring. In encounters between students and patients, there is a mutual uncertainty from which arises a common effort to attempt to understand one another, which creates feelings of belonging and togetherness.

Living with psychiatric unhealth can mean diminished vitality. Encounters with students offer possibilities to receive strength from the source of students' gushing desire to learn caring. It is when possibilities are offered to receive this strength that caring and learning converge. To be challenged by students' motivation can both awaken and stimulate vitality. To receive attention through students' questions on the psychiatric unhealth entails being offered the opportunity to change. Students' presence creates conditions for meaningful participation in caring as well as in students' learning development. Being significant in this way creates feelings of worthiness.

Students' presence lends a silver lining and a feeling of specialness to existence, which extends beyond the usual boundaries of care. In students' absence, an emptiness like a void is experienced.

The phenomenon can be further described by the following constituents:

- Exposed and vulnerable
- Responsibility to support
- The importance of accessibility

- Reciprocity
- Engagement that awakens vitality

When caring and learning converge in encounters between students and patients, as experienced by supervising nurses

To supervise students' encounters with patients in order for caring and learning to converge entails having a double responsibility, partly for the caring needs of patients and partly for the learning needs of students. The double responsibility requires, in one's thinking, feelings, and actions, continually and simultaneously having two perspectives to consider, which challenges supervisors' abilities and sensitivity. That caring and learning should converge in students' encounters with patients is an ambition and is seen as supervision's ideal, but also as its complexity. Supervisors use themselves and their experience as both a caring and teaching instrument to facilitate students' encounters with patients being both caring and learning.

Caring and learning converge in encounters between students and patients as determined by caring's terms. This entails patients' health and caring needs always being prioritized, which makes planning students' encounters with patients challenging. This gives rise to uncertainty regarding both boundaries and possibilities. Uncertainty challenges as well as motivates and stimulates supervisory support.

To supervise means bestowing some responsibility on learners, taking responsibility that caring and learning can converge, and receiving the opportunity to learn oneself. This further entails a mission which is giving but also makes demands. To supervise students' encounters with patients means assessing and evaluating patients' health in relation to students' caring capacity. This requires being able to see the uniqueness of each individual and situation, which is also a precondition for caring and learning to converge in students' and patients' encounters.

For caring and learning to converge in encounters between students and patients, learning's existence and implications must be visible in the caring environment in order to protect and guard learning's interests. Learning is a guest in a caring environment, which can entail risks that caring's terms become dominant and learning's existence become threatened. In situations wherein learning must take a back seat, feelings of insufficiency and guilt arise.

The phenomenon can further be described with help of the following constituents:

- Supervision on caring's terms
- The art of uniting the needs of caring and learning

- Judging the encounter's potential
- To bestow some responsibility
- To maintain a learning perspective in caring
- Supervision is enriching and demanding

The phenomenon's general structure—the interaction, which creates the possibility for caring and learning to converge in encounters between students and patients, with supervisory support

Caring and learning converge in those encounters between students and patients which are characterized by reciprocity wherein the patient narrative is the point of departure. In these encounters, there is a desire and striving for health and knowledge that gives the interaction strength and nourishment, as well as provides the basis for an experience of security. The common desire of those involved to know, as well as the need to become acquainted with the new and unfamiliar, creates questions. These challenge security by initiating reflection as a movement toward change in the form of increased insight. Questions recognize caring and learning needs while simultaneously requiring consideration, which assist the deceleration of the practical doing of caring, therefore facilitating personal growth and development. Questions that arise from caring thus create both caring and learning possibilities. Reflective conversations maintain the vitality in encounters wherein caring and learning converge. In the seeking of answers to questions, there is the possibility for all involved to have an effect and participate actively, which links caring and learning. Yet participation and mutuality have different meanings in relation to being cared for, learning caring, and supervising caring. Supervisors have a caring responsibility in relation to patients, which students also have to a certain degree, yet patients can never be required to have responsibility for their relationships to students and supervisors. The relationship between carers and patients, therefore, as well as between students and patients, can never be entirely reciprocal.

In interactions wherein caring and learning converge, a feeling of responsibility and a striving to seek understanding for the other develop. In this process, students and patients give one another sustenance by being available to one another. Learning in a caring context can be complex. There is a wish for equivalent importance and resonance between caring and learning. Competition and conflicts can, however, occur when both perspectives do not receive the same attention and space. When caring and learning are placed in opposition to one another, as opposites, there is a risk that the reciprocity will come out of sync and end, entailing a risk for loneliness and aimlessness for all involved. Here the supervisor has an essential task of supporting the interaction by being present. The experience of

loneliness and aimlessness is, however, not only understood as negative; it can entail possibilities of independence and free choice, which can promote caring and learning's converging in students' and patients' encounters.

Students' and patients' encounters take place in a caring environment characterized by an evolving culture which is at once both strong and vulnerable. People both create and carry the culture, which comes to life in interpersonal encounters. It is also in these encounters that possibilities and hindrances for the convergence of caring and learning are continually maintained and developed. The culture can change quickly, partly because of organizational conditions and partly because of individual desires and needs, which then see caring and learning as parallel and separate parts, unconnected to one another. To cultivate a culture promoting of the reciprocity characteristic of those encounters between students and patients that are both caring and learning in nature, actors responsible for facilitating and creating possibilities for the convergence of caring and learning are needed. They can then establish, protect, and oversee caring and learning's having equivalent space through organization, guidance, and coordination.

When caring and learning converge and coexist intimately together in students' and patients' encounters with or without supervisors, there is the possibility of growth, development, and improvement. When the "caring learning" and "teaching caring" of those involved is present, reciprocity which creates meaning and offers specialness in everyday caring results. There is, however, a risk for both non-care and non-learning if caring and learning are separated, even if they exist in the same place and the same context. Then loneliness and alienation can emerge and grow strong, precluding both caring and learning.

Discussion

The dissertation's discussion section focuses on the research results. The discussion section is structured and organized as follows: introductory comes the research results' "clou," i.e. the main finding, which emerges as new knowledge. The result is then summarized and discussed based on the overarching subjects of the results. Each subresult is here imbedded in the form of students', patients', and supervisors' experiences of caring, being cared for, and supervising in a learning care context. The discussion section continues then with the dissertation's contribution to knowledge, both to the scientific world of knowledge and to the subject of caring science as well as to caring science's didactics and clinical learning in the caring context. The contribution to clinical learning and the caring context is presented in the

form of a didactic idea. In closing, some thoughts and suggestions for continued research are presented.

Studying when caring and learning converge in encounters between students and patients also entails studying all that which relates to the actual convergence, i.e. when it occurs, how it occurs, when it does not occur, and what that entails in either case.

Those areas which clearly emerge in all the subresults consist of:

- The meaning of loneliness and alienation
- The desire to participate
- Uncertainty's opportunities
- The patient narrative shows the way
- Responsibility for the other
- Consideration's importance

Research Findings

Both opportunities for and barriers to caring and learning's convergence in encounters between students and patients in a psychiatric dedicated education unit exist. Caring and learning can be united in reciprocity, but a lack of reciprocity also occurs, meaning that caring and learning do not always converge but are rather separate, even if they exist in the same caring environment. For both caring and learning to converge, students, patients, and supervisors must exist in a caring and learning togetherness. When they are separated from one another, feelings of aimlessness in existence can occur. Yet in encounters with one another it can be rediscovered and find its place. It is in these encounters that security, belonging, and togetherness can be created, which is a prerequisite for whether and how students learn caring. What constitutes caring and learning in encounters between students and patients is elusive and not truly important to distinguish as separate parts. When students learn caring during clinical practice training, caring and learning depend on one another, and when they converge, a unity is created which cannot be differentiated or understood based solely on their separate components. Learning to care, learning to be cared for, and learning to supervise caring create and "grow" one another, meaning that problems and barriers can arise when they are not considered as unified. Barriers can also occur when caring and learning are polarized and placed contrary to one another. When students learn caring, caring and learning are considered as night and day, together creating the totality of each day.

The result in this dissertation shows that when the patient does indeed have the opportunity to make his or her voice heard, the patient's own learning seems to begin, which can affect health processes in a positive way. The

patient is, in this way, partly involved and participatory in both the student's learning and in his or her own care in a seemingly new and propitious way. For students and patients as well as supervising nurses, there appears to be a common wish and desire for more interpersonal encounters than those available; in these encounters, reciprocity can take place that in its turn offers students, patients, and supervisors more involvement and participation in each other's different efforts and aims. That students', patients', and supervisors' reciprocity can never be entire is, however, important to note. Differences and similarities related to reciprocity and participation must be considered based on the perspectives and needs of all actors; patients can never be required to take responsibility in the same way as supervisors or, to a certain extent, students, and as a result it is in a partial reciprocal participation that caring and learning can converge.

The dissertation's knowledge contribution

This dissertation's largest contribution to the development of the subject comprises the patient perspective in a learning care setting. The patient's voice is made heard in a way it has not previously been in relation to research and students' learning in the care setting. The possibility of uniting caring and learning in a didactic way exists, but it depends upon the occurrence of interpersonal encounters. Otherwise, barriers can arise in the form of loneliness and alienation. How, then, is it possible to create the conditions for even more interpersonal encounters that do not force the supervisor to prioritize between the caring needs of patients and the learning needs of students, yet also make it possible for all involved to be present? How can didactic conditions be created so that students, patients, and supervisors can be given the possibility to interact reciprocally by complementing one another? What follows is a summary of a didactic idea that can strengthen and deepen caring and learning and that constitutes, therefore, a contribution to learning in the care setting.

A didactic idea

This didactic idea is about a "Caring and Learning Reflection"—CA-LE-RE, which can facilitate caring and learning's converging constructively for all involved. The idea forms the cornerstone of a didactic model which can be used in care settings where learning occurs.

Patients, students, and supervisors, together faced with uncertainty, share a common desire to know and moreover feel responsibility and consideration for each other's desires and aims; these reign free in encounters as a result of the opening up to caring and learning possibilities facilitated by this didactic idea. The didactics facilitate so that consideration (caring) and thoughtfulness (reflection) can meet and be united. CA-LE-RE's point of departure is the patient perspective and the patients' narratives are the foundation.

Accordingly, it is in the patients' narratives, the students' listening and questioning attitudes, and the supervisors' presence that caring and learning can converge.

To create, maintain, and develop a reflective approach, supervisors are required who:

- create and arrange forums where reflection is given space
- coordinate, organize, and plan periods of reflection
- facilitate so that encounters between students, patients, and supervisors can take place in these forums
- invite students and patients to participate
- take responsibility for there always being a reflection leader
- protect against competing events, needs, and interests
- take responsibility for overseeing implementation and monitoring
- direct reflection towards students' and patients' encounters, wherein caring sciences concepts as well as opportunities for self-reflection are woven in as tools to understand and learn about the patient's world, oneself, and one's caring

CA-LE-RE can be established, strengthened, and developed by the continual usage of:

- Caring conversations
- Team meetings
- Care planning
- Diary narratives

Reflective activities can be applied in these four contexts which support the acquisition of the reflective approach.

It is when the patient is given the opportunity to describe and narrate about his or her life situation and when the student is given the opportunity to listen and ask questions that the **caring conversation** can be both caring and learning. The patient's narrative becomes the basis for how the student learns to care and the student's questions give the patient the opportunity to reflect over his or her life situation.

CA-LE-RE in **team meetings** entails periods of reflection between patients, students, and supervisors. Which of these participate in team meetings is based on both the patient's health and care needs and the student's learning needs. It is, however, always the patient's narrative along with the current health situation and care needs that are central.

Patients' **care plans** can function as support to both preparation and follow-up of caring conversations. The conversation can be reflected upon and analyzed with help of the patient's care plans, which contain important caring science concepts that are regarded as answering current care and learning needs. Examples of such concepts are, among other things, lifeworld, health situation, problems, needs, barriers to health, health resources, care events, and care activities. Students, patients, and supervisors together can work here with patients' **care planning**.

CA-LE-RE in **diary narratives** offers opportunities for students to reflect in written form on how it is to learn caring. The diary narrative can be reflected upon and be formulated both individually and together with patient and supervisor. The student's diary narrative can be worked with in a similar way to the patient's care plan, i.e. it can be a support to both preparation and follow-up to patient encounters.

The examples above should not be understood as separate activities; rather they can overlap and intertwine with one another. For example, caring conversations and care plans can be found in connection with team meetings, as well as students' reflective diary narratives.

CA-LE-RE can facilitate:

- A caring and learning togetherness
- Directing the student towards practical caring
- That theoretical knowledge and lived experiences are united
- That all, i.e. the patient, student, and supervisor, are involved and become participatory
- That the patient is offered to attend activities and in that way become participatory in his or her own care as well in his or her own learning and that of the student and supervisor
- That the supervisor can work closely to both the patient and student in the same activity
- That the supervisor can take both a caring and learning responsibility simultaneously, which in practice means that the supervisor can have time for both, and
- That activities such as caring conversations, reflective periods, care planning, and team meetings can, if needed, be intertwined, merged, and implemented in the same activity

At the same time, CA-LE-RE can counteract that which forms a barrier to caring and learning's convergence in encounters between students and patients.

CA-LE-RE can thus counteract:

- Loneliness and isolation
- That the supervisor is faced with choosing between caring and supervising
- That the supervisor needs to prioritize between caring and learning needs
- The learning is not prioritized
- The care planning occurs without patient participation

BILAGA 1

Instruktioner för forskningsstudie – datainsamling Reflekterande dagboksbeskrivningar Sjuksköterskestudenter

- Reflekterande dagboksbeskrivningar görs efter varje arbetspass
- Innehåll: Beskriv de vårdande situationer(möten/kontakter/träffar) med patienter som Du haft under arbetspasset.
 - Hur förberedde jag mig?
 - Vilka deltog i situationen (mötet/kontakten/träffen)?
 - Hur var situationen (mötet/kontakten/träffen)?
 - Vad hände?
 - Vad tänkte, kände och gjorde jag?
 - Hur följdes situationen (mötet(kontakten/träffen) upp?
 - Vilken förståelse har jag utvecklat?
 - Vad bär jag med mig?
 - Vad har jag lärt mig?
- Försök att beskriva ovanstående så detaljerat som möjligt
- Skriv Dina reflektioner på bifogat USB-minne
- Du behöver **ej** skriva namn utan kan vara **anonym**
- USB-minnet **lämnas till mig** (via bif.svarskuvert i mitt postfack på Institutionen, plan 7 på Högskolan) som forskare vid **VFU-periodens slut**.

Tack på förhand för Ditt deltagande!

Hälsar

Niklas Andersson, doktorand, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås, rum E 719, Tel: 033-435 43 52.

BILAGA 2

Till Dig som sjuksköterskestudent på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning

Jag heter Niklas Andersson och är doktorand vid institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Jag ska göra en forskningsstudie som kommer att utgöra grund för min doktorsavhandling.

Forskning visar att det finns behov av att undersöka hur relationen ser ut mellan vårdande och lärande då sjuksköterskestudenter gör sin praktik i utbildningen. Hos sjuksköterskestudenter finns behov av att kunna knyta ihop teori med praktik genom att använda den teoretiska kunskapen i den praktiska vården, det vill säga i möten med patienter. Även sjuksköterskestudenters handledare har behov av att kunna knyta ihop teori och praktik när det gäller atthandleda.

Jag vill undersöka hur sjuksköterskestudenter, handledare och patienter upplever vårdande som lärande och lärande som vårdande på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. **Syftet** med studien är därför att beskriva hur vårdande och lärande är samstämmiga företeelser på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning och på vilket sätt de relaterar till varandra.

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i studien då Du som sjuksköterskestudent ska göra din VFU-placering på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning.

Metoder för datainsamling utgörs av deltagande observationer, skrivna reflektioner i dagboksform och intervjuer. Forskare kommer att observera möten mellan sjuksköterskestudent, handledare och patient ute på vårdavdelningen. Intervjun är individuell och genomförs som ett samtal. Dagboks-anteckningarna skrivs, på ett USB-minne, som uppföljning på varje arbetspass, innehållandes reflektioner över vad Du lärt Dig i vårdande möten med patienter. USB-minnet lämnas till mig som forskare vid VFU-periodens slut.

När vårdande och lärande praktiseras och reflekteras inom psykiatrisk vård finns risker att deltagarna berörs känslö- och tankemässigt på ett sätt som kan kräva uppföljning. Skulle sådana behov uppstå hos Dig som sjuksköterskestudent kan jag som forskare initiera kontakt med studenthälsan alternativt någon annan professionell samtalspartner.

Att delta i studien är naturligtvis frivilligt och Du kan närsomhelst avbryta Din medverkan utan något som helst förklarande ansvar. Ditt deltagande i studien kommer inte påverka Din VFU-bedömning eller examination på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning.

Om Du väljer att delta kommer information (data) att behandlas konfidentiellt, d.v.s. inga obehöriga kommer att ha tillgång till forskningsmaterialet. Observationer kommer att dokumenteras. Intervjun kommer att ljudinspelas och skrivas ut på dator. Dina personuppgifter är sekretesskyddade och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Resultatet kommer att publiceras i doktorsavhandling. Då resultat ifrån studien publiceras kommer allt material att vara avidentifierat. Material från studien förvaras inlåst under betryggande former i tio (10) år. Hantering av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Ansvariga för Dina personuppgifter är projektledare för studien Margaretha Ekebergh samt personuppgiftsombudet på Högskolan i Borås Sten Dellby, tel: 033-435 40 23

Observationer, insamlade av reflekterande beskrivningar i dagboksform samt intervjuer genomförs av Niklas Andersson som är doktorand och forskare i studien. Har Du några frågor är Du välkommen att ta kontakt med Margaretha Ekebergh som är projektledare.

Forskarens namn, arbetsplats, mail- och telefonuppgifter

Ansvarig huvudhandledares namn, titel, arbetsplats, mail- och telefonuppgifter.

BILAGA 3

Till Dig som vårdas på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning

Jag heter Niklas Andersson och är doktorand vid institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Jag ska göra en forskningsstudie som kommer att utgöra grund för min doktorsavhandling.

Forskning visar att det finns behov av att undersöka hur relationen ser ut mellan vårdande och lärande då sjuksköterskestudenter gör sin praktik i utbildningen. Hos sjuksköterskestudenter finns behov av att kunna knyta ihop teori med praktik genom att använda den teoretiska kunskapen i den praktiska vården, det vill säga i möten med patienter. Även sjuksköterskestudenters handledare har behov av att kunna knyta ihop teori och praktik när det gäller att handleda.

Jag vill undersöka hur sjuksköterskestudenter, handledare och patienter upplever vårdande som lärande och lärande som vårdande på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. **Syftet** med studien är därför att beskriva hur vårdande och lärande är samstämmiga företeelser på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning och på vilket sätt de relaterar till varandra.

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i studien då Du som patient vårdas på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning.

Jag som forskare kommer att observera vårdande och lärande möten mellan sjuksköterskestudent, handledare och patient ute på vårdavdelningen. Även intervjuer kommer att genomföras. Denna intervju är individuell och kommer att ha formen av ett samtal. Att delta i studien är naturligtvis frivilligt och Du kan närsomhelst avbryta Din medverkan utan något som helst förklarande ansvar. Om Du väljer att delta eller ej kommer inte påverka Din behandling inom psykiatrin.

När vårdande och lärande praktiseras och reflekteras inom psykiatrisk vård finns risker att deltagarna berörs känslö- och tankemässigt på ett sätt som kan kräva uppföljning. Vid avslutad datainsamling kommer jag att fråga Dig som

patient om hur Du mår för att sedan vid behov informera omvårdnadsansvariga sjuksköterskor alternativt behandlande läkare. Såväl Din vilja som hälsoaspekter kan vara avgörande för fortsatt deltagande i studien. Eventuella sådana beslut skall då tas i samverkan med Dig som patient, behandlande läkare och omvårdnadsansvariga sjuksköterskor.

Om Du väljer att delta kommer information (data) att behandlas konfidentiellt, d.v.s. inga obehöriga kommer att ha tillgång till forskningsmaterialet. Observationer som gjorts på avdelningen kommer att dokumenteras. Intervjun kommer att ljudinspelas och skrivs ut på dator. Dina personuppgifter är sekretesskyddade och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Resultatet kommer att publiceras i doktorsavhandling. Då resultat ifrån studien publiceras kommer enskilda individer som deltar ej kunna identifieras då allt material är avidentifierat.

Allt material från studien förvaras inlåst under betryggande former i tio (10) år. Hantering av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Ansvariga för Dina personuppgifter är projektledare för studien Margaretha Ekebergh samt personuppgiftsombudet på Högskolan i Borås Sten Dellby, tel: 033-435 40 23

Observationer och intervjuer genomförs av Niklas Andersson som är doktorand och forskare i studien. Har Du några frågor är Du välkommen att ta kontakt med Margaretha Ekebergh som är projektledare.

Forskarens namn, arbetsplats, mail- och telefonuppgifter

Ansvarig huvudhandledares namn, titel, arbetsplats, mail- och telefonuppgifter.

BILAGA 4

Till Dig som handledande sjuksköterska på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning

Jag heter Niklas Andersson och är doktorand vid institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Jag ska göra en forskningsstudie som kommer att utgöra grund för min doktorsavhandling.

Forskning visar att det finns behov av att undersöka hur relationen ser ut mellan vårdande och lärande då sjuksköterskestudenter gör sin praktik i utbildningen. Hos sjuksköterskestudenter finns behov av att kunna knyta ihop teori med praktik genom att använda den teoretiska kunskapen i den praktiska vården, det vill säga i möten med patienter. Även sjuksköterskestudenters handledare har behov av att kunna knyta ihop teori och praktik när det gäller att handleda.

Jag vill undersöka hur sjuksköterskestudenter, handledare och patienter upplever vårdande som lärande och lärande som vårdande på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. **Syftet** med studien är därför att beskriva hur vårdande och lärande är samstämmiga företeelser på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning och på vilket sätt de relaterar till varandra.

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i studien i egenskap av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och handledare för sjuksköterskestudenter på psykiatrisk utbildningsvårdavdelning.

Jag som forskare kommer att observera vårdande och lärande möten mellan sjuksköterskestudent, handledare och patient ute på vårdavdelningen. Även intervjuer kommer att genomföras. Denna intervju är individuell och kommer att ha formen av ett samtal. Att delta i studien är naturligtvis frivilligt och Du kan närsomhelst avbryta Din medverkan utan något som helst förklarande ansvar.

När vårdande och lärande praktiseras och reflekteras inom psykiatrisk vård finns risker att deltagarna berörs känslö- och tankemässigt på ett sätt som kan kräva uppföljning. Om behov av detta skulle uppkomma hos handledarna kommer jag som forskare att initiera kontakt med avdelningsledningen.

Om Du väljer att delta kommer information (data) att behandlas konfidentiellt, d.v.s. inga obehöriga kommer att ha tillgång till forskningsmaterialet. Observationer som gjorts på avdelningen kommer dokumenteras. Intervjun kommer att ljudinspelas och skrivs ut på dator. Dina personuppgifter är sekretesskyddade och behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Resultatet kommer att publiceras i doktorsavhandling. Då resultat ifrån studien publiceras kommer enskilda individer som deltar ej kunna identifieras då allt material är avidentifierat. Allt material från studien förvaras inlåst under betryggande former i tio (10) år. Hantering av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Ansvariga för Dina personuppgifter är projektledare för studien Margaretha Ekebergh samt personuppgiftsombudet på Högskolan i Borås Sten Dellby, tel: 033-435 40 23

Observationer och intervjuer genomförs av Niklas Andersson som är doktorand och forskare i studien. Har Du några frågor är Du välkommen att ta kontakt med Margaretha Ekebergh som är projektledare.

Forskarens namn, arbetsplats, mail- och telefonuppgifter

Ansvarig huvudhandledares namn, titel, arbetsplats, mail- och telefonuppgifter.

BILAGA 5

Blankett för samtycke

Patienter

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att delta i studien med syfte att beskriva hur vårdande upplevs som lärande och hur lärande upplevs som vårdande samt hur dessa relaterar till varandra på en psykiatrisk utbildningsvårdsavdelning. Deltagandet innebär att forskare kommer att observera vårdande-lärande möten mellan sjuksköterskestudenter, handledare samt patienter på avdelningen. Deltagande innebär också att individuellt bli intervjuad. Jag är medveten om att studien innehåller två olika delar (metoder) för datainsamling och jag kan välja att delta i båda eller endast i en.

Jag har fått både muntlig och skriftlig information och har förstått innebörden av att delta. Jag har fått skriftlig information genom ett informationsblad och fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta utan något som helst förklarande ansvar eller att detta får konsekvenser för min fortsatta vård och behandling inom sjukvården. Jag är också medveten om att observationerna på avdelningen och de inspelade intervjuerna skrivs ut på dokument och kommer att arkiveras under tio (10) år och att inga obehöriga har tillgång till materialet.

Jag väljer härmed att delta i följande delar av forskningsstudien:

- Deltagande observation med uppföljande intervju
- Individuell intervju

Ort datum och namnunderskrifter från deltagare och forskare.

BILAGA 6

Blankett för samtycke

Sjuksköterskestudenter

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att delta i studien med syfte att beskriva hur vårdande upplevs som lärande och hur lärande upplevs som vårdande samt hur dessa relaterar till varandra på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. Deltagandet innebär att forskare kommer att observera vårdande-lärande möten mellan sjuksköterskestudenter, handledare samt patienter på avdelningen, att individuellt bli intervjuad samt att efter varje arbetspass skriva dagbok innehållandes reflektioner över vad jag lärt mig i vårdande möten med patienter. Jag är medveten om att studien innehåller tre olika delar (metoder) för datainsamling och jag kan välja att delta i samtliga eller endast vissa delar. Jag har fått både muntlig och skriftlig information och har förstått innebörden av att delta. Jag har fått skriftlig information genom ett informationsblad och fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta utan något som helst förklarande ansvar eller att detta får konsekvenser för min fortsatta vård och behandling inom sjukvården. Jag är också medveten om att observationerna på avdelningen och de inspelade intervjuerna skrivs ut på dokument och kommer att arkiveras under tio (10) år och att inga obehöriga har tillgång till materialet.

Jag väljer härmed att delta i följande delar av forskningsstudien:

- Deltagande observation med uppföljande intervju
- Individuell intervju
- Reflekterande dagboksbeskrivningar

Ort datum och namnunderskrifter från deltagare och forskare.

BILAGA 7

Blankett för samtycke

Handledande sjuksköterskor

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att delta i studien med syfte att beskriva hur vårdande upplevs som lärande och hur lärande upplevs som vårdande samt hur dessa relaterar till varandra på en psykiatrisk utbildningsvårdsavdelning. Deltagandet innebär att forskare kommer att observera vårdande-lärande möten mellan sjuksköterskestudenter, handledare samt patienter på avdelningen. Deltagande innebär också att individuellt bli intervjuad. Jag är medveten om att studien innehåller två olika delar (metoder) för datainsamling och jag kan välja att delta i båda eller endast i en.

Jag har fått både muntlig och skriftlig information och har förstått innebörden av att delta. Jag har fått skriftlig information genom ett informationsblad och fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta utan något som helst förklarande ansvar eller att detta får konsekvenser för min fortsatta vård och behandling inom sjukvården. Jag är också medveten om att observationerna på avdelningen och de inspelade intervjuerna skrivs ut på dokument och kommer att arkiveras under tio (10) år och att inga obehöriga har tillgång till materialet.

Jag väljer härmed att delta i följande delar av forskningsstudien:

- Deltagande observation med uppföljande intervju
- Individuell intervju

Ort datum och namnunderskrifter från deltagare och forskare.

BILAGA 8

Till Verksamhetschef på vuxenpsykiatriska kliniken

Jag har tagit del av den etiska ansökan som gäller för studien avseende hur vårdande upplevs som lärande och hur lärande upplevs som vårdande samt hur dessa relaterar tillvarandra på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. Jag ger härmed tillstånd till att studien genomförs. Studien äventyrar inte forskningspersonernas (deltagarnas) säkerhet.

Jag intygar härmed att forskaren får tillgång till patienter, handledandande sjuksköterskor samt sjuksköterskestudenter på berörda avdelningar.

Ort, datum och namnunderskrift.

BILAGA 9

Till Stf Prefekt vid Institutionen för vårdvetenskap

Jag har tagit del av den etiska ansökan som gäller för studien avseende hur vårdande upplevs som lärande och hur lärande upplevs som vårdande samt hur dessa relaterar tillvarandra på en psykiatrisk utbildningsvårdavdelning. Jag ger härmed tillstånd till att studien genomförs.

Jag intygar härmed att ekonomiska resurser finns tillgängliga. Forskaren har en anställning som doktorand på Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås och kommer att genomföra projektet inom ramen för doktorandanställning.

Ort, datum och namnunderskrift.



Linnaeus University Dissertations

Nedan följer en lista på skrifter publicerade i serien Linnaeus University Dissertations. För fler titlar och mer information se Linnaeus University Press sidor på Lnu.se

170. Oscarsson, Jan 2014. *Strength grading of structural timber and EWP laminations of Norway spruce – development potentials and industrial applications* (byggteknik/building technology) ISBN: 978-91-87427-84-8.

171. Gil de la Iglesia, Didac 2014. *A Formal Approach for Designing Distributed Self-Adaptive Systems* (mediateknik/media technology) ISBN: 978-91-87427-85-5.

172. Svensson, Henric 2014. *Characterization, toxicity and treatment of wood leachate generated outdoors by the wood-based industry* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87427-86-2.

173. André Salomão 2014. *Occurrence and ecotoxicity of endocrine disruptor chemicals in aquatic environment and sewage treatment systems* (miljöteknik/environmental technology) ISBN: 978-91-87427-87-9.

174. Lars Eliasson 2014. *Some aspects on quality requirements of wood for use in the industrial manufacture of single-family timber houses* (skog och träteknik/forestry and wood technology) ISBN: 978-91-87427-88-6.

175. Jonas Lundberg 2014. *Fast and Precise Points-to Analysis* (datavetenskap/computer science) ISBN: 978-91-87427-89-3.

176. Sepideh Olausson 2014. *Intensivvårdsrummets betydelse för vårdande och välbefinnande – patienters närståendes och vårdpersonalens erfarenheter* (vårdvetenskap/caring science) ISBN: 978-91-87427-90-9.

177. Margaretha Larsson 2014. *Tonårsflickors hälsa – att stödja och stärka* (vårdvetenskap/caring science) ISBN: 978-91-87427-92-3.

178. Johan Stedt 2014. *Wild Birds as Carriers of Antibiotic Resistant E. coli and Extended-Spectrum Beta-Lactamases* (ekologi/ecology) ISBN: 978-91-87427-93-0.

179. Kerstin Golker 2014. *Fundamental Studies on Molecularly Imprinted Materials* (kemi/chemistry) ISBN: 978-91-87427-94-7.

180. Helena Ackesjö 2014. *Barns övergångar till och från förskoleklass. Gränser, identiteter och (dis-)kontinuiteter* (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87427-95-4.

181. Astrid Skoglund 2014. *Kommunikativa strategier i texter om tobaksavvänjning. Innehåll, argumentation och modelläsare* (svenska språket/Swedish) ISBN: 978-91-87925-06-1.
182. Stefan Gustafsson 2014. *Electromagnetic Dispersion Modeling and Analysis for Power Cables* (fysik/physics) ISBN: 978-91-87925-07-8.
183. Magdalena Elmersjö 2014. *Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen* (socialt arbete/social work) ISBN: 978-91-87925-08-5.
184. Elisabeth Lindberg 2014. *Tid för vårdande möten. Att vidmakthålla och utveckla vårdandet med patientperspektivet i fokus* (vårdvetenskap/caring science) ISBN: 978-91-87925-09-2.
185. Andrew Wekesa Wamukota 2014. *Fishermen and fishtraders in Kenya: Resources, livelihoods and the influence of global markets* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87925-10-8.
186. Henrik Hansson 2014. *Treatment of wastewater generated by wood-based dry industries: advanced oxidation processes and electrocoagulation* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87925-11-5.
187. Thorbjörn Ahlgren 2014. *Institutionalisering på hemmaplan. En idé resa i den sociala barnvården* (socialt arbete/social work) ISBN: 978-91-87925-14-6.
188. Tora Hammar 2014. *eMedication – improving medication management using information technology*. (biomedicinsk vetenskap/ biomedical sciences) ISBN: 978-91-87925-15-3.
189. Lars Fonseca 2014. *Det godkända fusket – normförhandlingar i gymnasieskolans bedömningspraktiker*. (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87925-16-0.
190. Ulf Larsson-Olaison 2014. *Convergence of National Corporate Governance Systems: Localizing and Fitting the Transplants*. (ekonomistyrning/accounting and management control) ISBN: 978-91-87925-17-7.
191. Richard Shukia 2014. *Learning and Teaching to Read in Kiswahili in Pre-Primary Classes in Tanzania: Teachers' Beliefs and Instructional Practices*. (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87925-18-4.
192. Louise Elmlund 2014. *QCM-based sensing using biological and biomimetic interfaces*. (kemi/chemistry) ISBN: 978-91-87925-20-7.
193. Anna-Kari Trondman 2014. *Pollen-based quantitative reconstruction of land-cover change in Europe from 11,500 years ago until present – a dataset suitable for climate modelling* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87925-21-4.
194. Marianne Dahl 2014. *Fritidspedagogers handlingsrepertoar. Pedagogiskt arbete med barns olika relationer* (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87925-22-1.

195. Kirsi Jarnerö 2014. *Vibrations in timber floors – Dynamic properties and human perception* (byggt teknik/civil engineering) ISBN: 978-91-87925-23-8.
196. Bahtijar Vogel 2014. *An Open Architecture Approach for the Design and Development of Web and Mobile Software* (datavetenskap/computer science) ISBN: 978-91-87925-24-5.
197. Olga Maskenskaya 2014. *Abundance and fractionation of rare earth elements in calcite and other secondary minerals in fractures in the upper kilometre of crystalline bedrock, SE Sweden* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87925-25-2.
198. Ann-Kristin Fjällström 2014. *Signaling factors related to atrophy and hypertrophy in denervated skeletal muscle* (biomedicinsk vetenskap/biomedical science) ISBN: 978-91-87925-26-9.
199. Marie Gunnarsson 2014. *Lärande i arbetslivets övergångar* (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87925-27-6.
200. Pontus Wallin 2014, *Authoritarian collaboration. Unexpected effects of open government initiatives in China* (statsvetenskap/political science) ISBN: 978-91-87925-29-0.
201. Simone Scarpa 2014, *The spatial manifestation of inequality: residential segregation in Sweden and its causes* (socialt arbete/social work) ISBN: 978-91-87925-32-0.
202. Kim Evertsson 2014, *Protein expression and modifications in denervated atrophic and hypertrophic skeletal muscle* (biomedicinsk vetenskap/biomedical science) ISBN: 978-91-87925-33-7.
203. Changxun Yu 2014, *Metal abundance and behavior in geo-materials affected by metal-sulfide oxidation* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87925-36-8.
204. Markus Lindh 2014, *Bacterioplankton population dynamics in a changing ocean* (miljövetenskap/environmental science) ISBN: 978-91-87925-38-2.
205. Gustaf Olsson 2014, *Modelling of Molecular Interactions in Mixtures: Fundamental Studies and Applications* (kemi/chemistry) ISBN: 978-91-87925-41-2.
206. Ke Yang 2015, *Regulation of artemisinin biosynthesis in Artemisia annua L* (biomedicin/biomedical science) ISBN: 978-91-87925-43-6.
207. Henrik Nilsson 2015, *Kultur och utbildning – en tolkning av två grundskolors mångkulturella kontexter* (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87925-44-3.
208. Ida Ohlsson Al Fakir 2015, *Nya rum för socialt medborgarskap. Om vetenskap och politik i "Zigenarundersökningen" – en socialmedicinsk studie av svenska romer 1962-1965* (historia/history) ISBN: 978-91-87925-46-7.

209. Antonina Danylenko 2015, *Decision Algebra: A General Approach to Learning and Using Classifiers* (datavetenskap/computer science) ISBN: 978-91-87925-47-4.
210. René Nordstierna 2015, *Osäkra möten. Perspektiv på metodbildning för det konstnärliga högskoleutbildningsfältet* (pedagogik/education) ISBN: 978-91-87925-48-1.
211. Reza Mahani 2015, *Magnetic solotronics near the surface of a semiconductor and a topological insulator* (fysik/physics) ISBN: 978-91-87925-49-8.
212. Niklas Andersson 2015, *När vårdande och lärande sammanfaller .Patienters, studenters och handledares erfarenheter av möten på en utbildningsvårdavdelning inom psykiatrisk vård* (vårdvetenskap/nursing) ISBN: 978-91-87925-50-4.