

# **Sjuksköterskors patientundervisande arbete**

## **Ett otydligt fält**

**Anne-Louise Bergh**

**Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid  
Sahlgrenska akademien  
Göteborgs universitet**

**Göteborg, 2016**



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**

Sjuksköterskors patientundervisande arbete – Ett otydligt fält  
© 2016 Anne-Louise Bergh  
anne-louise.bergh@hb.se

ISBN 978-91-628-9744-4 (Hard copy).  
ISBN 978-91-628-9745-1 (e-pub).  
<http://hdl.handle.net/2077/41557>

All material accepted for publication have been reprinted with the permission of the publishers.  
Printed in Gothenburg, Sweden 2016  
Ineko AB

Upptäckandet av en lösning består i att  
titta på samma sak som alla andra men  
tänka något annorlunda

Albert Szent-Györgyi





## ABSTRACT

**Aim:** The overall aim of this thesis is to explore, describe and critically assess conditions for nurses' patient education work. This was carried out in two stages. In the first stage, the aim was to describe nurses' experiences and perceptions of patient education work in relation to organisation, environment, professional cooperation and pedagogical competence, as well as describe differences between primary, municipal and hospital care. In the second stage, the aim was to identify discourses in the ways managers speak of the conditions for nurses' patient education work in primary and hospital care.

**Methods:** In studies I and II, a randomised selection of nurses (842) received a questionnaire of 47 items concerning factual experiences and perceptions patient education, and 13 background items. Questionnaires were returned by 83 % of the participants. The items concerned organisation, environment, professional cooperation (I), and pedagogical competence (II). Descriptive statistics, non-parametric tests and content analysis for open-ended items were used.

In studies III and IV, data was collected from three focus group interviews with managers (n=10) in hospital care, and three focus groups interviews with managers (n=10) in primary care. An explorative, qualitative design with a social constructionist perspective was used. The data was analysed with a critical discourse analysis.

**Results:** Nurses' perceptions of conditions for patient education differ between health-care settings, in favour of primary care (I, II). The nurses in primary care had better conditions and more managerial support, for example in the allocation of uninterrupted time (I). The primary care nurses had an advantage in relation to those in municipal or hospital care when it came to following research in patient education as well as how they perceived their own competences, pedagogical education and post graduate specialisations (II).

Due to a heavy workload and a lack of time, the managers in hospital care could neither see the importance of their role as a supporter of the patient education provided by the nurses nor their role in the development of the nurses' pedagogical competence. The managers used (mainly) organisational, financial, medical and legal discourses for explaining their failure to support the nurses' providing patient education (III). The discursive practice in primary care comprised a discourse order of economic, medical, organisational and didactic discourses. The economic discourse was the predominant one, to which the organisation had to adjust. The medical discourse was self-evident and unquestioned. The managers initiated reorganisations, generally due to financial

constraints. The nurses' pedagogical competence development was unclear. Practice-based experiences of patient education were considered very important, whereas theoretical pedagogical knowledge was considered less important (IV).

**Conclusions:** Nurses' patient education work must be made visible and be given sufficient resources. In this process, support from their managers is considered vital. Managers' support for nurses' practical and theory-based pedagogical competence development needs to be strengthened.

**Keywords:** nurse, manager, patient education, teaching, information, pedagogical, critical discourse analysis.

## ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen är baserad på fyra studier, vilka refereras till i texten utifrån romersk numrering:

- Studie I Bergh, A-L., Karlsson, J., Persson, E. & Friberg, F. (2012). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on organizational, environmental and professional cooperation aspects. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 758-770. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01460.x
- Studie II Bergh, A-L., Persson, E., Karlsson, J. & Friberg, F. (2014). Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on aspects of competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 523-536. DOI: 10.1111/scs.12077
- Studie III Bergh, A-L., Friberg, F., Persson, E. & Dahlborg-Lyckhage, E. (2015). Perpetuating 'New Public Management' at the expense of nurses' patient education: a discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 22(3), 190-201. DOI: 10.1111/nin.12085
- Studie IV Bergh, A-L., Friberg, F., Persson, E. & Dahlborg-Lyckhage, E. (2015). Registered Nurses' Patient Education in Everyday Primary Care Practice: Managers Discourses. *Global Qualitative Nursing Research*. DOI: 10.1177/2333393615599168

Publicerade artiklar har återgivits med respektive tidskrifts tillstånd.



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	3
<b>Patientundervisning – en del av sjuksköterskors ansvarsområde</b> .....	3
Historiska tillbakablickar på sjuksköterskors undervisande arbete.....	4
Sjuksköterskans pedagogiska utbildning.....	5
<b>Tidigare forskning om sjuksköterskors patientundervisande arbete</b> .....	6
<b>Olika begrepp och perspektiv med anknytning till patientundervisning</b> .....	9
<b>Sammanfattning av forskningsproblemet</b> .....	11
<b>SYFTE</b> .....	13
<b>TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	15
<b>Kunskapsteoretiska perspektiv</b> .....	15
<b>Teoretiska redskap</b> .....	16
Bourdieu's handlingsteori.....	16
Teoretisk dimension i Faircloughs kritiska diskursanalys.....	17
<i>Diskursers inbördes placering</i> .....	18
Ellströms kompetensmodell.....	18
<b>METOD</b> .....	21
<b>Design och fokus i studierna</b> .....	21
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	22
Frågeformulär: Sjuksköterskors Patientundervisning.....	22
Fokusgruppsintervjuer.....	23
<b>Deltagare och urval</b> .....	23
Studie I och II.....	23
Studie III och IV.....	24
<b>Analys av data</b> .....	25
Studie I och II - Deskriptiv statistik och innehållsanalys.....	25
Studie III och IV - Kritisk diskursanalys.....	25
Ellströms kompetensmodell.....	26
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN</b> .....	27
<b>RESULTAT</b> .....	29
<b>Studie I och II</b> .....	29
Formell och informell pedagogisk kompetens samt specialistutbildning.....	29
Studie I med fokus på organisatoriska-, miljö- och samarbetsaspekter i patientundervisande arbete.....	29
Studie II med fokus på aspekter av kompetens i patientundervisande arbete.....	30
Sammanfattning av huvudfynden i studierna I och II.....	33
<b>Studie III och IV</b> .....	34
Studie III fokuserar hur chefer inom sjukhusvård talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete.....	34
Studie IV fokuserar hur chefer inom primärvård talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete.....	35

Sammanfattning av huvudfynden i studierna III och IV .....	37
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>39</b>
<b>Ett otydligt fält</b> .....	<b>39</b>
Sjuksköterskors och chefers habitus .....	40
<b>Patientundervisning och medicinsk diskurs</b> .....	<b>41</b>
<b>Patientundervisning och användning av forskningsresultat</b> .....	<b>42</b>
<b>Pedagogisk kompetens utifrån Ellströms modell</b> .....	<b>42</b>
Bristande pedagogisk kompetens .....	43
<b>Att förändra och tydliggöra fältet</b> .....	<b>44</b>
Att ändra diskursordningen .....	45
Att utveckla den didaktiska diskursen – personcentrerat arbetssätt .....	45
<i>Hälsolitteracitet</i> .....	46
Att utveckla sjuksköterskans pedagogiska kompetens.....	47
<i>Organisatoriska aspekter</i> .....	47
<i>Patienters utvärdering av undervisningsaktivitet – en tänkbar rutin i organisationen</i> .....	50
<b>Makten i och bakom diskurserna</b> .....	<b>50</b>
<b>Att förändra och att förbättra – sammanfattning</b> .....	<b>52</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>54</b>
Validitet och reliabilitet i studie I och II .....	54
Trovärdighet i studie III och IV .....	56
<b>KONKLUSION</b> .....	<b>59</b>
<b>FORTSATT FORSKNING</b> .....	<b>59</b>
<b>SUMMARY OF THE THESIS IN ENGLISH</b> .....	<b>61</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>61</b>
<b>Aim</b> .....	<b>62</b>
<b>Method</b> .....	<b>63</b>
<b>Results</b> .....	<b>63</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>65</b>
<b>TACK</b> .....	<b>67</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>69</b>
<b>APPENDIX</b> .....	<b>78</b>
<b>PUBLIKATIONER</b> .....	<b>81</b>

# INLEDNING

... inte visste jag att det går att ha så många frågor om patientundervisning  
... det har jag aldrig tänkt på tidigare ...

Så sade en sjuksköterska som arbetar inom sjukhusvård efter att ha läst och besvarat ett frågeformulär om patientundervisning. I citatet uttrycks en förvåning över att det "kan skrivas" så mycket om patientundervisning som är en sådan självklar och vanligt förekommande daglig uppgift. Hen uttryckte vidare att undervisning "är något man gör ofta, många gånger utan att tänka på det." Det är detta område som denna avhandling kommer att handla om.

Sjuksköterskor arbetar i en tid med förändrade krav och ökad komplexitet. I Framtidskommissionens rapport (Stadsrådsberedningen, Ds 2013:19) beskrivs de demografiska förändringarna i Sverige. Människor lever längre, samtidigt som andelen människor i yrkesverksam ålder sjunker och den längsta fasen i livet kan bli pensionstiden. Att de äldre blir fler innebär även en risk för en större befolkningssjuklighet, med fler funktionsnedsatta och multisjuka personer. Genom medicinskt teknologisk utveckling och kunskapsmässiga framsteg inom medicinska områden kan idag fler och sjukare patienter i alla åldrar behandlas (Socialdepartementet, 2010). Detta sammantaget innebär en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård och sjuksköterskors patientundervisning bör än mer fokusera patienters förmåga att förvärva, förstå och använda information för att främja eller bibehålla hälsa (Sørensen et al., 2012).

Att producera mer vård kostar mer och jakten på att sänka kostnader pågår ständigt. Inom vården har ekonomiska uttryck blivit allt vanligare och 'New public management' (Elzinga, 2012) är ett samlingsbegrepp som använts för att beskriva hur ökade kostnader har hanterats i offentlig verksamhet (jfr Axelsson, 2000). Begreppet inbegriper idéer lånade från näringslivet, med fokus på att effektivisera organisationer: med målstyrning, decentralisering, konkurrensutsättning och uppföljningar med noggranna resultat- och kostnadskontroller. New public management har sitt ursprung i kritiken mot "traditionella" sätt att utöva förvaltning och styrning i offentliga hierarkiska organisationer, där skicklighet och meriter inom professionen, t.ex. inom det medicinska området, även reflekterar personens position i organisationen.

I denna avhandling betyder föreställningar sättet på vilket ett fenomen eller ett förhållande uppfattas, d.v.s. hur en människa tänker, förstår, resonerar, uppnår kunskap, uppfattar sinnesintryck, förväntningar och löser problem (Lundgren, 1996).

Föreställningar formas av erfarenheter och ideologier, vilket innebär att de är bestämmande för verkligheten samtidigt som de konstruerar verkligheten (Dahlborg Lyckhage, 2003). I alla kulturer, t.ex. vårdkulturen, finns det som ibland kallas ett kollektivt medvetande om vad som är viktigt och vad som vidmakthålls via verbal och därmed språklig eller icke-verbal kommunikation och handlingar. I vårdkulturen finns ofta traditioner, ritualer och symboler som inte är medvetandegjorda hos de professionella på arbetsplatsen. Denna avhandling handlar om förutsättningar för sjuksköterskors dagliga patientundervisning.

En stor del av sjuksköterskors patientundervisande arbete är informellt och därmed spontant och oplanerat (se t.ex. Barber-Parker, 2002; Friberg, 2001; Gregor, 2001; Prandi, Garrino, Clerico, Sommovigo, Vellone, & Alvaro, 2014). I avhandlingen är patientundervisning en företeelse som kan vara både formell (planerad) och informell (spontan). Den genomförs mellan sjuksköterskor och patienter både i dagliga möten och som planerad undervisningsaktivitet, t.ex. undervisning i grupp. Patientundervisningen utvecklas och förändras över tid. Traditioner, ritualer och symboler påverkar hur arbete utförs och organiseras (Lannerheim, 1994), t.ex. patientundervisning. Att beskriva och utveckla patientundervisningen så att den blir en tydlig del av sjuksköterskans dagliga omvårdnad är viktigt (t.ex. Berglund, 2011). Detta kan ses mot bakgrund av att kravet på kompetensutveckling i arbetslivet har ökat, samtidigt som pedagogisk forskning om utbildning och lärande i arbetslivet efterfrågas (Ellström & Hultman, 2004; Williams, 2010).



# BAKGRUND

## Patientundervisning – en del av sjuksköterskors ansvarsområde

Patientundervisning och patientdelaktighet är honnørsord i dagens hälso- och sjukvård. Begreppen inrymmer såväl möjligheter som krav, både för personer drabbade av ohälsa och sjukdom, och för de professionella yrkesutövarna. Det finns tydliga samhälleliga förväntningar både på att medborgarna ska ta ansvar för sin hälsa och livsstil, och att berörd hälso- och sjukvårdspersonal ska stödja och utveckla patienters kunskaper och förståelse för sin hälsa/ohälsa och egenvård, både internationellt och nationellt (LPR 1992; LPR 1998:482; SFS 1982:763; SFS 2010:659). Från 1 januari 2015 har lagstiftningen ytterligare stärkt och tydliggjort patientens ställning genom att lyfta fram att integritet, självbestämmande och delaktighet är viktigt (SFS 2014:821). Denna skärpning understryker vikten av sjuksköterskors professionella praktik, där patientundervisning ingår för att patienter skall uppnå delaktighet och självbestämmande. Detta innebär också att sjuksköterskor skall utveckla den professionella praktiken genom att bl.a. använda evidensbaserad kunskap i patientundervisningssituationer.

I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor gav Socialstyrelsen (2005)<sup>1</sup> rekommendationer avseende yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt. Sjuksköterskan ansvarar för tre arbetsområden: omvårdnadens teori och praktik; forskning, utveckling och utbildning; samt ledarskap. I yrkesutövandet ska finnas ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn på patienten. Detta kan tolkas som att information, undervisning och stöd för patienters lärande ska ingå. Dessutom har varje sjuksköterska ett ansvar att utifrån forskningsresultat vårda och undervisa patienter och driva utvecklingen av omvårdnaden och dess pedagogiska frågor framåt. Sjuksköterskor har även skyldighet att dokumentera patienters omvårdnad inklusive pedagogiska aktiviteter i patientjournaler (SFS 2008:355; SOSFS 2008:14). Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2010) arbetar med professionell utveckling och har också tagit fram kompetensbeskrivningar utöver de reguljära programbeskrivningarna för sjuksköterskor med specialisering inom många olika områden (SFS 1993:100). Kompetensområden för sjuksköterskeutbildning och yrkesutövning beskrivs i de sex kärnkompetenserna (QSEN, 2007) som används av Svensk sjuksköterskeförening i

---

<sup>1</sup>Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor är borttagen från Socialstyrelsens hemsida, år 2015. Att definiera kompetensen för olika professioner är inte Socialstyrelsens uppgift. I dag finns ingen generell kompetensbeskrivning för grundutbildad sjuksköterska. Svensk sjuksköterskeförening har påbörjat arbetet att ta fram en kompetensbeskrivning på grundnivå. Arbetsledare är Ing-Marie Moegelin, sakkunnig i utbildnings- och äldre frågor.

beskrivning av sjuksköterskors kompetens (SSF, 2010). De sex kärnkompetenserna är idag internationellt vedertagna och omfattar personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling och säker vård samt informatik. Pedagogisk kompetens kan sägas genomsyra kärnkompetenserna.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer, t.ex. för kranskärlsvård och diabetesvård (NBHW, 2013; Socialstyrelsen, 2015a, 2015b), framhålls vikten av att specialistutbildade sjuksköterskor har livsstilsinriktade hälsosamtal där huvudfokus ligger på att skapa en konstruktiv dialog. Samhällets ökade krav på utveckling av sjuksköterskors specialisering är lika relevant internationellt (ANA, 2010).

### **Historiska tillbakablickar på sjuksköterskors undervisande arbete**

Florence Nightingale framhålls ofta som en förgrundsgestalt när det gäller sjuksköterskors patientundervisande arbete. För att förbättra människors och patienters hälsa och förhindra sjukdom under 1800-talet fokuserade det undervisande arbetet på att förbättra hygien och att skapa ett moraliskt leverne genom tillrättaliggande i människors närmiljö (Nightingale & Barnum, 1970/1859). På 1950-talet utvecklades omvårdnadsteorier, dels för att tydliggöra sjuksköterskors arbete och dels som en motvikt till den medicinska dominansen (Aggleton & Chalmers, 2000). I teorierna var pedagogiska aktiviteter mer eller mindre framträdande, men Hendersons (1969, s. 10) definition av omvårdnad tydliggör vikten av att stödja patienten i att främja hälsa och att skapa oberoende:

Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende.

Historiskt sett har sjuksköterskors patientundervisande arbete lyfts fram som en viktig del i utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Under första delen av 1900-talet var sjuksköterskors hälsoupplysande och rådgivande arbete relativt självständigt i förhållande till läkares ansvarsområde (Häggström, 1999). Under efterkrigstiden blev hälsoundervisning en viktig arbetsuppgift även för distrikts- och barnsjuksköterskor (Erlöv & Petersson, 1992). Detta utgjorde en del av den svenska välfärdsmodellen (folkhemmet) som började byggas upp på 1950-talet och där också barna- och mödravård, skolhälsovård och tandvård ingick (Hirdman, 1992). Under 1960- och 70-talet inträffade en förändring, då undervisningen fokuserade på sjukdom och behandling av sjukdom, främst utförd av grundutbildade sjuksköterskor. Parallellt utfördes mer och mer undervisning med fokus på medicinska kunskaper, på grund av läkarbrist. En annan orsak till ökad undervisning till patienter var den medicinsktekniska utvecklingen, exempelvis hantering av sprutor och bandagering.

Även livsstilsfrågor såsom kost och miljö var något som nu uppmärksammades. Specialisering inom vården ökade och en naturlig följd blev ökad efterfrågan på sjuksköterskor med specifika kompetenser och specifikt undervisningsansvar, t.ex. diabetes- och hjärtsjuksköterskor (Häggström, 1999).

## **Sjuksköterskans pedagogiska utbildning**

Under 1900-talets första hälft påtalades i Sverige behovet av sjuksköterskor med pedagogisk kompetens, men i styrdokument för sjuksköterskeutbildningen, 1916-1992, framstår inte pedagogik som ett specifikt utbildningsinnehåll (Häggström, 1999). Häggström beskriver att undervisningsmetodik och pedagogik integrerades i andra undervisningsämnen och att sjuksköterskans roll som undervisare blev mer otydlig under 1950-talet. Under 1980-talet, när omvårdnad blev det centrala ämnet i sjuksköterskeutbildningen, fick pedagogik en än mer undanskymd plats. Detta kan innebära att de idag yrkesverksamma sjuksköterskor som utbildade sig innan 1993 års utbildningsreform (SFS 1993:100) inte erhållit någon pedagogisk kompetens inom utbildningens ram. Furåkers (2001) studier av nationella sjuksköterskeprogramms utbildningsplaner och kursplaner, från 1993 till 1996, alltså efter 1993 års utbildningsreform, har visat att på flera högskolor integrerades ämnet pedagogik i huvudämnet omvårdnad och pedagogikämnet varierade från 0 till 30 poäng, men gavs inte i specialinriktade kurser.

I början av 2000-talet förtydligas de pedagogiska kraven för att erhålla sjuksköterskeexamen (SFS 2001:23, s. 18): "... initiera och delta i hälsofrämjande och förebyggande arbete" och kunna "undervisa patienter och deras anhöriga samt handleda vårdpersonal." I en utredning för 15 år sedan, om nyutexaminerade sjuksköterskors kunskaper och kompetens i yrket (Socialstyrelsen, 2002), framkom att sjuksköterskor har bristande kunskap i att informera och undervisa patienter. Detta ska förstås mot bakgrund av att svensk lagstiftning redan på 1990-talet skärpte patienters rättigheter till individuellt anpassad information om t.ex. hälsotillstånd och egenvård (SFS 1998:1661). Idag finns exempel på att lärosäten har skapat kurser med fokus på patientundervisning i sjuksköterskeutbildningar. Ett annat exempel är att utbildning i vuxenpedagogik, 7,5 högskolepoäng, krävs för att diabetessjuksköterskor skall kunna bedriva gruppundervisning för patienter med diabetes mellitus inom Västra Götalandsregionen (2012).

Högskoleverkets vägledning till universitet och högskolor om innehåll i sjuksköterskeutbildning på grund- och avancerad nivå beskrivs i Högskoleförordningen och examensordningen för sjuksköterskor (SFS 1993:100). För examen på grundnivå uttrycks bl.a. "visa kunskap och förståelse inom det huvudsakliga området för utbildningen, inbegripet kännedom om områdets

vetenskapliga grund och kunskap om några tillämpliga metoder inom området.” Här finns inte någon tydlig koppling till pedagogiskt arbete. För examen på avancerad nivå (till specialistsjuksköterska) uttrycks bl.a. ”-visa vårdpedagogisk förmåga”. I SSF riktlinjer beskrivs att specialistutbildningar skall leda till fördjupade kunskaper inom pedagogik (SSF, 2010, s. 16).

Sammanfattningsvis har samhällets krav på patienters delaktighet i vården, den hälsopolitiska samhällsutvecklingen, den treåriga sjuksköterskeutbildningen med möjlighet till kandidatexamen utöver yrkesexamen samt ökad specialisering med specialistsjuksköterskor således skapat ökade förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete.

## **Tidigare forskning om sjuksköterskors patientundervisande arbete**

Trots tydliga samhälleliga och nationella krav på att tillgodose patienters informations- och undervisningsbehov visar forskning, såväl nationellt som internationellt (Friberg, Granum, & Bergh, 2012; Österlund-Efraimsson, Klang, Larsson, Ehrenberg, & Fossum, 2009), att det undervisande arbetet värderas som viktigt på samma gång som det tas för givet och därmed är otydligt. Svårigheten för sjuksköterskor att omsätta teoretisk kunskap i praktiskt omvårdnadsarbete har visats i flera studier (Hendersson, 2002; Rudman, Gustavsson, Ehrenberg, Boström, & Wallin, 2012) och detsamma torde gälla för aktiviteten patientundervisning.

Några äldre studier (Close, 1988; Kruger, 1990; Speers, 1989) belyser sjuksköterskors patientundervisande roll, dess betydelse och även dess osynlighet. Både intervjustudier (Irvine, 2007; Turner, Wellard, & Bethune, 1999) och enkätstudier (Kelley & Abraham, 2007; Lewis, 2005; Lin, Gebbie, Fullilove, & Arons, 2004; Park, 2005; Valente, 2007) förekommer. I de äldre studierna finns det få studier som handlar om förutsättningar för patientundervisande arbete (Friberg et al., 2012).

Forskning visar att det finns ett antal hindrande faktorer i det patientundervisande arbetet, t.ex. osäkerhet relaterad till bristande pedagogisk kunskap (Barber-Parker, 2002; Eloranta, Katajisto, & Leino-Kilpi, 2015; Turner et al., 1999), oklara gränser till andra yrkesgruppers patientundervisande ansvar (Moret, Rochedreux, Chevalier, Lombrail, & Gasquet, 2008; Turner et al., 1999), tidsbrist (Barber-Parker, 2002; Fall, Chakroun, Dalle, & Izaute, 2013; Marcum, Ridenour, Shaff, Hammons, & Taylor, 2002), oklara målsättningar i undervisningsarbetet (Eloranta et al., 2015; Turner et al., 1999) och bristande stöd från chefer i organisationen (Barber-Parker, 2002; Visser & Wysmans, 2010). I början av 1990-talet påpekade Ehnfors och Smedby (1993) att

omvårdnad som relaterades till begreppen information och kommunikation hade minst noteringar i patientjournaler. Bristande dokumentation har också visats i senare forskning (Annersten Gershater, Pilhammar, & Alm Roijer, 2011; Bergh, Bergh, & Friberg, 2007).

Även om patientundervisning är en vanligt förekommande arbetsuppgift framgår att sjuksköterskor inte är tillräckligt förberedda för uppgiften (Eloranta et al., 2015; Friberg, Pilhammar Andersson, & Bengtsson, 2007; Gedda, 2001; Öhman, 2003). I en litteraturoversikt (Friberg et al., 2012) visas på ett spänningsfält i sjuksköterskors patientundervisande arbete avseende att se arbetet som viktigt och på samma gång ha bristande pedagogisk kompetens. Få studier handlade om sjuksköterskors dagliga patientundervisande arbete (Marcum et al., 2002) och föreställningar om det faktiska genomförandet (McGoldrick, Jablonski, & Wolf, 1994; Öhman, 2003). Eloranta, Katajisto och Leino-Kilpi (2015) undersökte finska sjuksköterskors skicklighet i patientundervisande arbete avseende innehåll, struktur och pedagogiska metoder mellan 2001 och 2010 och fann ingen förändring. Sjuksköterskor visade störst skicklighet i att undervisa med bio-fysiologiskt innehåll, t.ex. sjukdom och behandling, och lägst skicklighet i att använda olika undervisningsmetoder.

Under senare år har det blivit vanligare med forskningslitteratur som fokuserar förutsättningar och föreställningar om sjuksköterskors patientundervisande arbete, både med sjuksköterske- och patientperspektiv (Fall et al., 2013; Ingadottir, Johansson Stark, Leino-Kilpi, Sigurdardottir, Valkeapää, & Unosson, 2014). Det blir också vanligare att sjuksköterskor genomför undervisningsprogram t.ex. för patienter med kroniska sjukdomar som i Bryant och Gasper (2014) studie inom primärvård. Studien beskriver att sjuksköterskor undervisar patienter med hjärtsvikt i egenvård och undervisar även i hemmiljö. Resultatet visar nöjdare patienter, att de klarade egenvården bättre och att sjukhusinläggningarna minskade. Sjuksköterskors pedagogiska skicklighet och erfarenhet, och undervisning i hemmet skapade bättre förutsättningar för patienters egenvård. En annan aspekt, vilken framgår av Shaha et al. (2015), är att utveckla, genomföra och utvärdera evidensbaserad omvårdnad med fokus på undervisning till patienter och närstående. I studien, som handlade om blodförtunnande läkemedel (Shaha et al., 2015), ingick utbildning av sjuksköterskor med övergripande utgångspunkt i personcentrerad vård, patienters utvärdering av sjuksköterskors undervisning och utvärdering av journaldokumentation med bl.a. bedömning och notering av patientens lärandebehov om hälsosituationen. Fall et al. (2013) framhåller att en ”inte-följsam” (non-adherent) patient förtjänar särskild uppmärksamhet eftersom patienten inte söker undervisning/utbildning om sin hälsosituation. Här krävs speciella pedagogiska kunskaper och åtgärder med tydligt fokus på patientens uppfattningar om och beskrivningar av hälsosituationen, motivation och autonomi.

I Biernacki et al. (2015) studie implementerades och utvärderades en vårdmodell där sjuksköterskor användes som vårdsmordnare för professionella och för patienter med diabetes mellitus, med fokus på patienternas behov, vilket medförde att patientundervisning både individuellt och i grupp skapades vid lämpliga tidpunkter för patienten. Kvaliteten förbättrades, såsom patienternas fysiologiska tester, och både patienter och personal erfor att vården blev bättre och effektivare. Att samordningssjuksköterskan hade ansvar för patientundervisningen var klart positivt.

För att stödja patientundervisande arbete har tvärprofessionellt samarbete utvecklats, t.ex. mellan bibliotekarier och olika professioner inom hälso- och sjukvård. Detta för att förbättra själva undervisningen, undervisningsmaterialet och dokumentationen i journaler, samt att professionella får hjälp med att använda evidensbaserad litteratur (Platts & Ransom, 2015). Brady et al. (2015) studie visar på vikten av tvärprofessionellt samarbete, med standardiserade vägar i relation till vårdprocessen för patienter med bukkirurgi. Sjuksköterskor har en nyckelroll i att planera och följa vårdprocessen och att undervisa patienter, närstående och vårdteamsmedlemmar. Rätt planering och undervisning förbättrar dramatiskt patientvården och det ekonomiska utfallet.

Sjuksköterskor inom primärvården samarbetar också med privata företag (kommersiella) med bra resultat, t.ex. att överviktiga patienter får det stöd de behöver, såsom i att fullfölja motionsschema, vilket oftast inte den offentliga vården kan finansiera i tillräcklig omfattning (Pallister & Lavin, 2010).

Ny teknik och den snabba utvecklingen av internet erbjuder hälso- och sjukvårdspersonal nya sätt att kommunicera (Findahl & Davidsson, 2015), t.ex. Ali, Krevers, Sjöström och Skärsäter (2014) skapade webbaserat stöd till närstående och Merolli, Gray och Martin-Sanchez (2013) litteraturstudie beskriver användningen av sociala medier för att stödja patienter med kroniska sjukdomar. Childs, Benkinsopp, Hall och Walton (2005) beskriver hinder och dess lösningar inom eLärande för professionella och studenter. Även kombinationen av vård och teknik med hjälp av mobiltelefon finns (t.ex. Bengtsson, Kasperowski, Ring, & Kjellgren, 2014) och studien har både professionellas- och patientperspektiv. Det finns alltså ökade möjligheter att, utöver direktkontakt med professionella, vårda och ställa frågor om hälsan/ohälsan tack vare informationsteknik på nätet/sociala media.

Sammanfattningsvis visar aktuell forskning om sjuksköterskors patientundervisande arbete att det allt mer har fokuserats på genomförande och utvärdering av undervisningsaktiviteter, rollen, vikten av att arbeta intra- och interprofessionellt samt att använda sociala media.

## Olika begrepp och perspektiv med anknytning till patientundervisning

Begreppet patientundervisning har ofta beskrivits som mångdimensionellt (se t.ex. Coates, 1999; Falvo, 1994). Detta kan relateras till att olika definitioner förekommer och dessa kan på ett övergripande plan relateras till bakomliggande epistemologiska traditioner. Pedagogiska perspektiv kan t.ex. beskrivas i relation till behavioristisk, kognitivistisk och sociokulturell tradition (Friberg, 2003; Jarvis, 2006). Epistemologiska traditioner för patientundervisning har beskrivits och problematiserats under årens lopp. Idag framhålls speciellt att patienten är en tänkande person och skall vara i centrum, t.ex. vikten av att sjuksköterskan tar reda på och utgår från patientens kunskaper genom att be patienten resonera om kunskapsbehovet i relation till hälsan. I sociokulturell tradition riktas intresset mot personen som social person i ett kulturellt sammanhang. Språket och hur det används fokuseras när patienten skall lära sig något. Detta innebär att kunskap som skapas i lärandeprocesser konstrueras i samtal. Därmed är språk och kommunikation centrala i lärande- och undervisningssituationer. Ett resultat av detta mångdimensionella synsätt är att olika termer förekommer som beskriver patientundervisning som pedagogisk aktivitet (Friberg et al., 2007; SSF, 2007; Wilson-Barnett, 1988). Som exempel kan sägas att orden information och rådgivning ofta används parallellt med termen undervisning (van Weert, van Dulmen, Bär, & Venus, 2003). Krokmark (1997, s. 84) definierar undervisning som:

... något som genomförs av någon med tydliga och medvetet valda metoder och med ett likaledes tydligt och medvetet valt innehåll, som någon annan förväntas att helt eller delvis tillägna sig genom inläring

Målet med information och undervisning kan mot bakgrund av denna definition uttryckas som att patienter skall tillägna sig kunskaper för att förstå hälsa, ohälsa, symtom, sjukdom och behandling samt utveckla en handlingsberedskap för att klara att vårda sin hälsa på ett så bra sätt som möjligt. Krokmarks definition handlar om formell eller planerad undervisning, men processen är även relevant för informell undervisning och information (Friberg, 2001).

I avhandlingen skall begreppet patientinformation förstås som att sjuksköterskan förmedlar något till patienten genom en envägs-kommunikation. Patientundervisning skall förstås som en dialog mellan sjuksköterska och patient, som är inriktad på patientens lärande.

Fler begrepp som används i avhandlingen är pedagogik och pedagogiska aktiviteter eller handlingar. Pedagogiska aktiviteter används i övergripande betydelse, d.v.s.



pedagogiska kunskaper och färdigheter, och att information och undervisning ingår (achievement/accomplishment of teaching and information). Begreppet didaktik däremot handlar om själva undervisningssituationen, ”konsten att undervisa” (Jank & Meyer, 1997 s. 17) där de tre frågorna: vad, hur och varför är centrala i undervisningssituationer, men även vem som undervisar och när det bör ske. I avhandlingen är sjuksköterskans pedagogiska förhållningssätt viktigt när patientens lärande om hälsa/ohälsa<sup>2</sup> skall stödjas. Idag talas allt mer om hälsoundervisning på individuell och gruppnivå (Sørensen et al., 2012), framför allt inom primärvård och därmed är det och blir det mer naturligt att använda begreppen hälsa/ohälsa istället för sjukdom. Demografiska förändringar, såsom ökad medellivslängd liksom förändrade hälsopanoraman, har lett till ökat fokus på folkhälsovård, promotiva (hälsofrämjande) och sjukdomspreventiva insatser i samhället (Sørensen et al., 2012). Här är samtal och kommunikation centrala metoder och därmed ställs krav på pedagogisk kompetens.

I avhandlingen studeras sjuksköterskors patientinformation och -undervisning och därför är begreppen kunskap och kompetens centrala. En indelningsgrund för begreppet kunskap är att tala om teoretisk (vetande) respektive praktisk kunskap. En annan indelningsgrund är att tala om vetande, färdigheter och föreställningar (Gustavsson, 2002). I avhandlingen används begreppet kunskap i vid bemärkelse och omfattar aspekter som vetande, färdigheter och föreställningar. Begreppet kompetens beskrivs utförligare under rubriken teoretiska utgångspunkter. I denna avhandling skall patientundervisning förstås som att sjuksköterskan skall skapa förutsättningar för patientens lärande och delaktighet i vården, med utgångspunkt i att patienten är en person vars kunskaper om och förståelse för sin hälsosituation skall fokuseras.

Sättet att uppfatta och förstå patientundervisning och patienters lärande har förändrats över tid, från sjukdomsorienterad till hälsoorienterad (Whitehead, 2004), vilket innebär att andra/nya termer och begrepp introducerats, t.ex. hälsopedagogik. Andra begrepp och uttryck är relaterade till situationer där patienter skall lära sig något (kunskap, förståelse och förberedhet) eller utveckla förmåga/kapacitet i egenvård (self-care management/ capability/self-efficacy) (Bryant & Gaspar, 2014). Ett annat begrepp är patienters följsamhet (compliance or adherence) till de professionellas rekommendationer (Fall et al., 2013; Shaha et al., 2015). Ytterligare exempel på begrepp som används i relation till undervisning är coaching (Lever, 2013; Mårtensson & Hensing, 2012a). I detta sammanhang är coaching en metod som sjuksköterskan använder för att stödja/sporra patienten i att själv komma med lösningen på ett problem. Sjuksköterskan ställer frågor och är bollplank. Av dessa exempel framgår att

---

<sup>2</sup>Begreppen hälsa/ohälsa används i övergripande betydelse och används synonymt med begrepp som sjukdom och symptom.



det är viktigt att definiera vad undervisning och lärande är i relation till de olika begrepp som används (Friberg & Scherman, 2005).

I dag möter sjuksköterskor patienter och närstående som har skiftande kunskaper. Detta kan delvis relateras till den stora mängd information som finns tillgänglig och olika informations- och kommunikationssystem. Det kan antas att patienter också behöver hjälp med att kritiskt granska informationen för att kunna skilja ”agn från vetet”. Detta diskuteras idag bl.a. i relation till begreppet hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2012b) och hur vården kan bli mer jämlik, inte minst i relation till demografiska förändringar. Det finns förväntningar på hälsa, både utifrån samhälls-, grupp- och individperspektiv. Sørensen et al. (2012, s. 3) definierar begreppet hälsolitteracitet enligt följande:

Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.

Enligt Mårtensson och Hensing (2011, 2012b) innebär hälsolitteracitet för patienten, att förvärva, förstå, kritiskt värdera och tillämpa information, vilket förhoppningsvis kan resultera i förbättrad eller bibehållen hälsa. Förutsättningar för en hög hälsolitteracitet<sup>3</sup> är personens (patientens) kognitiva och sociala färdigheter och vikten av att ha tillgång till relevant, lättillgänglig och tillförlitlig information samt ett professionellt lärandestöd. En viss nivå av hälsolitteracitet behövs för att personen själv ska kunna främja hälsa och förmåga att fatta självständiga beslut i hälsofrågor. I denna process har sjuksköterskor ett stödjande och undervisande arbete, vilket kräver pedagogisk kompetens.

## **Sammanfattning av forskningsproblemet**

Forskning och samhällsdokument visar på tydliga krav och förväntningar på sjuksköterskors patientundervisande arbete, d.v.s. krav på yrkesutveckling och kompetens. Patientundervisning liksom annat vårdarbete bedrivs i olika institutionella, kulturella och sociala sammanhang under allt mer komplexa villkor, t.ex. förändrade vård- och sjukdomspanoraman, en åldrande befolkning, krav på evidens, patientsäkerhet, patientdelaktighet samt krav på effektivitet. Forskningsgenomgången visar att det tycks finnas en diskrepans mellan vad sjuksköterskor enligt författningar

---

<sup>3</sup>I avhandlingen förstås hälsolitteracitet som ett dynamiskt kontinuum där hög och låg hälsolitteracitet utgör ändpunkter, vilket innebär att graden av hälsolitteracitet fluktuerar beroende på hur personen mår och hur livssituationen är. Detta innebär att omgivningen (hälso- och sjukvård, skola, samhälle m.fl.) har ett ansvar att medverka i att främja och öka hälsolitteraciteten hos patienten och närstående eller i befolkningen.

och officiella dokument skall kunna och utföra å den ena sidan och förutsättningar för patientundervisande arbete i praktiken å den andra sidan. Därför är det viktigt att beskriva förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Med kunskap om vilka förutsättningar som finns kan riktade stödinsatser genomföras för att stärka sjuksköterskors patientundervisande arbete. En yttersta konsekvens av brist i förutsättningar är att patienter inte får det pedagogiska stöd som de behöver, önskar och har rätt till.

## **SYFTE**

Det övergripande syftet med avhandlingen är att utforska, beskriva och kritiskt granska förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Detta har genomförts i två steg. I första steget var syftet mer specifikt att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av patientundervisande arbete i relation till organisation, miljö (omgivning), professionellt samarbete och av pedagogisk kompetens inom primär, kommunal- och sjukhusvård. Kartläggningen av sjuksköterskors patientundervisande arbete (studie I och II), visade att det finns hinder och möjligheter i detta arbete och därför riktades fokus mot första-linjens chefer och deras betydelse för det patientundervisande arbetet. I andra steget blev syftet därför att identifiera diskurser om hur chefer talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete inom primär- och sjukhusvård (studie III och IV).



# TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

## Kunskapsteoretiska perspektiv

Den övergripande kunskapsteoretiska ansatsen är konstruktionism (Hacking, 1999), vilket innebär att verkligheten förstås som socialt konstruerad. I samtal och i samspel människor emellan skapas föreställningar och handlingar (såsom ett visst sätt att bete sig) där språket är centralt och ses som en handling. Olika sociala konstruktioner är en produkt av historiska händelser, sociala krafter och ideologi, vilket innebär att skall något beskrivas och förändras så måste specifika sammanhang undersökas. Eftersom denna avhandling vilar på socialkonstruktionistisk grund, där verkligheten förstås som socialt konstruerad, är ”sanningar” diskursivt producerade och därmed är all kunskap konstruerad och bestämmande för verkligheten samtidigt som verkligheten konstruerar föreställningar (Hacking, 1999). Föreställningar är oftast omedvetna men kan problematiseras med hjälp av teorier bl.a. inom det socialkonstruktionistiska fältet (Bourdieu, 1995a, 1995b; Fairclough, 1992, 2010). I denna avhandling riktas fokus mot förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete och vilka föreställningar (se s. 1) som finns kring detta arbete.

Hur sjuksköterskor beskriver patientundervisande arbete (studie I, II) och chefers tal ”här och nu” (studie III, IV) om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete kan förstås som en diskursiv praktik. En utgångspunkt inom diskursanalys är att vi aldrig kan nå verkligheten utanför diskurserna. I denna avhandling är det utsagan, intervjutexten, i sig som utgör studieobjektet och inte vem som gör, säger eller beskriver något. Genom att tydliggöra innehållet i sjuksköterskors beskrivningar och i de diskurser som konstrueras genom chefers beskrivningar av patientundervisning kan en djupare förståelse skapas för förutsättningar och villkor som styr det patientundervisande arbetet. I avhandlingen har jag tagit fasta på Bourdieus handlingsteori och då speciellt vad gäller handlingar och där språk är en handling. Vidare används Faircloughs teori med fokus på hur språk och handlingar konstruerar olika diskurser. Bourdieu och Fairclough representerar olika teoretiska perspektiv, men de har den konstruktionistiska ansatsen gemensamt, det vill säga samma kunskapsteoretiska grund (Hacking, 1999). Jag menar därför att de olika teoretiska perspektiven ökar möjligheten att förstå problemområdet och ger hjälp att ställa frågor utöver vardagsförståelsen.

Sammanfattningsvis; för att kunna beskriva och förstå förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete utgör avhandlingens teoretiska utgångspunkter delar av sociologen Bourdieus handlingsteori (1995a, 1995b; Broady

1991) och delar av Faircloughs kritiska diskursanalys (1992, 2010). Vidare är kompetens central i avhandlingen, speciellt pedagogisk kompetens, vilket är en förutsättning i patientundervisande arbete. Av denna anledning kommer studiernas (I-IV) resultat att beskrivas utifrån Ellströms modell om yrkeskunnande (Ellström, 1997, s. 268; 2000, s. 38). Utgångspunkterna för hur kompetens skapas, enligt Ellström, är förenliga med Bourdieus och Faircloughs antaganden om föreställningar och diskurser samt socialt handlande, se vidare s. 18.

## **Teoretiska redskap**

### **Bourdieu's handlingsteori**

Bourdieu's handlingsteori beskriver strukturer som handlar om människors handlingar i vardagliga verksamheter. I avhandlingen har begreppen fält, habitus och kapital (Bourdieu, 1995a, 1995b; Broady, 1991) valts som hjälp för att förstå sjuksköterskors patientundervisande arbete och förutsättningarna för detta arbete.

Det sociala 'fältet' är ett område (en avgränsning) i samhället och här handlar det om sjuksköterskors patientundervisande fält, mer precist förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Ett socialt fält definieras som: "... ett system av relationer mellan positioner besatta av specialiserade agenter och institutioner som strider om något för dem gemensamt." (Broady, 1991, s. 266). Fält kan jämföras med kultur, där det finns gemensamma värderingar, normer och spelregler. Med hjälp av Bourdieus teori kan sjuksköterskors patientundervisande arbete förstås som att detta arbete påverkas av den kultur som finns på arbetsplatsen. Det kan förstås som föreställningar, som kan vara utanför sjuksköterskors omedelbara kontroll och mer eller mindre uttalade. Det skapas sociala positioner genom människors samverkan utifrån de spelregler och föreställningar som finns inom fältet. Detta leder till strukturella relationer där några dominerar och några är dominerade. Bourdieu lyfter upp skillnader i makt mellan professionella, exempelvis mellan läkare och sjuksköterska och mellan professionella grupper. Han menar att grupper som är autonoma har "saker" tillsammans. Olika fält är därmed också avgränsade från varandra eftersom varje fält har sina föreställningar.

Människor orienterar sig i världen med hjälp av kroppsligt förankrade resurser. Dessa resurser eller strukturer har skapats av tidigare erfarenheter. Bourdieu använder sig av begreppet 'habitus' för att åskådliggöra kopplingen mellan det objektiva och det subjektiva, jaget: "the habitus, which is constituted in practice and is always oriented towards practical functions" (1995a, s. 52). Hur sjuksköterskor handlar, löser undervisningsproblem, är relaterat till de förkroppsligade kunskaper som erfarenheter i

olika undervisningssituationer har gett. Därmed är habitus den förkroppsligade kompetensen. Människan ingår ständigt i socialisationsprocesser och detta innebär att 'bli till något' genom olika sociala praktiker. Sjuksköterskor utvecklar olika strukturer när det gäller föreställningar, handlingar, vanor, kompetenser, mentala och språkliga förmågor och hur 'förberedheten är' inför hur de uttrycker sig och handlar i undervisningssituationer. På arbetsplatser finns olika sociala system som ger ramar för hur sjuksköterskor skall tänka och handla och därmed konstrueras patientundervisningen som "produkter" av historien. Detta innebär att habitus begränsar och reproducerar sociala aktiviteter, men även att habitus förändras utifrån omgivningens förväntningar, underförstådda och/eller uttryckta krav (Bourdieu, 1995b). Begreppen fält och habitus har ett nära samband med begreppet kapital.

Enligt Bourdieu kan begreppet 'kapital' användas när människor värderar tillgångar som värdefulla, d.v.s. de har ett värde inom ett visst fält (Bourdieu, 1995b; Broady, 1991). I föreliggande studier handlar kapital om sjuksköterskors pedagogiska erfarenheter och kunskaper, sättet att uppfatta, tänka och tala, samt kroppsspråket i patientundervisande arbete. Kapitalet finns också i "objektiverande" och "institutionaliserade" former, såsom tidskrifter, teorier, och utbildningsinstitutioner. Exempel på detta är tidskriften *Vårdfacket*, vars artiklar lagrar och befäster vetenskapliga fält, t.ex. tidigare strider om omvårdnadens innehåll. Ett annat exempel är att utbildningsinnehåll i sjuksköterskeprogrammet på ett lärosäte varierar över tid, beroende på vad resultatet blir av diskussioner om vad som skall ingå eller inte ingå. Kapitalet blir symboliskt när människor inom ett fält ger kapitalet värde. En form av kapital är 'symboliskt kapital' som utgör grunden för makten inom fältet. Reproduktion av ett kapital är kopplat till makt och enligt Bourdieu innebär detta att i fältet finns det människor som uppfattar ett visst innehåll eller förhållningssätt som värdefullt, och utövar makt för att behålla detta kapital. Det kulturella kapitalet måste således omvandlas till symboliskt kapital för att kunna ha ett bestående värde i människors habitus. Sammanfattat innebär Bourdieus teoretiska resonemang att alla kapital är kontextspecifika och att symboliskt kapital är en tillgång, där den tillskrivs värde. I denna avhandling är utgångspunkten att sjuksköterskors pedagogiska utbildningskapital är ett exempel på en form av kulturellt kapital som även kan bli ett symboliskt kapital, förutsatt att deras utbildning tillskrivs att ha ett värde.

### **Theoretisk dimension i Faircloughs kritiska diskursanalys**

Kritisk diskursanalys används för att analysera relationer mellan diskurser och olika samhällsfenomen, i synnerhet maktstrukturer. Inom denna inriktning är Faircloughs (1992, 2010) kritiska diskursanalys (CDA) vanligast förekommande. Den fokuserar språk i relation till ideologi och makt, d.v.s. hur det vi talar om är relaterat till våra handlingar och därmed relaterat till olika relationer av makt. Detta innebär att vårt

språk är knutet till orsaker och konsekvenser som vi oftast inte är medvetna om. Språk som diskurs är alltså en form av handlingar, vilket innebär att hur chefer talar om sjuksköterskors patientundervisning till viss del även konstruerar övrig personals föreställningar om det patientundervisande området. Fairclough definierar diskurs som: "a particular way of representing certain parts or aspects of the world, which represent social groups and relations between social groups in a society in different ways" (2010, s. 358). Diskursen bidrar till konstruktion av sociala identiteter och personers positioner, men är inte statiska utan kan förändras genom människors språk och handlingar. Detta innebär att en diskurs är en viktig form av social praktik som både reproducerar och förändrar kunskaper och föreställningar, sociala relationer och sociala identiteter. Ett av CDA huvudsyften är att visa på förbindelserna mellan den diskursiva praktiken och den sociala praktiken, hur sociala och kulturella strukturer förändras och utvecklas av sättet på vilket vi talar.

### *Diskursers inbördes placering*

En diskursordning omfattar en diskursiv praktik och inom denna ordning finns en kamp om ideologisk hegemoni, d.v.s. dominans, som handlar om att reproducera eller att förändra ordningen. Fairclough (2010) beskriver två aspekter av makt: makten i diskursen som är en relationsmakt och makten bakom diskursen som är konstruerad utifrån ideologier om hur något skall vara. Ideologi och materiell verklighet står i ett dialektiskt förhållande till varandra, genom ideologin konstrueras de strukturella maktordningar som finns i ett samhälle, men de samhälleliga maktordningarna kan även förändra ideologin. Min utgångspunkt är att olika sociala praktiker formas av ideologier, sociala strukturer och de maktrelationer som här inbegrips. Exempel på uppbyggnad av sociala strukturer inom hälso- och sjukvård under lång tid är den svenska välfärdsmodellen (Folkhemmet). Ett annat exempel på sociala strukturer är hur ökade kostnader i offentlig verksamhet har bemötts med krav i enlighet med en ideologi som är kopplad till New public management. Den diskursordning som påverkar sjuksköterskors patientundervisande arbete presenteras i avhandlingens resultat och diskuteras i resultatdiskussionen.

### **Ellströms kompetensmodell**

När kompetens och kvalifikationer ska bedömas skall det specifika sammanhanget tas i beaktande, d.v.s. där arbetsuppgifterna utförs. Hur det görs och vilka krav som ställs påverkas av strukturer i organisationen, de professionella, samhällets författningar, massmedia, och sociala och kulturella villkor (Ellström, 2000). Detta innebär att kraven på arbetstagarens kompetens och kvalifikationer varierar p.g.a. olika krav på olika arbetsplatser (Ellström, 1997, 2000). På de arbetsplatser där denna avhandlingens sjuksköterskor arbetar ansvarar verksamhetschefer eller motsvarande för att personalen



har nödvändig kompetens. De kan dessutom delegera ansvaret till exempelvis första linjens chefer (SOSFS, 2011). Det innebär att bedömningar av vad som är nödvändig kompetens/kvalifikationer kan skilja sig mellan olika arbetsplatser. Detta i sig påverkar förutsättningarna för sjuksköterskors patientundervisande arbete. I avhandlingen riktas fokus mot kompetens-/kvalifikationskrav för sjuksköterskors patientundervisande arbete och förutsättningarna för att utföra detta arbete.

Ellströms kompetensmodell används för att beskriva olika betydelser av yrkeskompetens (Ellström, 1997, s. 268; 2000, s. 38). Enligt Ellström kan kompetensbegreppets betydelser enbart bestämmas i relation till ett specifikt yrke eller till ett specifikt område, t.ex. till sjuksköterskors yrkeskompetens i patientundervisande arbete. Kompetens är definierad som: "en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller arbete" (Ellström, 1996, s. 149; 1997) Kompetens kan också uttryckas som en persons potentiella förmåga att framgångsrikt utföra ett arbete eller en uppgift. Den 'formella' individuella kompetensen uppnås genom formell utbildning medan 'faktisk' kompetens är den reella kompetensen personen har. Utnyttjad kompetens är den kompetens som används på arbetsplatsen, d.v.s. efterfrågade kvalifikationer. 'Efterfrågad' kompetens uppstår när det finns krav på kompetens, t.ex. i form av samhällets författningar eller att chefer efterfrågar viss yrkeskompetens. Enligt Ellström (1997, 2000) är den kompetens som 'arbetet kräver' (kvalifikationskraven) nödvändig kompetens för att kunna utföra arbetsuppgiften på ett bra sätt. Till exempel, kan det på vårdavdelningar innebära att de professionella kan samarbeta i patientundervisningsarbetet och utvärdera patientens kunskaper och förståelse för sin ohälsa. Det kan också innebära att de professionella delger varandra kunskap om pedagogiska aktiviteter, vilket skapar kollektivt kunnande, en kollektiv kompetens. Därmed skapas möjligheter för att kunna arbeta utifrån forskning och beprövad erfarenhet. Ellströms modell används i modifierad form för att tydliggöra sjuksköterskors pedagogiska kompetens och kvalifikationer i relation till begreppen formell, faktisk, efterfrågad kompetens respektive vad arbetet kräver.



# METOD

För att ge en bild av forskningsprocessen i avhandlingen beskrivs inledningsvis avhandlingens design och fokus i studierna. Därpå redogörs för datainsamlingsmetoder, deltagare och urval samt analys av data.

## Design och fokus i studierna

I två studier (I, II) har frågeformulär använts för att kartlägga förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. I två studier (III, IV) har fokusgruppsintervjuer genomförts för att utforska och beskriva hur chefer talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Studie III och IV bygger på resultatet i studie I och II. Avhandlingen har därför en sekventiell uppbyggnad, se Tabell 1.

**Tabell 1. Översikt av studier i avhandlingen**

Studie	Design Fokus	Deltagare (n=)	Datainsamlings Metoder	Analys metoder
I	Beskrivande kartläggningsstudie. Förutsättningar för patientundervisande arbete med fokus på organisation, miljö/omgivning och professionellt samarbete	Sjuksköterskor <sup>1</sup> : n = 701 (83%) Slumpmässigt stratifierat urval	Frågeformulär <sup>2</sup> : slutna och öppna frågor, kommentarsutrymme till alla frågor Icke-parametriska metoder <sup>3</sup>	Deskriptiv statistik Manifest innehållsanalys
II	Beskrivande kartläggningsstudie. Förutsättningar för patientundervisande arbete med fokus på pedagogisk kompetens	Sjuksköterskor <sup>1</sup> : n = 701 (83%) Slumpmässigt stratifierat urval	Frågeformulär <sup>2</sup> : slutna och öppna frågor, kommentarsutrymme till alla frågor Icke-parametriska metoder <sup>3</sup>	Deskriptiv statistik Manifest innehållsanalys
III	Explorerande intervjuer Hur chefer talar om sjuksköterskors patientundervisande arbete	Chefer: n = 10 3 grupper sjukhusvård Bekvämlighetsurval	Fokusgruppsintervju	Kritisk diskursanalys <sup>4</sup>
IV	Explorerande intervjuer Hur chefer talar om sjuksköterskors patientundervisande arbete	Chefer: n = 10 3 grupper primärvård Bekvämlighetsurval	Fokusgruppsintervju	Kritisk diskursanalys <sup>4</sup>

<sup>1</sup> i primärvård, kommunal vård och sjukhusvård

<sup>2</sup> "Sjuksköterskors Patientundervisning"

<sup>3</sup> Kruskal-Wallis' ANOVA och Mann-Whitney U-test

<sup>4</sup> Faircloughs tredimensionella modell

## **Datainsamlingsmetod**

### **Frågeformulär: Sjuksköterskors Patientundervisning**

Med grund i en litteraturöversikt om sjuksköterskors patientundervisande arbete (Friberg et al., 2012) utvecklades ett frågeformulär (Bergh, Johansson, Persson, Karlsson, & Friberg, 2014) för att kartlägga förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete.

I litteraturöversikten identifieras fem domäner relaterade till förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete: attityder/föreställningar och kunskaper, undervisningsmiljö, vårdorganisation, kollegialt samarbete samt patientundervisningsaktiviteter, exempelvis dokumentation av undervisning i patientjournaler. Översikten visade att det fanns liknande problem i sjuksköterskors undervisande arbete, oberoende av vårdverksamhet. Identifierade domäner användes som en konceptuell ram för hur vi skulle närma oss detta område: vilka frågor som var relevanta i relation till syftet och för att kunna konstruera frågor.

Ytterligare en litteraturöversikt, för att identifiera möjliga frågeformulär att använda eller enstaka frågor, visade att det fanns få studier som beskrev lämpliga frågor till ett frågeformulär med fokus på förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete och som kunde användas inom olika verksamheter såsom primärvård, kommunal vård och sjukhusvård. Under skapandet av frågeformuläret användes olika metodologiska steg för att garantera innehållsvaliditet och frågornas relevans. Individuella kognitiva intervjuer (Willis, 2005) genomfördes med 14 sjuksköterskor vid två tillfällen under utvecklingen av formuläret för att bedöma förståelse och relevans för frågorna och svarsalternativen. Dessutom beräknades ett kvantitativt innehållsvaliditetsindex (Patrick, Burke, Gwaltney, Leidy, Martin, Molsen, & Ring, 2011). Frågeformulärets innehåll bedömdes också av fem pedagogiska experter (PhD inom pedagogiska områden).

Frågeformuläret "Sjuksköterskors Patientundervisning" består av 60 frågor, varav tretton relaterar till informanternas bakgrund, såsom ålder, kön, utbildning, arbetsplats, arbetstid, och antalet aktiva år som sjuksköterska, både med och utan specialistutbildning. Begreppen patientinformation, patientundervisning, arbetsledning och patient är definierade. Flera frågor handlar om information som envägskommunikation och undervisning som dialog/tvåvägskommunikation. Sjuksköterskors uppfattningar och kunskaper (prioritet, kompetens, läser patientundervisningslitteratur och andra informationskällor relaterade till undervisning) täcks av elva frågor, medan undervisningsmiljö (tid, ostörda omgivningar, plats) täcks av sju. Elva frågor täcker vårdorganisation (chefers stöd,

policys och formella riktlinjer, undervisningsmaterial). Nio frågor handlar om kollegialt samarbete. Slutligen handlar nio frågor om undervisningsaktiviteter relaterade till sjuksköterskans dokumentation i patientjournaler. Dokumentationsfrågorna ingick inte i studie I och II och finns därmed inte inom avhandlingens ram. De flesta frågor har fasta svarsalternativ, från 1 (aldrig/nästan aldrig) till 5 (nästan alltid/alltid) eller svarsalternativ, från 1 (instämmer i mycket liten grad) till 5 (instämmer i mycket hög grad). Några frågor har öppna svarsalternativ och några är dikotoma (ja eller nej). För varje fråga har informanten möjlighet att skriva egna kommentarer.

## **Fokusgruppsintervjuer**

Fokusgruppsintervjuer användes för att vidareutveckla resultatet av kartlägningsstudierna och därmed skapa en djupare förståelse för förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Fokusgrupper är en form av intervjuer där en liten grupp personer samtalar runt ett förbestämt fenomen (McLafferty, 2004; Morgan, 1997). Området för chefernas samtal var sjuksköterskors patientundervisande arbete (III, IV).

Intervjuerna ägde rum i ett ostört konferensrum som valts av cheferna och intervjuerna varade i en timma. Intervjuerna öppnades upp med frågan: Vad är sjuksköterskans dagliga patientundervisande arbete? Detta följdes av uppmaningar till fördjupade beskrivningar av förutsättningar för undervisande arbete, exempelvis chefernas stöd. I slutet av varje fokusgruppsintervju fanns tid att efterfråga om någon av informanterna önskade lägga till något som inte hade framkommit under samtalen. Chefernas samtal var öppna och de bidrog i tid i stort sett lika i samtalen. Intervjuerna spelades in och skrevs ut ordagrant i löptext.

## **Deltagare och urval**

### **Studie I och II**

Målgruppen som valdes var sjuksköterskor som arbetade inom primär-, kommunal- och sjukhusvård i den sydvästra delen av Sverige. Verksamheternas organisation av vård skiljer sig åt. I primärvård kommer patienter till polikliniker och sjuksköterskor har ofta egna mottagningar. I den kommunala vården/omsorgen möter sjuksköterskor patienter inom hemsjukvård och äldreboende/särskilt boende. I sjukhusvård valdes sjuksköterskor som arbetade på allmänna medicinska och kirurgiska vårdavdelningar.

Efter att ha fått tillstånd från klinik- och områdeschefer, kontaktades alla 126 cheferna (första-linjens chefer), se Figur A, appendix, i upptagningsområdena per telefon och

skriftlig information skickades. Cheferna blev tillfrågade om deras enhet kunde vara med i studien och ombads i så fall att meddela antalet sjuksköterskor som arbetade på enheten och skicka en namnlista på alla sjuksköterskor efter att inklusions- och exklusionskriterier kontrollerats. Två av cheferna avböjde erbjudandet på grund av hög arbetsbelastning.

För att göra urvalet av sjuksköterskor valdes arbetsplatser utifrån kriteriet stor stad (universitetsstad), mindre stad och landsbygd (med tätorter). Detta gjordes för att få representativitet. Totalt antal sjuksköterskor inom upptagningsområdet och innan tillämpning av inklusions- och exklusionskriterierna var 1711. Inklusionskriterier för att ingå i studien var att sjuksköterskan uppbar månadslön, arbetat minst 6 månader under den senaste 12-månadersperioden och arbetat minst 20 timmar i veckan samt arbetat i direkt patientvård. Sjuksköterskor som arbetade enbart med barn, inte i direkt patientvård och/eller vid privata kliniker uteslöts. Detta gav 1427 namn på sjuksköterskor i nio strata, se Figur B, appendix. Sjuksköterskornas namnlistor kodades. I datorn har skapats nio listor med ordningsnummer för urvalet. Ur var och ett av de nio strata valdes ett lämpligt antal informanter. Ur de tre strata, som innehöll färre än 100 informanter ingår alla i studien. I de slumpordnade listorna togs de 100 första till studien dvs. på namnlistorna tog jag bort de sista numren som översteg 100. Urvalsstorleken sattes till 100 för alla grupper som har minst 100, utom för kommunal vård i stor stad. Där valdes 200 p.g.a. att den gruppen var stor. Detta förfaringsätt skapar frihet när det gäller antalet i urvalet. Frågeformulären kodades med siffror kopplat till sjuksköterskornas namn. Detta gjordes för att kunna skicka påminnelsebrev. Frågeformulär och missivbrev skickades till cheferna som distribuerade formulären till sjuksköterskors postlådor (873 sjuksköterskor). Efter borttagning av informanter som inte skulle ha varit med i utskicket blev antalet 842. Orsaken till att ytterligare 31 informanter togs bort var att under hanteringsprocessen minskade antalet informanter p.g.a. att de av misstag var på listan eller att de hade avslutat sin tjänstgöring under hanteringsprocessen. Det stratifierade slumpmässiga urvalet av 842 sjuksköterskor inkluderades i studien. Sjuksköterskorna skickade formulären åter per post. Påminnelser skickades två gånger. Data samlades in under 2007.

### **Studie III och IV**

Målgruppen var chefer (första-linjens chefer) inom sjukhus- och primärvård. Telefonkontakt togs med klinikchefer inom sjukhusvård och med områdeschefer inom primärvård för att informera och att få studierna godkända. Informationsbrev skickades till klinikchefer vid alla medicinska och kirurgiska vårdavdelningar på ett universitetssjukhus, ett länssjukhus och ett tätortssjukhus (III) och till motsvarande områdeschefer inom primärvården, det vill säga till alla områdeschefer inom en större

stad, en mindre stad och inom ett distrikt på landsbyggen (IV) i västra Sverige, med begäran om deltagande i studien. Klinik- och områdeschefer informerade första-linjens chefer om projektet samt datum för intervjuer. Chefer som var intresserade kontaktade mig. Intervjuerna var planerade så att minst fyra chefer kunde delta samtidigt från varje grupp. När tolv chefer inom sjukhusvård och tolv inom primärvård hade meddelat att de önskade delta skapades sex grupper, som var och en hade fyra deltagare. Grupperna ansågs vara tillräckligt stora eftersom alla deltagare var första-linjens chefer och att ett begränsat fenomen skulle studeras. Dessutom var det lättare att säkerställa lika bidrag under intervjuerna med fyra deltagare (McLafferty, 2004; Morgan, 1996). På dagen för intervjuerna meddelade två chefer inom sjukhusvård (III) och två chefer inom primärvård (IV) att de inte kunde delta. Detta resulterade i studie III, n = 10 och studie IV, n = 10, se Figur C, appendix. En observatör, som är medförfattare, var närvarande vid två av de tre intervjuerna i sjukhusvård (III) och en gång i primärvård (IV). Data samlades in under 2012.

## **Analys av data**

### **Studie I och II - Deskriptiv statistik och innehållsanalys**

I studie I och II (frågeformulär) analyserades data med SPSS version 15.0. Eventuella skillnader mellan grupperna testades med icke-parametriska metoder. Kruskal-Wallis ANOVA användes för att jämföra tre grupper, medan Mann-Whitney U-test användes för två grupper. P-värden  $\leq 0,05$  ansågs statistiskt signifikanta. Spearmans analys av rangkorrelation användes för att mäta samband mellan frågorna (Altman, 1991). Internt bortfall av data var minimalt på de flesta frågor ( $\leq 5$ ), och högre internt bortfall ( $> 5$ ) presenteras i tabellerna i artiklarna. Informanternas svar på de enskilda öppna frågorna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Manifest kodning genererades genom att kondensera och märka meningsenheter med koder, som sedan grupperades efter innehåll. Likheter och skillnader identifierades för att bestämma kategorier. Kategorierna illustreras med citat.

### **Studie III och IV - Kritisk diskursanalys**

I studie III och IV var grundfrågorna till intervjutexterna: på vilka sätt talar cheferna om förutsättningar för sjuksköterskors dagliga patientundervisande arbete? Vilka diskurser kan urskiljas och hur förhåller de sig till varandra? Bandinspelningarna lyssnades igenom flera gånger och intervjutexterna lästes noggrant och upprepat för att skapa förståelse för innehållet och för att dela in texten i områden, d.v.s. intervjuerna kodades och kategoriserades vilket innebar upprepade jämförelser med resten av

materialet. Efter detta analyserades intervjutexten (det språkliga uttrycket) med hjälp av en tre-dimensionell modell (Fairclough, 1992; 2010, s. 132), se studie III och IV. Enligt Fairclough har varje kommunikativ händelse, såsom tal, skrift, bild eller en blandning av det språkliga och det visuella, tre dimensioner. I analysen analyserades först 1) texten i sig, den transkriberade intervjutexten och därefter 2) tolkningsprocessen av den diskursiva praktiken, som innebär hur texten var producerad och konsumerad, d.v.s. hur cheferna talade om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Resultatet (den diskursiva praktiken) presenteras i diskurserna. 3) Resultatet beskrivs och tolkas i relation till den sociala praktiken: språk och handlingar som framträder inom ramen för en verksamhet; 'om' det talas om patientundervisning och 'vad' är innehållet samt 'hur' det talas om förutsättningar för undervisande arbete. Till exempel, att det inte skapas eller skapas, pedagogisk utveckling bland sjuksköterskor och hur det framträder i texten. Ideologi och makt är centrala begrepp i tolkningen. I avhandlingen presenteras sista steget, 3), i resultatdiskussionen.

### **Ellströms kompetensmodell**

Resultaten i studierna, I - IV, av sjuksköterskors pedagogiska/patientundervisande kompetens beskrivs utifrån Ellströms modell (Ellström, 1997, s. 268; 2000, s. 38).



## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Under forskningsprocessen gång har jag fortlöpande reflekterat över eventuella forskningsetiska problem. Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008) och 'Lag om etikprövning av forskning som avser människor' (SFS 2003:460) har beaktats inför alla studier. Ingen av studierna har någon form av fysisk (eller psykisk) intervention. Proceduren för studierna (I-IV) diskuterades med en medlem i Etiska kommittén vid Göteborgs Universitet. Varje chef (I - IV), verksamhetschefer och första linjens chefer, kontaktades per telefon för att möjliggöra diskussion om studierna och tillstånd inhämtades. Därefter fick samtliga chefer ett skriftligt informationsbrev.

För studie I och II skickades frågeformuläret "Sjuksköterskors Patientundervisning" till cheferna på de olika arbetsplatserna. Cheferna delade ut formulären till sjuksköterskor via sjuksköterskornas enskilda postfack. Alla sjuksköterskor som ingick i studierna (I, II) fick informationsbrev innehållande syfte, mål, hur data skulle behandlas, frivillighet och kontaktperson samt att data behandlades konfidentiellt. Sjuksköterskor som besvarade och återsände frågeformuläret har godkänt studien. För studie III och IV har jag efter skriftlig och muntlig information inhämtat informerat samtycke från varje informant. Informanterna i fokusgruppsintervjuerna var homogena avseende funktion och profession. Detta för att skapa tryggt samtalsklimat och undvika att maktrelationer påverkar samtalen (Morgan, 1996, 1997). Vid databearbetning (I-IV) ersattes informanternas identitet med koder och därmed kan inte en enskild informant urskiljas. Endast jag har tillgång till koderna. All insamlad forskningsdata förvaras inlåst så att inte obehöriga kommer åt data.

I analysen avseende nytta kontra risk bedömdes att risken för skada var mycket liten. Vidare att nyttan övervägde den eventuella påfrestning som kunde uppstå hos sjuksköterskan vid besvarade av frågeformuläret eller när vårdenhetschefen deltog i fokusgruppsintervjun. Förväntade vinster med alla studierna var att skapa kunskap och förståelse för sjuksköterskors pedagogiska aktiviteter och att beskriva förutsättningar för patientundervisande arbete. Denna kunskap kan vägleda vårdpersonal i att reflektera över möjligheter och hinder i det dagliga patientundervisande arbetet, och därmed förändra och förbättra förutsättningarna, med fokus på vilka stödåtgärder som krävs för att skapa möjligheter till att utveckla patientundervisande arbete i organisationen. Resultatet bör inspirera till nytänkande. Samhällsvinsten bör bli att om patienten är välinformerad och har fått kunskap och förståelse samt förbereddhet inför sin hälsosituation, så långt det är möjligt, behöver inte patienten söka vård på grund av oro för ohälsa i relation till bristande kunskap och förståelse.



# RESULTAT

Resultatredovisningen omfattar fyra studier: sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar om patientundervisande arbete inom primärvård, kommunal vård och sjukhusvård (I, II), och hur chefer talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete (III, IV). Resultaten i studie I och II kommer från samma frågeformulär och från samma datainsamling. Studie III är grundat på data från sjukhusvård och studie IV är från primärvård. Först presenteras studierna I och II:s demografiska data och därefter presenteras varje studie för sig. Resultaten i studie I-II respektive i studie III-IV sammanfattas. För resultaten i sin helhet hänvisas till respektive artikel.

## Studie I och II

Antalet sjuksköterskor inom primär-, kommunal- och sjukhusvård som besvarade frågeformuläret är 83 % (n=701). När hänvisning görs till alla sjuksköterskor används uttrycket den 'totala gruppen'.

### Formell och informell pedagogisk kompetens samt specialistutbildning

Det framkommer i studierna att av totala gruppen erfar nästan 80 % av sjuksköterskorna att de har ingen pedagogisk utbildning, d.v.s. ingen utbildning i patientundervisande arbete under sjuksköterskeutbildningen, inga kurser på universitetsnivå eller kompetensutveckling med fokus på patientundervisning på arbetsplatsen. De flesta sjuksköterskor som har pedagogisk utbildning arbetar inom primärvården (utförligare beskrivning i studie I, II). Av totala gruppen har 43 % specialistutbildning enligt programbeskrivning (SFS 1993:100) och de flesta arbetar inom primärvården. Inom gruppen kommunal vård har 37 % specialistutbildning och inom gruppen sjukhusvård är det 15 %.

### Studie I med fokus på organisatoriska-, miljö- och samarbetsaspekter i patientundervisande arbete

Resultatet visar att förutsättningarna för sjuksköterskors patientundervisande arbete, såsom tillgång på samtalsrum, att kunna prioritera undervisning och undervisa ostört samt chefernas stöd för pedagogiskt arbete, är betydligt bättre inom primärvården jämfört med kommunal- och sjukhusvården. Inom kommunal vård och sjukhusvård finns hinder för patientundervisning, såsom tidsbrist, att sjuksköterskor oftast inte kan undervisa ostört, brist på stöd i undervisande arbete av närmaste chef samt att chefer inte erbjuder pedagogisk kompetensutveckling. Inom sjukhusvård visar resultatet att

sjuksköterskor undervisar (66 %) respektive informerar (78 %) framför allt i patienternas rum, ofta i närvaro av andra patienter. I en öppen följdfråga om hur cheferna stödjer sjuksköterskors (n=214) patientundervisande arbete framkom fem kategorier: professionell kompetensutveckling, tid för undervisning, samtalsrum, undervisningsmaterial samt att chefer som engagerar sig i undervisande arbete överlag är stödjande chefer.

Det förekommer hinder för patientundervisande arbete som är lika vanliga i de tre grupperna. Hindren är att få sjuksköterskor har policydokument eller riktlinjer för aktiviteten/området. I en öppen följdfråga om innehåll framkom tre kategorier: allmänna riktlinjer för hälso- och sjukvård, vad patienten skall informeras om och arton sjuksköterskor har dokument med målformuleringar för patientundervisande arbete. Vidare finns oklarheter kring vem, läkare eller sjuksköterskor, som skall undervisa och vilket innehåll undervisningen ska ha samt oklara rutiner i samarbetet mellan kollegor. Ytterligare hinder är vem som skall samordna undervisningen till patienten och att få arbetsplatser har en person som har speciellt ansvar för utvecklingen av det patientundervisande arbetet. I den totala gruppen uppger nästan 60 % att olika former av undervisningsmaterial finns tillgängligt på arbetsplatsen men färre, 51 %, använder materialet. Orsaken till att undervisningsmaterialet inte används är att materialet inte är uppdaterat samt förekomsten av reklambroschyrer, vilket anses inte vara objektiv information.

I den totala gruppen tar hälften ”ofta/nästan alltid/alltid” reda på hur patienterna har förstått läkarnas undervisning. I den öppna följdfrågan framkom sex kategorier som beskriver sjuksköterskors (n=426) strategier: ställer frågor till patienten om läkarsamtalet, uppmuntrar patienten att berätta om läkarens information och undervisning, använder kroppsspråket för att uppmuntra patienten att ställa frågor, skapar en trygg miljö så att patienten kan ställa frågor/berätta om mötet med läkaren, använder undervisningsmaterial samt väljer att inte ta reda på hur patienten eller närstående har förstått samtalet med läkaren. Åttiosex procent av sjuksköterskorna ”instämmer/instämmer i mycket hög grad” i att samarbetet med andra professionella är viktigt, samtidigt som färre sjuksköterskor ”instämmer/instämmer i mycket hög grad” att sjuksköterskor skall ansvara för samordning av patientundervisningen mellan de professionella. Över en tredjedel av sjuksköterskorna diskuterar ”aldrig/nästan aldrig/sällan” aktiviteten eller området patientundervisning på arbetsplatsen.

## **Studie II med fokus på aspekter av kompetens i patientundervisande arbete**

Resultatet visar på skillnader i förutsättningar och villkor för patientundervisande arbete mellan primär-, kommunal- och sjukhusvård, till primärvårdens fördel.

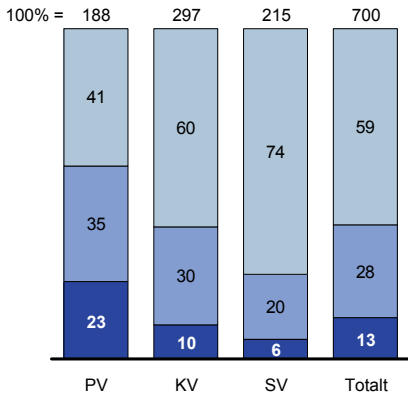
Sjuksköterskor i primärvården prioriterar undervisning mer och följer oftare kunskapsutvecklingen i professionell och vetenskaplig litteratur. Sjuksköterskor i primärvården anser sig ha bättre pedagogisk kompetens och vet bättre vad undervisningskravet innebär samt vad undervisningsmandatet är, vilket ger signifikanta skillnader i primärvårdens favör. Sjuksköterskor i primärvården erfar patientundervisning som en viktigare del i sjuksköterskors ansvarsområde i jämförelse med kommunal- och sjukhusvård. I den totala gruppen finns en stor skillnad i att följa pedagogisk kunskapsutveckling å ena sidan och uppfattningar kring kompetens i patientundervisning å den andra (Figur 1). Sjuksköterskorna anser sig vara kompetenta, men följer inte kunskapsutvecklingen inom området. Det finns inga signifikanta skillnader, inom enskilda gruppen (primärvård, kommunal vård eller sjukhusvård), när det gäller att följa utvecklingen i pedagogisk allmän-/facklitteratur i jämförelse med pedagogisk vetenskaplig litteratur.

**Fråga:** Jag följer kunskapsutvecklingen inom området information och undervisning i vetenskaplig litteratur, t.ex. artiklar i vetenskapliga tidskrifter

**Fråga:** Jag följer kunskapsutvecklingen inom området information och undervisning i allmän- och facklitteratur, t.ex. böcker, Vårdfacket

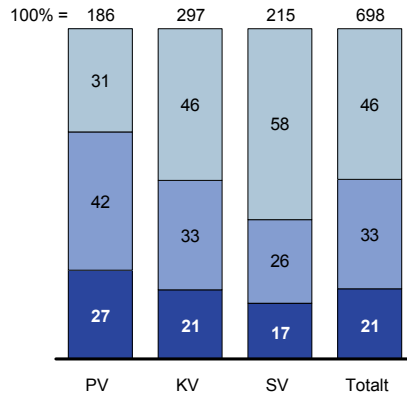
**Sjuksköterskornas fördelning**

Procent, 100% = Samtliga



**Sjuksköterskornas fördelning**

Procent, 100% = Samtliga



PV = primärvård; KV = kommunal vård; SV = sjukhusvård; Totalt = PV + KV + SV

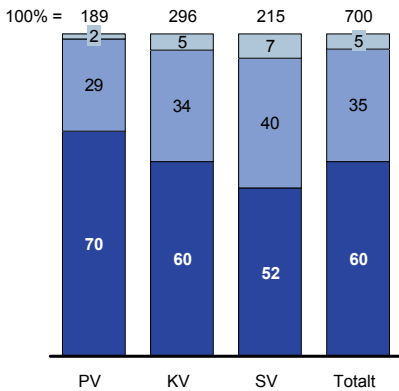
■ Aldrig / nästan aldrig, sällan    ■ Ibland    ■ Ofta, nästan alltid / alltid

**Fråga:** Jag är kompetent i patient-informerande arbete

**Fråga:** Jag är kompetent i patient-undervisande arbete

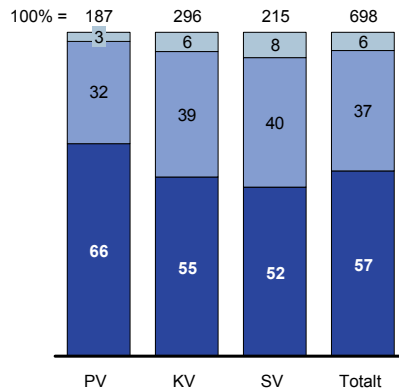
**Sjuksköterskornas fördelning**

Procent, 100% = Samtliga



**Sjuksköterskornas fördelning**

Procent, 100% = Samtliga



PV = primärvård; KV = kommunal vård; SV = sjukhusvård; Totalt = PV + KV + SV

■ Instämmer i mycket liten / ganska liten grad    ■ Instämmer i viss mån    ■ Instämmer i hög grad / mycket hög grad

**Figur 1.** Jämförelse mellan uppfattningar om kompetens i att informera och undervisa patienter och att följa kunskapsutvecklingen inom området.

Nästan alla sjuksköterskor ”instämmer/instämmer i mycket hög grad” på en fråga om betydelsen av att ha kunskaper i medicinsk vetenskap, omvårdnad/vårdvetenskap och pedagogik. Sjuksköterskorna anser att de behöver kunskap inom alla områdena för att kunna undervisa patienter med någon form av ohälsa eller sjukdom. I den totala gruppen diskuterar sjuksköterskan ”aldrig/nästan aldrig/sällan” (31 %) eller ”ibland” (40 %) inom sjuksköterskegruppen hur patientens kunskapsbehov kan tillgodoses. Förekomsten av dessa diskussioner med sjuksköterskekollegor skiljer sig inte i primär- och sjukhusvård, medan minst antal sjuksköterskor diskuterar med kollegor i kommunal vård.

Åtta procent av totala gruppen tar ”aldrig/nästan aldrig/sällan” reda på patienternas behov av kunskap och förståelse i relation till ohälsa. Tjugoen procent tar ”nästan alltid/alltid” reda på patienternas behov av kunskap och förståelse om sin ohälsa. Det finns inga signifikanta skillnader mellan de tre grupperna i hur ofta sjuksköterskor tar reda på patienters behov av kunskap och förståelse i relation till hälsosituationen. På den öppna följdfrågan om hur sjuksköterskan (n=514) tar reda på patientens behov av kunskap, d.v.s. vad patienten vill veta och förstå om sin hälsosituation, framkom sju kategorier och beskrivningarna är vid olika tidpunkter: före, vid uppstart och under patientundervisning. Före undervisningstillfället innebär att sjuksköterskan bedömer behovet både verbalt och icke-verbalt, såsom att fråga patienter om de önskar undervisning om något och ”läser av situationen” och läser olika dokument. Vid uppstart av ett undervisningstillfälle bjuder sjuksköterskan in patienten till samtal med sitt kroppsspråk och ber patienten att berätta om erfarenheter relaterade till hälsosituationen. Sjuksköterskans strategier under själva undervisningen är att uppmuntra patienten att berätta mer om sin situation, att sammanfatta undervisningen och att använda undervisningsmaterial.

## **Sammanfattning av huvudfynden i studierna I och II**

### **Sjuksköterskornas erfarenheter och uppfattningar om patientundervisande arbete är:**

- att ofta inte ha tillräckligt stöd av chefer,
- att ofta inte ha tid,
- att ofta ha brist på samtalsrum,
- att ha otydliga undervisningshjälpmedel,
- att ofta inte ha riktlinjer för patientundervisande arbete,
- att det finns oklarheter i professionellt samarbete: vem som skall undervisa, vilket innehåll undervisningen skall ha och vem som samordnar undervisningen,
- att de flesta inte följer kunskapsutvecklingen i professionell och vetenskaplig patientundervisande litteratur/aktuell forskning,
- att de har uppfattningar om att ha hög kompetens i patientundervisande arbete och
- att sjuksköterskor inom primärvård undervisar mer, har bättre förutsättningar och högre kompetens för patientundervisande arbete jämfört med kommunal- och sjukhusvård.

## Studie III och IV

### Studie III fokuserar hur chefer inom sjukhusvård talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete

Resultatet visar att den diskursiva praktiken skapas av fyra diskurser: den organisatoriska, ekonomiska, medicinska respektive den juridiska diskursen. Cheferna uttrycker att patientundervisning, i dialog med fokus på patienters lärande, är ad hoc och att patientinformationen är standardiserad. Standardiserad kunskap med PM är viktig i informationsöverförandet till patienterna, vilket skapar säkerhet för sjuksköterskor och patienter samtidigt som cheferna därmed har kontroll över rutinaktiviteter.

Organisationsdiskursen är dominerande. Rutiner, såsom läkarronder och att ta blodprover prioriteras. Tillfälligheter bestämmer om och när sjuksköterskor kan undervisa patienter, men undervisning är en del av den dagliga vården. Här uttrycker dock cheferna tveksamheter: ”tror jag” och ”kanske”, och sammanfattar att undervisningen ”får bli som den blir”. Cheferna uttrycker att sjuksköterskorna har påbörjat en diskussion om att utveckla metoder för patientundervisning som gynnar patienternas lärande och initierar även dessa diskussioner i olika teammöten. Cheferna har nästan ingen dialog med sjuksköterskorna om patientundervisande arbete och ingen plan för pedagogisk utveckling. Vidare framgår att sjuksköterskor inte spontant talar med sina chefer om patientundervisande arbete.

Cheferna ansvarar för att det finns nödvändiga förutsättningar för sjuksköterskors dagliga arbete, men patientundervisning (dialog) är inte deras ansvar på grund av tidsbrist. De önskar att de hade bättre möjligheter att upprätthålla och utveckla god vårdkvalité i organisationen, såsom att utveckla patientundervisningen, istället för administrativa arbetsuppgifter som ”organisationen kräver”.

Den ekonomiska diskursen handlar om begränsade ekonomiska ramar och om vikten av att prioritera och hålla budgeten. Enligt cheferna medför den höga sjuksköterskeomsättningen att tillgängliga ekonomiska budgetmedel omfördelas till inskolning av nyanställda.

Inom den medicinska diskursen är medicinska arbetsuppgifter liksom ansvar för samordningen av instruktioner med medicinskt innehåll från andra yrkesgrupper viktiga i sjuksköterskors dagliga arbete. Medicinsk information till patienter förbättras om sjuksköterskor vet vad läkarna har informerat om. Enligt cheferna är medicinsk skicklighet en önskad kompetens hos sjuksköterskor, vilken utvecklas med hjälp av



medicinska föreläsningar som framförallt deras egna läkare ansvarar för. Den medicinska kulturen är svår att ändra, enligt cheferna.

Inom den juridiska diskursen beskrivs att sjuksköterskor både utför kontroller och blir kontrollerade. Sjuksköterskors dokumentation innebär att de använder cirka 10-13 datasystem dagligen. De medicinska kontrollerna och vissa läkaruppgifter, såsom att ändra läkemedelsordinationer, utför sjuksköterskorna för att det inte skall uppstå misstag i patientvården med juridisk påföljd. Sjuksköterskor prioriterar att använda tid till patientdokumentation relaterat till samhällsliga författningskrav framför att undervisa patienter.

Cheferna uppmanades flera gånger under intervjuerna att mer i detalj beskriva förutsättningar och villkor för sjuksköterskors patientundervisande arbete, men de talade istället om hög arbetsbelastning generellt för både sjuksköterskor och chefer och om arbetsuppgifter som sjuksköterskor måste göra, såsom patientdokumentation, utföra läkarordinationer och läkaruppgifter.

#### **Studie IV fokuserar hur chefer inom primärvård talar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete**

Resultatet visar att den diskursiva praktiken skapas av fyra diskurser: den ekonomiska, den medicinska, den organisatoriska och den didaktiska diskursen. Den didaktiska diskursen synliggörs genom att cheferna hela tiden använder pedagogiska begrepp när de talar om förutsättningarna för sjuksköterskornas patientundervisning. Den didaktiska diskursen är som ett "klistre" och håller ihop de övriga diskurserna. Diskursen är inte tydligt definierad och innehåller ingen tydlig struktur för pedagogisk kompetensutveckling. Den dominerande ekonomiska diskursen och den didaktiska "förhandlar" och det är viktigt att välja sådan patientundervisning som ger inkomster till vårdcentralen, t.ex. undervisning om att sluta röka. Förutsättningarna i den ekonomiska diskursen medverkar till och styr förändringarna i organisationsdiskursen. Den medicinska diskursen är självklar och syns även i övriga diskurser.

I den didaktiska diskursen framkommer att sjuksköterskor uppehåller och utvecklar pedagogisk kompetens genom diskussioner med kollegor och i interprofessionellt utbyte på arbetsplatsen och att interna kurser såsom "Motiverande samtal" rekommenderas. En annan aspekt är att presentationer av uppsatsarbeten från sjuksköterskornas specialistutbildningar uppskattas som kompetensutveckling. Praktisk pedagogisk erfarenhet är det primära och viktigare än teoretisk kunskap. Resultatet visar att cheferna uttrycker att sjuksköterskor är pedagogiskt skickliga i möte med patienter men att alla sjuksköterskor inte behöver kurser i pedagogik på universitetsnivå. Cheferna kunde inte beskriva hur mycket tid sjuksköterskor har för

pedagogisk utveckling, men anser att sjuksköterskor själva ska ta ansvar för pedagogisk kompetensutveckling.

Den dominerande ekonomiska diskursens ledstjärna är att hålla budgeten. ”Vårdvalet” innebär att patienter fritt kan välja vårdcentral. Det är ett sätt att anpassa hälso- och sjukvården till marknadsmässiga förutsättningar. Därmed skapas konkurrens om patienter med målet att få fler patienter och därmed bättre intäkter. När cheferna talar om patienter används ekonomiska och ”managements” termer och uttryck som: vinst och förlust och patientens personliga vårdgivare jämförs med personlig bankman. De anser att det är viktigt att sjuksköterskor gör ”rätt” undervisningsaktiviteter med fokus på hälsa, att arbetet registreras och därmed ger ersättning till vårdcentralen, allt enligt Krav-kvalitetsboken (Västra Götalandsregionen, 2012). Bristande patientundervisning inom sjukhusvården medför att patienterna har frågor om sin hälsa efter utskrivningarna och då tar kontakt med primärvården.

Den medicinska diskursen ifrågasätts inte och medicinsk information och medicinska arbetsuppgifter prioriteras. Vikten av att sjuksköterskor förklarar och förtydligar läkarnas information efter konsultation betonas, då patienterna ofta inte förstår läkarnas information. ”Vårdval”, ”drop-in” och ”mångsökarna” kan medföra att professionell medicinsk kompetens inte utnyttjas på bästa sätt. Detta innebär att fokus är på att patienten skall träffa en läkare eller en sjuksköterska när hen besöker vårdcentralen, men inte att läkaren/sjuksköterskan har rätt specialistkompetens.

I den organisatoriska diskursen talar cheferna om det egna ansvaret att agera för förändringar i organisationen utifrån politiska beslut, exempelvis efter införandet av ”Vårdvalet”. Vid organisationsförändringar såsom skapandet av ”drop-in” ökade antalet patienter och ökade kravet på tillgänglighet av hälso- och sjukvård, men inte att personal med rätt professionell kompetens träffar patienten. Organisationsplaneringen är i fokus framför de professionellas kompetens. Cheferna har önskemål om att förändra i organisationen för att förhindra att patienter ”snurrar runt i systemen”. Det vill säga att förhindra att patienter besöker flera olika vårdinrättningar på kort tid på grund av bristande kunskap och förståelse om sin hälsa/ohälsa.

Cheferna stödjer sjuksköterskors patientundervisande arbete genom att lyssna på deras idéer om hur omorganisationer skall genomföras och avsätter tid till att ge stöd i konkreta undervisningssituationer. Samtidigt betonar cheferna att sjuksköterskor har ett eget ansvar för att möjliggöra undervisning och information till patienten inom organisationens ramar.

## **Sammanfattning av huvudfynden i studierna III och IV**

Av chefernas samtal framgår att den didaktiska diskursen inte finns i sjukhusvården (III). Den didaktiska diskursen finns inom primärvården, men framträder inte på ett tydligt strukturerat sätt (IV).

### **Diskursordningar som framkommer i chefernas samtal:**

- inom sjukhusvård identifieras en tydlig ekonomisk diskurs. Den dominerande diskursen är organisationsdiskursen och
- inom primärvård identifieras en otydlig didaktisk diskurs. Den dominerande diskursen är den ekonomiska.

### **Chefernas föreställningar om sjuksköterskors patientundervisande arbete inom sjukhusvård är:**

- att de inte har ansvar för att skapa bra förutsättningar. p.g.a. brist på tid och budget,
- att de inte prioriterar diskussioner om förutsättningar för patientundervisande arbete,
- att förorda standardiserad kunskap med PM i informationsöverförandet till patienter,
- att skapa säkerhet för sjuksköterskor och patienter genom att de behåller kontrollen över rutinaktiviteter och
- att fokus på organisationsdiskursen innebär att rutinaktiviteter prioriteras inom ekonomiska ramar före stöd till sjuksköterskors patientundervisande arbete.

### **Chefernas föreställningar om sjuksköterskors patientundervisande arbete inom primärvård är:**

- att de stödjer sjuksköterskors patientundervisning på olika sätt,
- att praktisk pedagogisk kunskap är viktigare än formell,
- att de inte har handlingsplaner för pedagogisk utveckling,
- att sjuksköterskor har eget ansvar för att patienter får den tid de behöver för undervisning,
- att sjuksköterskor har eget ansvar i att uppdatera kompetensen inom pedagogiskt arbete och
- att patientundervisande aktiviteter styrs av ekonomiska ramar och organisationsförändringar.



## DISKUSSION

Patientundervisning utförs i ett socialt och kulturellt sammanhang, där den professionella praktiken ställer krav och kan skapa både möjligheter och hinder. Föreställningar om patientundervisande arbete konstrueras av personal inom hälso- och sjukvård, patienter, allmänhet samt samhället i övrigt.

I avhandlingen utgör sjuksköterskors patientundervisande arbete ett fält (jfr Bourdieu, 1995b). Hur undervisningen utvecklas beror på sjuksköterskors och chefers habitus, i vilken grad patientundervisning kan ses som ett kapital med symboliska värden och hur detta fält förvaltas över tid (Bourdieu, 1995a, 1995b; Broady, 1991). Bourdieus handlingsteori placerar tillsammans med Faircloughs teori om diskurs och diskursordning (Fairclough, 1992, 2010) sjuksköterskors handlingsutrymme i ett historiskt och samhälleligt sammanhang. Teorierna används för att resultatet skall kunna förklaras, förstås och diskuteras samt för att kunna problematisera dagens hälso- och sjukvård med fokus på sjuksköterskan som undervisare.

Det övergripande syftet med avhandlingsarbetet har varit att explorera, beskriva och kritiskt granska förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Resultatet visar otydliga förutsättningar för detta fält och att sjuksköterskor varken efterfrågar eller erbjuds pedagogisk kompetensutveckling. Den enskilda sjuksköterskan har oftast själv ansvaret för att utveckla sin kompetens inom området. Patientundervisningens diskursordning innehåller diskurser som hindrar eller möjliggör patientundervisning och som även styr dess innehåll. I resultatdiskussionen kommer det otydliga fältet att lyftas fram och olika aspekter av detta problematiseras.

### **Ett otydligt fält**

Såväl föreställningar som handlingar konstrueras inom patientundervisande arbete på ett sätt som villkoras av arbetsplatsens praktik. Avhandlingens resultat visar att pedagogisk kompetens reduceras till praktiskt undervisningsarbete utan krav på kritisk reflektion eller teoretisk anknytning. Sjuksköterskors arbetssätt överensstämmer med vad Bengtsson och Kroksmark (1994) benämner vardagsdidaktiker. Resultatet kan förstås som att sjuksköterskors pedagogiska förhållningssätt och handlingar är spontana och i stor grad oreflekterade (jfr Friberg, 2001), med hänvisning till Bourdieu (1995b) att sjuksköterskors patientundervisning kan förstås som ett arbete som inte kan upphöjas till symboliskt kapital.

Att vara vardagsdidaktiker innebär att den enskilda sjuksköterskans föreställningar om vad som är bra, respektive inte bra, är det som styr undervisningssituationen. En risk är att sjuksköterskan undervisar på ett sätt som de professionella ”alltid gjort”, d.v.s. att det är socialt konstruerat genom deras praktiska arbete. Sjuksköterskan kan då sägas styra över sin egen pedagogiska utveckling, men att arbeta som vardagsdidaktiker har begränsningar. Risken finns att sjuksköterskan inte är medveten om hur det egna arbetssättet påverkar patientens lärande och omvårdnadsaktiviteten patientundervisning riskerar att bli en oreflekterad arbetsuppgift.

## **Sjuksköterskors och chefers habitus**

Det framkom brister när det gällde att skapa tid för patientundervisning, skapa ostörda undervisningsmiljöer och strukturer för pedagogisk kompetensutveckling. Sammantaget riskerar detta att föreställningar utvecklas till att undervisning är något som görs om det finns tid och resurser ”över”. Sjuksköterskans erfarenheter konstruerar föreställningar om patientundervisning och med Bourdieus terminologi (1995b), skapar förkroppsligade habitus av hur patientundervisning skall genomföras: vad, hur, varför och när. Det kan förstås som att sjuksköterskor handlar eller skapar handlingsutrymme för undervisning utifrån sina levda erfarenheter och föreställningar.

Sjuksköterskors förkroppsligade habitus att ”rätta in sig i ledet” för hur det skall vara, kan förstås som en anpassning till de faktiska möjligheterna eller de objektiva strukturerna, d.v.s. regler och ramar som finns på arbetsplatsen. All patientundervisande praktik skall förstås som ett växelspel mellan dessa objektiva strukturer och sjuksköterskors förkroppsligade habitus, såsom olika inlärd undervisningsmönster (jfr Bourdieu, 1995b). Detta begränsar och reproducerar den enskilda sjuksköterskans handlingar i det patientundervisande arbetet. Att inte undervisa patienter kan bero på att kollegor uttrycker att det inte finns tid eller att det inte finns samtalsrum för undervisning eller att den enskilda sjuksköterskan undervisar patienter i närvaro av andra patienter (se studie 1) därför att kollegor gör det.

Att cheferna brister i att stödja sjuksköterskor i deras pedagogiska arbete kan förklaras med att chefer, liksom sjuksköterskor, ”är fångade” i sina erfarenheter och föreställningar, i sina habitus, i den verksamhet de arbetar i. De flesta av cheferna har arbetat som sjuksköterskor under många år (se demografisk data i studie III och IV) och det kan innebära att cheferna har habitus som liknar sjuksköterskors habitus inom fältet patientundervisning.

Flertalet sjuksköterskor beskriver i studie I att chefer inte ger stöd i organisationen inom det undervisande fältet och i studie II inte i konkreta patientundervisande situationer. Studie III visar att chefer i sjukhusvård sällan ger individuellt stöd till

sjuksköterskor i patientundervisningssammanhang. Att chefer inom sjukhusvård kan frånsäga sig detta ansvar kan förstås som en avsaknad av en didaktisk diskurs. Detta kan förklaras av att innehållet i den organisatoriska diskursen tar en stor del av arbetstiden i anspråk. Inom primärvård finns en didaktisk diskurs och cheferna (IV) uttryckte att de stödjer sjuksköterskors patientundervisande arbete, men sade samtidigt att det är varje sjuksköterskas ansvar att följa utvecklingen inom området. Resultatet (I - IV) visar tydligt att sjuksköterskors stöd i patientundervisande arbete inte är tillräckligt prioriterat, exempelvis så hade cheferna i studie IV svårt att ange någon ungefärlig tid för kompetensutveckling inom området, trots att det fanns en didaktisk diskurs.

## **Patientundervisning och medicinsk diskurs**

Av handlingens resultatet framgår att pedagogisk skicklighet framför allt handlar om patientinformation i relation till ett medicinskt innehåll. Till exempel uttrycker cheferna (IV) att sjuksköterskor ”är ansvariga för” att patienter förstår läkarnas information. Detta innebär att sjuksköterskor förklarar och förtydligar för patienten efter läkarkonsultationer, något som framkommit i tidigare forskning (se t.ex. Fall et al., 2013).

När cheferna (III, IV) i sitt samtal konstruerar den medicinska diskursen som viktig, självklar och styrande görs sjuksköterskorna till läkarnas ”förlängda arm” när det gäller pedagogiskt arbete. I enlighet med Bourdieu (1995b) kan detta uttryckas som att undervisningsaktiviteter med medicinskt innehåll har ett högt symboliskt kapital i den sociala praktiken och genom detta prioriteras och reproduceras det medicinska kunskapsområdet. Resultatet visade att det framför allt var läkare som hade föreläsningar på arbetsplatsen om aktuella diagnoser. Kompetensutveckling för medicinsk kunskap tilldelas genom detta en stark position och sjuksköterskan förvaltar dessa symboliska tillgångar i det patientundervisande fältet. Medicinsk kunskap är mycket viktig i omvårdnadsarbetet, men samtidigt som det medicinska innehållet lyfts fram ägnas inte motsvarande tid och energi åt att utveckla det egna kompetensområdet (i detta fall patientundervisning som en aspekt av omvårdnad), t.ex. att utveckla och att använda kombinationer av olika undervisningsstrategier (Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer, & Turnbull, 2011). Att sjuksköterskor väljer läkaruppgifter, t.ex. ordinerar blodprover (IV) och därmed skapar symboliskt kapital och makt inom den medicinska diskursen, kan förstås som att sjuksköterskor inte uppfyller professionens yrkeskrav när det gäller att utveckla området patientundervisning.

## **Patientundervisning och användning av forskningsresultat**

Att sjuksköterskor inte efterfrågar patientens behov av kunskap och förståelse avseende hälsosituationen kan tänkas bero på att flertalet sjuksköterskor (II) inte tar del av aktuell forskning inom området patientundervisning och därmed kanske inte har relevanta pedagogiska kunskaper som grund för undervisningsarbetet. Att inte använda forskningsresultat överensstämmer med tidigare forskning som visar att verksamma sjuksköterskor har en relativt låg användning av forskningsresultat i dagligt arbete (Boström, Kajermo, Nordström, & Wallin, 2009; SSF, 2011). Enligt Boström et al. (2008) kan brist på tid, resurser och tillgänglighet vara hinder för att använda aktuell forskning, något som kan överensstämma med avhandlingens resultat. Det kan också handla om ett attitydproblem, d.v.s. att sjuksköterskor inte tycker att det är viktigt att följa forskningslitteratur och därmed inte prioriterar att vara uppdaterade när det gäller forskningsresultat. Även om sjuksköterskor har föreställningar om att undervisningsaktiviteter är viktiga (II) är de i sin yrkesutövning vardagsdidaktiker (Bengtsson & Krokmark, 1994).

## **Pedagogisk kompetens utifrån Ellströms modell**

Ellströms kompetensmodell (Ellström, 1997, 2000) i relation till avhandlingens resultat (se Figur 2), visar att sjuksköterskors formella pedagogiska kompetens inte är tillfredsställande (I, II). Enligt Bourdieu (1995b, s. 128) kräver ett fält att personen i fråga "betalar" en inträdesavgift, såsom ett utbildningskapital, för att kunna arbeta professionellt. Alla sjuksköterskor har ett utbildningskapital eftersom de genomgått en formell utbildning och dessutom har legitimation. Att pedagogisk utbildning som utbildningskapital däremot inte är framträdande i omvårdnadsarbetet visas i avhandlingens resultat (I-IV). Det pedagogiska kapitalet kan då inte omvandlas till ett tydligt symboliskt kapital, där patientundervisande arbete prioriteras, något som kan förklaras av att cheferna inte tydligt efterfrågar denna kompetens hos sjuksköterskor (III, IV). Detta kan leda till att sjuksköterskor inte heller efterfrågar kompetensen, vilket kan leda till sämre förutsättningar för sjuksköterskors förmåga att undervisa på ett sätt som kan öka patientens kunskap och förståelse. Flera författningar och offentliga dokument (QSEN, 2007; SFS 2014:821; SSF, 2010) beskriver vikten av patienters delaktighet och vikten av professionellt stöd i att skapa bästa möjliga egenvård och då är det förvånande att de flesta sjuksköterskor inte själva efterfrågar pedagogisk kompetensutveckling av chefer (III, IV), eller att de flesta sjuksköterskor har föreställningar om att de inte har stöd i patientundervisande arbete (I).



Cheferna, fr.a. i studie IV, tillskrev den enskilda sjuksköterskans praktiska erfarenheter av patientundervisande arbete stort värde. Det handlar då om den faktiska kompetensen utifrån Ellströms modell. Individuella handlingsplaner för pedagogisk kompetensutveckling och att chefer utvärderar pedagogisk kompetens, t.ex. i relation till arbetsbeskrivning och i lönesamtal, kan antas inte förekomma (III), med få undantag i studie IV. Hur sjuksköterskan föreställer sig innehållet i en arbetsuppgift, t.ex. att ha ett strukturerat samtal med en patient inför hemgång efter en sjukhusvistelse, påverkas av de enskilda sjuksköterskornas engagemang och motivation och utgör delar av deras professionella kompetens. Såväl de professionellas självuppfattning och självförtroende, efterfrågad kompetens, samt chefers förmåga till samarbete och kommunikation, är centrala för hur arbetsuppgiften utförs (Ellström, 1996). Inom primärvården (II, IV) framträder undervisningskapitalet tydligare, något som tyder på att sjuksköterskor och chefer förvaltar och bevarar detta kapital bättre än inom sjukhusvård (I, II, III) och sjuksköterskor inom primärvård bättre än inom kommunal vård (I, II). Cheferna inom primärvården (IV) uttryckte en didaktisk diskurs, även om diskursen kan förstås som både övergripande och otydlig.

### **Bristande pedagogisk kompetens**

Den pedagogiska kompetens som patientundervisande arbete kräver är omfattande. Med hjälp av Ellströms modell tydliggörs att i sjuksköterskornas dagliga patientundervisning är varken stödet från cheferna eller den pedagogiska kompetensutvecklingen tillräckligt omfattande och betydande för att patientundervisning skall kunna konstrueras till ett tydligt symboliskt kapital inom fältet. Att det då inte finns någon tydlig diskurs kring sjuksköterskans patientundervisande arbete är inte så förvånande.

<b>Formell kompetens</b>	<b>Efterfrågad kompetens</b>
<p>Studie I och II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cirka 12 % har pedagogisk utbildning på universitetsnivå,</li> <li>- 10 % har någon form av pedagogisk träning på arbetsplatsen och</li> <li>- pedagogisk kompetens är högre inom primärvård, jämfört med i kommunal vård och sjukhusvård.</li> </ul>	<p>Studie I och II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sjuksköterskor erbjuds inte pedagogisk kompetensutveckling, med få undantag.</li> </ul> <p>Studie III och IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- enligt chefer efterfrågar inte sjuksköterskor pedagogisk kompetensutveckling,</li> <li>- inom sjukhusvård efterfrågar chefer oftast inte pedagogisk kompetens,</li> <li>- inom primärvård är praktiskt undervisande arbete mycket viktigt och formell pedagogisk kompetens är inte alltid nödvändigt samt</li> <li>- inom primärvård efterfrågas formell pedagogisk kompetens för sjuksköterskor som undervisar patienter med diabetes mellitus i grupp (enl. Västra Götalands riktlinjer).</li> </ul>
<b>Faktisk kompetens</b>	<b>Den kompetens som patientundervisande arbete kräver</b>
<p>Studie I och II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de flesta sjuksköterskor har uppfattningar om att de har hög kompetens i patientundervisande arbete.</li> </ul> <p>Studie III och IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chefer inom sjukhusvård diskuterar inte/talar oftast inte om sjuksköterskors patientundervisning i dagligt arbete,</li> <li>- enligt chefer inom primärvård utvecklas sjuksköterskors patientundervisande kompetens fr.a. i praktiskt arbete,</li> <li>- det finns oftast inte någon handlingsplan för pedagogisk kompetensutveckling och utvärdering och</li> <li>- därmed är den faktiska kompetensen otydlig.</li> </ul>	<p>Studie I - IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kan förstås som att de flesta sjuksköterskor inte har den pedagogiska kompetens som krävs enligt samhällets författningar och aktuell forskning och</li> <li>- kan förstås som att de flesta sjuksköterskor inte har handlingsutrymme att använda sin pedagogiska kompetens i dagligt arbete.</li> </ul>

**Figur 2.** Relationer mellan olika betydelser av yrkeskunnande, modell enligt Ellström (Ellström, 1997, s. 268; 2000, s. 38), och i relation till sjuksköterskors patientundervisande arbete. Modifierad figur och återges med tillåtelse.

## Att förändra och tydliggöra fältet

Att förändra fältet handlar inledningsvis om att tydliggöra den rådande diskursordningen och därefter förändra och möjliggöra för sjuksköterskor att arbeta utifrån ett reflekterat pedagogiskt förhållningssätt, grundat i ett personcentrerat arbetssätt.

## **Att ändra diskursordningen**

Det finns klara samhälleliga intentioner avseende värdering av sjuksköterskors pedagogiska kapital, inte minst när det gäller att beakta och värna patienters säkerhet och delaktighet (SFS 2010:659; SFS 2014:821). Detta öppnar upp för att pedagogiska kunskaper kan uppvärderas och leda till ökat organisatoriskt stöd från chefer i pedagogisk kompetensutveckling. Det borde också kunna leda till att sjuksköterskor själva kräver bättre förutsättningar för undervisande arbete. Enligt Bourdieu (1995b) är det de som är inom fältet, i den sociala praktiken, som är bäst lämpade att skapa förändring, i detta fall av pedagogiskt arbete. Det kan också bli det motsatta, om stöd, ökat handlingsutrymme och ökad kompetens uteblir. Fältet förblir då oförändrat och det patientundervisande arbetet fortsätter att vara otydligt och ofta osynligt (Friberg, 2001). Den rådande sociala och diskursiva praktiken kvarstår och diskursordningen förblir därmed stabil och styr förutsättningar för patientundervisande arbete. Cheferna inom primärvården (IV) ger exempel på hinder och samtidigt ger de själva förslag på hur hindren kan undanröjas. Inom sjukhusvården (III) föreslås extern hjälp eftersom cheferna erfar att de inte har handlingsutrymme eller makt att förändra i nuvarande diskursordning. För att kunna förändra måste chefen först bli medveten om befintliga hindrande strukturer i det patientundervisande fältet.

## **Att utveckla den didaktiska diskursen – personcentrerat arbetssätt**

Personcentrerat arbetssätt är viktig kompetens, för bl.a. sjuksköterskor, och beskrivs i litteraturen (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk, & Öhlén, 2013; QSEN, 2007), och framhålls som viktigt för olika patientgrupper (de Boer, Delnoij, & Rademakers, 2013), samt visat att effektiviteten i vårdarbetet, såsom patientens egenvård, kan öka (Fors et al., 2015). Personcentrerat arbetssätt kan vara ett sätt att utveckla den didaktiska aspekten av omvårdnaden. Utgångspunkten är att se patienten som en person, vilket innebär att patienten ges möjlighet att vara aktiv i planering och genomförande av den egna vården. Det handlar om att sjuksköterskan skall fokusera på personen och patientens berättelse och inte bara på sjukdom och symtom och här är relationen mellan professionella och patient central (Ekman, Norberg, & Swedberg, 2014; McCance & McCormack, 2013; McCormack & McCance, 2006). Personcentrerad omvårdnad innebär att tid för samtal och en personlig plan med fokus på patientens lärande skapas för att åstadkomma bästa möjliga egenvård (jfr Shaha et al., 2015). I detta sammanhang är samarbete professionella emellan en viktig strategi (Fall et al., 2013; Shaha et al., 2015), liksom chefens prioriteringar i att upprätthålla och utveckla personalens kompetens (Surakka, 2008). Avhandlingens resultat (I, II) och tidigare forskning (Friberg et al., 2012) visar på otydligheter i samarbetet, såväl mellan olika professioner som inom professionen, i det patientundervisande arbetet. Studie III och IV visar att ledarskapet för och inom det patientundervisande fältet inte

alltid prioriteras. Ledarskap som utvecklar samverkan<sup>4</sup> bland professionella är viktigt i patientundervisande arbete och kan motverka ”parallel working” (Lewin & Reeves, 2011) som karakteriseras av bristande informationsutbyte och samverkan mellan sjuksköterskor och läkare. Reeves (2009) har definierat olika interprofessionella aktiviteter, bl. a. kontinuerlig interprofessionell utbildning och lärande, och beskrivit vikten av att de professionella lär med, av och om varandra för att förbättra samverkan och därmed kvalitén i vården. Avhandlingens resultat kan tolkas som att det är viktigt att olika professionella grupper lär och tränar patientundervisning på ett strukturerat sätt i autentiska miljöer. Detta förutsätter att chefer tar vara på olika professioners kunskaper och erfarenheter och har ambitionen att bygga upp bästa möjliga strukturer för patientundervisande arbete, även mellan olika vårdinrättningar (jfr Williams, 2010). Interprofessionell kompetens kommer därmed hela teamet kring patienten och patienten till godo. Som exempel kan nämnas Olsson, Karlsson och Ekman (2006) studie som visade hur en integrerad vårdkedja, med samarbete mellan professionella och med patienten i centrum, kan minska medicinska komplikationer, ge en bättre smärtlindring och en halvering av antalet vård dagar. I detta sammanhang blir sjuksköterskors pedagogiska aktiviteter, såsom att stödja patienters motivation att lära, viktigt och kostnadseffektivt.

### *Hälsolitteracitet*

Genom ett personcentrerat arbetssätt blir det lättare att beakta patientens hälsolitteracitet, vilket kan påverka patientens tilltro till sin egen förmåga att ta makten att själv bestämma i relation till hälsosituationen (Mårtensson & Hensing, 2011; Sørensen et al., 2012). Avhandlingens resultat visar att information (envägskommunikation) är den vanligaste pedagogiska strategin. Detta har också framkommit av tidigare forskning (se t.ex. Friberg et al., 2012). Enligt avhandlingens resultat diskuterade sjuksköterskor oftast inte patientundervisning (I, II) och patientundervisande arbete ”bara görs” och patienten som person och hens berättelse och sätt att förstå sin hälsosituation är kanske inte i centrum. Resultatet visar också att sjuksköterskor ofta upplever att de inte har tid för undervisning (I). Mårtensson och Hensing (2012a) beskriver faktorer som stödjer patienters grad av hälsolitteracitet. Det handlar ytterst om att de professionella förmår att skapa tillit och då utgår från patientens förmåga att förstå information, så att patienten ska kunna ta väl underbyggda beslut.

---

<sup>4</sup>handla eller fungera gemensamt för visst syfte, (Nationalencyklopedin 1996), vilket betyder att de professionella tillför sina specifika resurser och kompetenser till en uppgift som de gemensamt har att genomföra.

Något som förvånar är att resultatet visar att det finns sjuksköterskor som aldrig eller sällan efterfrågar patienters förståelse av sin hälsa/ohälsa eller deras behov av kunskap (II). Kan det vara så att patienters svårigheter i att förstå de professionellas information och undervisning hör samman med att patientens grad av hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2011, 2012b) inte uppmärksammas av sjuksköterskan, p.g.a. föreställningar om vad patienten behöver veta och förstå? Om sjuksköterskan inte reflekterat över detta kan det få till följd att det inte konstrueras föreställningar om vikten av att använda undervisningsstrategier som passar patientens hälsolitteracitet, d.v.s. patientens förmåga att förvärva, förstå, kritiskt värdera och tillämpa informationen. Exempel från avhandlingens resultat, som visar på sjuksköterskors bristande kunskap om patienters olika behov av kunskap, är när cheferna (IV) uttryckte att patienter skrivs ut från sjukhus och att patienters kunskapsbehov i relation till deras sjukdom och/eller sjukhusvistelse inte efterfrågas.

Att tydliggöra och säkerställa patientundervisning som en omvårdnadsaktivitet skulle kunna vara att arbeta enligt vårdprocessen och att dokumentera patientens läroprocess i patientjournalen (Björvell, 2011; Ekman et al., 2011; Shaha et al., 2015) samt att fokusera på patientens hälsolitteracitet. Att granska dokumentationen om patientens kunskaper och förmåga till förståelse av hälsosituationen kan då bli ett sätt att utvärdera delar av patientundervisningens kvalitet. En tydligare planering och samordning av patientundervisning i olika vårdinrättningar, och förslagsvis att sjuksköterskan gör ett hembesök, bör underlätta undervisningen och patientens förmåga att förstå sin egenvård. Den uppsökande metoden stämmer väl med att fler och fler patienter vårdas i hemmen (jfr Fall et al., 2013). Sjuksköterskans kunskaper om hälsolitteracitet är en viktig aspekt av den pedagogiska kompetensen.

## **Att utveckla sjuksköterskans pedagogiska kompetens**

### *Organisatoriska aspekter*

Alla sjuksköterskor har en grundutbildning och därmed en gemensam plattform att stå på. För att sjuksköterskor skall kunna praktisera den teoretiska kunskap som de har tillägnat sig under den formella utbildningen och utveckla pedagogisk kompetens krävs att hälso- och sjukvård på olika nivåer har en beredskap att stödja detta. Ett sätt är att utveckla arbetsbeskrivningar för att stödja professionell träning i pedagogiskt arbete, vilket t.ex. Prandi et al. (2014) och Eloranta et al. (2015) rekommenderar. Det innefattar möjligheter till kritisk reflektion över vad som krävs av sjuksköterskan för att stödja patientens lärande och därmed hur pedagogisk kompetensutvecklingen kan gå till. Mer konkret kan Bengtssons (1995) beskrivning av distansering användas för att förstå hur sjuksköterskor kan använda olika typer av reflektion för att få kunskap om och förståelse för en undervisningssituation. Självreflektion kan innebära att

sjuksköterskan genom en inre dialog om en patientundervisningssituation uppnår en distans till sina handlingar och då skapar medvetenhet om hur dialogen fungerat i relation till syftet med undervisningssituationen. Dialog eller kritisk reflektion i grupp, såsom samtal med kollegor om erfarenheter av undervisningssituationer, skapar också distans till egna erfarenheter när olika alternativa arbetssätt diskuteras. Detta kan förändra föreställningar (III, IV) som att sjuksköterskors pedagogiska skicklighet till stor del är individrelaterad och beror på personligheter.

Ett sätt att stimulera sjuksköterskors professionella utveckling är att arrangera seminarier för att diskutera forskningslitteratur (Nesbitt, 2013). Enligt Nesbitt, att strukturerat reflektera över praktiskt arbete, var ett sätt att öka medvetenheten om hur de arbetade praktiskt, samtidigt som de blev tryggare i att använda forskningsresultat. Även om arbetet i seminarierna inte ledde till större policyförändringar så efterfrågade sjuksköterskorna färdigheter i att kritiskt kunna granska patientvården. Nesbitt betonar att sjuksköterskor som har forskningserfarenhet bör ingå i varje arbetsteam, för att få bestående förändringar i dagligt arbete. Kombinationen, reflektion i grupp med kollegor och att arbeta och diskutera med kollegor som har forskningserfarenhet under lång tid, bör leda till reflektioner över hur patientundervisande arbete kan förbättras och därmed underlätta utveckling av evidensbaserad patientundervisning. I relation till avhandlingens resultat (I, II) innebär det att fler sjuksköterskor måste ha högre vetenskaplig kompetens, t.ex. en disputerad sjuksköterska som har ett nära samarbete med sjuksköterskor med specialistkompetens som arbetar i patientvården. Ytterligare ett sätt för chefer att stödja pedagogisk kompetensutveckling i organisationen är att utse en sjuksköterska med minst magisterexamen, som speciellt ansvarar för att följa utvecklingen av patientundervisande arbete i aktuell forskning. Det bör leda till att pedagogisk utveckling uppdateras och stöds i olika fora genom interprofessionell samverkan i och mellan olika vårdinrättningar, samt även i tvärvetenskapliga grupper (jfr Platts & Ransom, 2015). Vad som skall ingå i processen för att ändra förutsättningarna för sjuksköterskans patientundervisande arbete varierar, bl.a. beroende på vårdtagare och vårdinrättning och måste diskuteras och tydliggöras i organisationen på varje arbetsplats.

Resultatet (I, II) visar att få sjuksköterskor har haft kurser eller kursinnehåll som fokuserar på området patientundervisning under grundutbildning till sjuksköterska eller efter legitimation. Avhandlingens resultat visar också att förutsättningar för sjuksköterskors möjligheter att specialistutbilda sig måste förbättras, eftersom efterfrågan är hög och antalet specialistutbildade sjuksköterskor mellan åren 1995 och 2013 har minskat, från 65 % till 45 % (Socialstyrelsen, 2016). Examensordningen för sjuksköterskor med specialistutbildning (SFS 1993:100) uttrycker krav på pedagogisk kompetens och därmed har de en viktig roll i att kunna stödja patientens kunskap och förståelse kring hälsosituationen. Med ökad pedagogisk kunskap kan sjuksköterskor

bli mer autonoma i pedagogiskt arbete och motivera och kräva bättre förutsättningar, t.ex. tid, samtalsrum och bättre möjligheter att dokumentera det dagliga patientundervisande arbetet. Ökad pedagogisk kompetens kan alltså öppna upp för samtal om vilket handlingsutrymme/-mönster som skall skapas för undervisande arbete i framtiden. I dessa samtal är det viktigt att inkludera att patienter uppfattar att sjuksköterskor är bra undervisare om de kan skapa förtroende och kopplar undervisningen till patientens specifika hälsosituation, vilket var de viktigaste kriterierna för patienters lärande i Svavarsdóttir, Sigurdardóttir och Steinsbekk (2015) studie. Walker et al. (2013) beskrev vikten av specialistutbildning för att kunna skapa individuella omvårdnadsplaner för patienter med kroniska sjukdomar och att omvårdnadsarbete är förankrat i undervisning, hälsokunskap och egenvård.

Hur sjuksköterskors pedagogiska kompetens kan stödjas går att relatera till Ellströms lärandenivåer, där olika nivåer beror på det handlingsutrymme som finns på arbetsplatsen. Den högsta nivån av lärande är utvecklingsinriktat lärande. Utvecklingsinriktat lärande kräver ett reflektivt handlande och det kan skapa: ”en kunskap om sig själv och sitt kunnande, dess räckvidd och gränser, starka och svaga sidor” (Ellström, 1996, s. 159). Om krav på ett utvecklingsinriktat lärande ställs på sjuksköterskans arbete, så stämmer det väl med hur en professionell pedagogisk kompetensutveckling bör ske i organisationen. Det tydliggör också att det inte enbart kan ställas krav på arbetsorganisationen utan också på sjuksköterskans eget ansvar för pedagogisk kompetensutveckling och på att skapa så bra undervisningssituationer som möjligt med de resurser som finns tillgängliga. Det är viktigt att sjuksköterskor genomför kurser på avancerad nivå med pedagogiskt innehåll, för att få personliga kvalifikationer som kan används i vårdarbetet och därmed kunna utveckla patientvården.

För att skapa en förändringsprocess inom patientundervisning med personcentrerat arbetssätt bör chefer på olika nivåer, på t.ex. äldreboende eller sjukhus, tillsammans skapa utvecklingsmöjligheter för personalen, såsom att all vårdpersonal tränas i att kommunicera (jfr Visser & Wysmans, 2010). Visser och Wysmans (2010) betonar vikten av systematiska förändringar som byggs in i organisationen för att få bestående förändringar. I relation till avhandlingens resultat innebär det att använda ett teoretiskt avpassat pedagogiskt ramverk för patientundervisning och fokusera på hur ramverket skall implementeras samt stödjas under lång tid. Annars finns det risk att positiva innovativa pedagogiska förändringar blir kortvariga (jfr Eloranta et al., 2015). I Williams (2010) litteraturgenomgång framkom att praktikrelaterat lärande har potential att förbättra det praktiska arbetet, men betonar vikten av att chefer stödjer sjuksköterskors användning av kritisk reflektion och samtidigt utvecklar en lärandekultur på arbetsplatsen. I relation till avhandlingens resultat kan det vara att

stödja sjuksköterskor i att ta kontrollen över sitt eget lärande och därmed åstadkomma önskad förändring i det patientundervisande arbetet.

### *Patienters utvärdering av undervisningsaktivitet – en tänkbar rutin i organisationen*

Att utvärdera sjuksköterskans undervisning, där patientens kunskaper, förståelse och delaktighet är i centrum, ger kunskap om huruvida patientundervisningen är tillfredsställande (Redman, 2013). Kesänen et al. (2014) framhåller att, utöver test av patientens kunskaper ger resultaten vägledning för såväl innehållet i undervisningen som för att följa upp patienters läroprocess, d.v.s. indirekt visar testet vilket stöd sjuksköterskor behöver i pedagogisk utveckling. För att underlätta säkerställning av att patienten har fått kunskap och förståelse för att kunna klara sin egenvård finns redskap att använda, t.ex. Su, Herron och Osisek (2011) redskap för stöd i undervisningsprocessen. Det är ett kompetensbaserat undervisningsprogram där varje sjuksköterska skall besvara fyra frågor i relation till patientens lärande: "What are the essential competencies for patient self-management of health? What teaching methods will yield the intended learning? What are the most appropriate methods to evaluate how well a patient has achieved the competencies? How should the evidence of learning be documented?" (a.a.s. 292). Om redskapet hade använts av avhandlingens sjuksköterskor så kanske det hade resulterat i att undervisningsprocessen hade fått tydligare struktur och därmed varit mer synlig.

## **Makten i och bakom diskurserna**

Standardiserad kunskap, såsom standardvårdsplaner och PM, dominerade när det gäller vad och hur sjuksköterskor informerade patienter. En sammanfattande redogörelse, som ett PM är, innebär att patientinformationen detaljstyrs och då kan den granskas och övervakas av cheferna. Detta kan tolkas som att de har makten över det substantiella innehållet och i intervjuerna uttrycks att ett standardiserat arbetssätt garanterar kvalitén. Det kan innebära att sjuksköterskor, redan innan de träffar patienterna, vet vad de skall informera om. Den asymmetriska relationen där de professionella har makt medan patienter kan vara i avsaknad av makt är tydligt framträdande genom att chefer och sjuksköterskor dels väljer ut vilken kunskap som patienten behöver, dels väljer på vilket sätt denna kunskap förmedlas. Med New public managements fokus på effektivitet, kontroll och transparens (Elzinga, 2012) blir följden att organisationsdiskursen tillsammans med den ekonomiska diskursen har makten och genom det blir styrande i det dagliga patientundervisningsarbetet (III, IV).



Att effektivitet och kontroller inte problematiseras i relation till patientens kunskap, förståelse och egenvård är problematiskt. Aktuell forskning kan vara ett stöd i diskussioner om vem som har ansvar för och hur undervisning skall bedrivas för att skapa evidensbaserad patientundervisning, se t.ex. Shahas (2015) studie. De marknadsekonomiska strukturerna i organisationen, d.v.s. makten som skapat rådande diskurser, har utvecklats under lång tid och föreliggande avhandlings resultat visar att dessa strukturer påverkar chefers möjligheter att skapa relevanta förutsättningar för undervisande arbete, något som de professionella kanske inte är medvetna om.

Enligt Fairclough (2010) konstrueras social identitet och position via språket som handling. Resultatet i studie III visar att patientundervisning inte är något som är framträdande för cheferna i deras sociala position. Cheferna uttryckte att omorganisationer görs utifrån den ekonomiska diskursen och är hinder i det dagliga arbetet och att det p.g.a. dessa omorganisationer inte finns tid för patientundervisning. Det är en kamp om makten på arbetsplatsen, t.ex. vem som ska bestämma om och hur omorganisationer skall göras samt vad som skall prioriteras. I fokusgruppsintervjuerna (III) konstruerade cheferna sina positioner som utan makt i relation till patientundervisning, något som också kan ge en förståelse för att de har litet handlingsutrymme att förändra förutsättningarna. I chefernas samtal används starka hjälpverb såsom att de ”måste” göra alla administrativa uppgifter. Hjälpverben kombinerades med beskrivande metaforer, såsom att de måste ”vädja till” och ”försvara sig” när ekonomi diskuteras med ledningen. De har således inte makten att prioritera bland arbetsuppgifterna. Cheferna konstruerar sina positioner utifrån att de vidmakthåller rådande organisations- och ekonomidiskurs, något som kan innebära att de ger sjuksköterskor för lite stöd och utrymme för att träna undervisningsaktiviteter (Prandi et al., 2014). Konsekvenserna kan bli att patienter inte får den undervisning de har rätt till för att klara bästa möjliga egenvård (Berghlund, 2011).

Cheferna inom primärvård i studie IV positionerar sig som chefer och har därmed makten över aktiviteterna inom ansvarsområdet. De uttryckte i positiv anda att de tar sitt ansvar för förutsättningar för det patientundervisande arbetet. Samtidigt identifierar de sjuksköterskor som ansvarstagande och autonoma i relation till patientundervisning. Att cheferna konstruerar sig som chefer ger dem handlingsutrymme, men inom arbetsplatsens ekonomiska ramar. Politiska samhällsförändringar, t.ex. införandet av ”vårdvalet” medförde ökade kostnader och ökat socialt ansvar för primärvården. Detta samhällskrav ledde till krav på konkreta handlingar av cheferna för att klara ekonomin, d.v.s. ledaransvaret styrdes av den ekonomiska diskursen. Det innebär att omorganisera, samordna och följa upp enligt ”Krav-boken” (Västra Götalandsregionen, 2012), vilket även innebär att det kvantifierbara prioriteras, d.v.s. det är viktigt att arbetsuppgifter som finns beskrivna i ”Krav-boken” utförs eftersom beskrivna arbeten ger ekonomisk ersättning från samhället. I chefernas samtal

framträder föreställningar om att det finns samband mellan kvantitet och kvalitet och att det som efterfrågas är kvantiteter som ger ekonomisk ersättning. Men, eftersom resultatet visar att den didaktiska diskursen är otydlig, kanske cheferna själva inte har tillräckligt med handlingsutrymme eller makt för att kunna stödja sjuksköterskors undervisande arbete så att det överensstämmer med samhällskraven (SFS 2014:821). Det kan bero på att chefer högre upp i organisationen inte diskuterar målet med och resurser till sjuksköterskors undervisande arbete.

## **Att förändra och att förbättra – sammanfattning**

Trender som idag finns inom samhället och därmed inom hälso- och sjukvård är, dels den marknadsliberala ideologin med New public management (Elzinga, 2012) vilken framträder i diskurserna och i diskursordningarna, och dels ideologin om mänskliga rättigheter, vård på lika villkor och delaktighet som finns i författningar (SFS 1982:763; SFS 2014:821) och i aktuell forskning med mer och mer fokus på ett personcentrerat arbetssätt (McCance & McCormack, 2013; QSEN, 2007) och hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2011, 2012b). Trenderna kan beskrivas som en kamp om dominans. Hur makt, ansvar och delaktighet utvecklas mellan de professionella och mellan sjuksköterskor och patienter påverkar patientundervisningen och vad som är möjligt att förändra på arbetsplatsen. Avhandlingens resultat visar att flertalet sjuksköterskor och chefer har föreställningar om att patientundervisning är viktigt och det är positivt som utgångspunkt för att skapa bättre förutsättningar för omvårdnadsaktiviteten patientundervisning. Sjuksköterskor har eget ansvar och kan påverka utvecklingen genom policyarbete för personcentrerad vård, genom att utveckla sina undervisningsstrategier och debattera personens ansvar för sin hälsosituation i relation till behovet av stöd och patientundervisning.

### **Att synliggöra, tydliggöra och att utvärdera på arbetsplatsen innebär:**

- att stödja pedagogisk kunskapsutveckling med kritisk reflektion i olika former,
- att följa aktuell forskning och problematisera vad pedagogisk kompetensutveckling är inom hälso- och sjukvård,
- att utveckla rutiner för att använda patientundervisande strategier såsom generella modeller riktade till personer med kroniska sjukdomar, t.ex. eLärande i olika former,
- att resultatet av kompetensutveckling leder till att sjuksköterskor kräver ändrade rutiner, regler och förhållningssätt i organisationen, t.ex. att patientundervisande arbete skall vara en stående punkt i personalsamtal,
- att tydliggöra chefers ansvar för förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete, t.ex. inskrivet i chefers arbetsbeskrivningar,
- att patientundervisande arbete synliggörs och utvecklas i interprofessionell

samverkan på olika nivåer,

- att chefer använder olika pedagogiska redskap för att tydliggöra sjuksköterskors pedagogiska kompetens, t.ex. individuell arbetsbeskrivning för pedagogisk kompetensutveckling,
- att chefer skapar förutsättningar för vidareutbildning med formella och informella kurser och formella krav inom patientundervisande arbete, t.ex. efterfrågar pedagogisk kompetens vid nyanställning,
- att pedagogisk kompetens värderas vid lönesamtal,
- att skapa förutsättningar för specialistutbildningar,
- att en person med minst magisterexamen kan tilldelas huvudansvar för att följa aktuell forskning och pedagogisk utveckling på kliniken eller inom ett visst upptagningsområde och
- att patienter utvärderar erhållen undervisning.

**På utbildningsinstitutioner:**

- att patientundervisande arbete problematiseras och att pedagogik och didaktik tydliggörs i utbildningsprogram och kurser för sjuksköterskor och övrig vårdpersonal.

## Metoddiskussion

För att förstå och problematisera förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete (I, II) användes socialkonstruktivistisk ansats (III, IV). Kartlägningsstudierna (I, II) planerades inte med denna ansats men användes för att ”öppna upp” och problematisera resultaten som de två inledande studierna visade. I avhandlingen förstås trovärdighet som att studierna skall vara trovärdiga i relation till forskningsproblemet, förförståelse, valda forskningsansatser, metoder och att resultaten värderas utifrån om de är rimliga och relevanta (Polit & Beck, 2008). Ambitionen har varit att medvetandegöra mina erfarenheter och min förförståelse så utförligt som möjligt i forskningsprocessen (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008). Jag är sjuksköterska och lärare med många års yrkeserfarenhet och har därmed kunskap och förståelse inom forskningsområdet. Min förståelse för förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete har jag kontinuerligt reflekterat över, för att så öppet som möjligt kunna möta det som informanterna beskrivit kring forskningsområdet. Det finns förstås en risk att fastna i förutfattade synsätt och förförståelse som begränsar min förståelse under forskningsprocessen. Minnesanteckningar har skrivits kontinuerligt för att aktivt kunna reflektera över hur jag har arbetat med avhandlingens data. Kontinuerliga dialoger har förts med handledare.

## Validitet och reliabilitet i studie I och II

Begreppen validitet och reliabilitet används framför allt i kvantitativa studier. Validitet handlar om i vilken grad en mätmetod, t.ex. ett frågeformulär, mäter det som det är ämnat att mäta. Reliabilitet avser om mätmetodens sätt att mäta ger samma resultat vid upprepade mätningar (förutsatt att mätvariabeln inte har ändrats) (Polit & Beck, 2008). Forskningsfrågorna och syftet avgjorde att frågeformulär och en tvärsnittstudie valdes för att kartlägga sjuksköterskors erfarenheter, uppfattningar och därmed förutsättningar för patientundervisande arbete. Via litteratursökningar hittades inget frågeformulär som kunde användas inom primärvård, kommunal vård och sjukhusvård och därför skapades formuläret ”Sjuksköterskors Patientundervisning” (Bergh et al., 2014).

Eftersom området sjuksköterskors patientundervisande arbete är omfattande användes enstaka frågor (single-item) för att mäta olika aspekter. Enstaka frågor har godtagbar mätprecision, framför allt när det är övergripande frågor såsom tillfredsställelsen med arbetssituationen eller med lönen i relation till hur informanten önskar att det skall vara (Nagy, 2002). Enkätfrågorna kombinerades med öppna frågor, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2008). Tillägg av öppna frågor syftade till att ge en

mer detaljerad beskrivning av sjuksköterskors patientundervisande arbete och kan minska nackdelarna med att använda fördefinierade frågor eftersom informanterna då har möjlighet att lägga till viktig information. En nackdel med enstaka frågor är att intern konsistens reliabilitet (Cronbachs alfa) inte kan beräknas och att test av validitet för enstaka frågor kan vara mer problematiskt än vid användande av multi-item skalor (flera frågor mäter en domän).

Frågeformuläret består av en kombination av faktamässiga frågor och frågor om sjuksköterskors uppfattningar, vilket syftar till att mäta både objektiva och subjektiva aspekter av förutsättningarna för patientundervisande arbete. Vidare valdes separata frågor om patientinformation (envägskommunikation) och patientundervisning (dialog) för att få en uppfattning om vilka pedagogiska kunskaper sjuksköterskor har.

Frågeformulärstudien syftade till att kartlägga förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete inom olika vårdinrättningar, vilket krävde många arbetsplatser (n=124) för att få valida resultat. Därför genomfördes ett stratifierat slumpmässigt urval vilket ger goda förutsättningar att generalisera resultaten (yttre validitet). För att göra kartläggningen var datainsamling via frågeformulär tidsbesparande och därmed ekonomiskt försvarbart. Frågeformulärstudiernas (I, II) svarsfrekvens var 83 % (n=701). Det externa såväl som det interna bortfallet var lågt och det talar för att formuläret var lätt att förstå och att det därmed var lätt att besvara frågorna. Jag talade på telefon om sjuksköterskors patientundervisning med alla cheferna. Den höga svarsfrekvensen kan bero på att cheferna visade ett stort intresse för studien. Totalt 27 sjuksköterskor hörde av sig och meddelade att de inte ville fylla i formuläret på grund av att de skulle bli pensionärer, sjukpensionärer eller byta arbetsplats inom de närmaste dagarna, men de ville muntligt beskriva hur de såg på sitt patientundervisande arbete och vikten av att forska inom detta område. De flesta samtalen varade nästan en timma. Detta stärkte min övertygelse om vikten av forskningsområdet. Om dessa sjuksköterskor hade fyllt i formuläret hade svarsfrekvensen blivit 87 %.

Frågeformulärets kvantitativa analyser genomfördes med vedertagna statistiska metoder (Altman, 1991). Spearmans korrelationer visade att de flesta frågorna avseende patientinformation respektive patientundervisning korrelerade högt. Därför har för vissa av dessa parfrågor bara patientundervisningsfrågan presenterats i studierna. Orsakerna till korrelationerna kan t.ex. vara att sjuksköterskor inte skiljer på dessa begrepp kunskapsmässigt, trots att frågeformulärets presentationssida har definitioner av begreppen och att varje fråga som innehöll begreppen hänvisade till definitionerna. Takeffekter finns i både studie I och II, d.v.s. att fördelningen av frågornas svar är skeva åt höger, det positiva. Orsaken till detta kan vara att samhällets författningar uttrycker att det är viktigt att informera och undervisa och att det enligt

sjuksköterskor är självklart att undervisa och informera patienter samt att vara en duktig undervisare.

De kvalitativa analyserna i studie I och II genomfördes med en modifierad innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) och innehållsvaliditeten säkrades med fortlöpande reflektioner i forskargruppen. Ytterligare ett steg i den övergripande analysen i avhandlingen (I-IV) var att ”väga in” sjuksköterskors uppfattningar om och faktiska handlingar i patientundervisande arbete (I, II) utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv, vilket ger en djupare förståelse för varför förutsättningarna för patientundervisande arbete är som de är.

### **Trovärdighet i studie III och IV**

Begrepp för att beskriva och bedöma trovärdighet i kvalitativa studier är: tillförlitlighet (credibility) i datainsamling och i analys av data; tillförlitlighet är beroende av pålitlighet (dependability) och det handlar om att data är stabil över tid och om resultaten kan upprepas med samma deltagare och sammanhang; bekräftande (confirmability) är i vilken utsträckning resultatet från en studie formas av informanterna, tolkning av data, och inte av forskaren; överförbarhet (transferability) är att resultat kan användas i andra sammanhang (Lincoln & Guba, 1985).

Fokusgruppsintervjuer med chefer (III, IV) valdes för att forskningsfrågan, fenomenet förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete, krävde fördjupade kunskaper och förståelse utöver det som erhållits av formulärstudiernas informanter (I, II). Hur chefer i grupp talar om fenomenet ”här och nu” har betydelse för hur förutsättningarna för undervisning i praktiskt arbete är. Cheferna kände varandra och det kan vara både en fördel och en nackdel (Morgan, 1997). En fördel med att gruppdeltagarna känner varandra och att det är små grupper kan vara att gruppen känns trygg och därmed kan informanterna ge rika och uttömmande beskrivningar, vilket är viktigt för ’tillförlitligheten’. En nackdel med att de känner varandra kan vara att de ”vet” vad gruppens deltagare tänker eller tar föreställningar för givna och därmed inte ger uttömmande beskrivningar av fenomenet, vilket motverkas med följdfrågor. Inledningsfrågan och ”uppmaningarna” under intervjuerna att utveckla samtalet formulerades på ett sådant sätt att forskaren skulle styra chefernas samtal så lite som möjligt. Samtalet flöt på otvunget och alla uttryckte sina föreställningar om fenomenet. En brist i avhandlingens resultat kan vara att fokusgrupperna och deltagarna var få och att upptagningsområdet (geografiskt) var begränsat. Ytterligare en brist kan vara att inom sjukhusvård valdes medicinska och kirurgiska vårdavdelningar, vilket innebar att avdelningar såsom ögon, öron, psykiatri och intensivvård valdes bort. Detta kan ha påverkat representativiteten, likaså att kommunal vård och vård i privat regi exkluderades.

Handledarna har haft full insyn i forskningsprocessen, från de första idéerna till färdiga manus. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och det underlättade den fortlöpande granskningen. Konsensusförfarandet för beskrivningar och tolkningar av data med reflekterande och resonerande metoder har används i forskargruppen (Rolfé, 2006). Även diskussioner inom olika forskargrupper, exempelvis med doktorander och andra forskare i seminarier har bidragit till ökad tillförlitlighet i analysarbetet och därmed i resultatet. Jag genomförde alla fokusgruppsintervjuerna och vid tre av sex intervjuer fanns medförfattare som observatörer, vilket också ökade tillförlitligheten.

Datan tolkades med Faircloughs (1992; 2010, s. 132) metodbeskrivning. Metoden är den tydligaste beskrivningen inom CDA (Winther Jörgensson & Phillips, 2000) och den tre-dimensionella modellen är beskriven för att öka 'pålitligheten'. I studie III och IV var sorteringen av texten ("innehållsanalysen") ett arbetssätt för att organisera data och avgränsa diskurserna i förhållande till forskningens syfte. Faircloughs modell användes därefter som ett analytiskt redskap för att granska de språkliga uttrycken i diskurserna. Faircloughs (2010) CDA är problemorienterad och för att komma åt fenomenet var det viktigt att använda en metod som "packar upp" existerande diskurser och studie III och IV handlar om hur chefer talar om förutsättningarna för sjuksköterskors patientundervisande arbete. Kritisk diskursanalys är kritisk i betydelsen att den används för att utforska, synliggöra och beskriva den roll som den diskursiva praktiken med dess chefer konstruerar, d.v.s. föreställningar om förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete.

'Bekräftande' är i vilken utsträckning resultaten från en studie formas av informanterna och inte av forskarens partiskhet, motivation eller intresse (Lincoln & Guba, 1985). De olika stegen i forskningsprocessen är beskrivna. Resultatbeskrivningarna förtydligas med citat av primärdata, där informanternas egna ord stärker analysens trovärdighet. Därmed kan läsaren granska och bedöma om tolkningarna härrör från informanterna. Min strävan i hela forskningsprocessen har varit att nyanserat beskriva och tolka informanternas budskap. Detta är viktigt för att läsaren ska ges förutsättningar att kunna bedöma i vilken grad resultatet kan relateras till andra vårdarbetsplatser eller sammanhang än där studierna är gjorda, enligt Lincoln och Gubas (1985) begrepp 'överförbarhet'.

Resultaten i fokusgruppsintervjuerna har genererats utifrån få informanter och har analyserats utifrån samtal som sker baserade på en socialkonstruktionistisk ansats (Bourdieu, 1995a; Fairclough, 2010). Att delta i ett socialt sammanhang, som gruppintervjuer är, kan påverka förmågan att ge neutrala beskrivningar. Samma informanters samtal med samma metod och samma syfte och frågeställningar vid annan tidpunkt kan resultera i annat resultat. Men, om det inte finns en uppenbar orsak

till att motsätta sig resultaten så finns det ett värde bortom informanterna i studie III och IV, vilket innebär att resultatet med försiktighet kan användas i andra sammanhang. I alla studierna med andra informanter är det möjligt att resultaten hade blivit annorlunda eftersom resultaten inte är objektiva sanningar utan de är resultatet av informanternas samtalstext, tolkad och beskriven av forskaren.



## KONKLUSION

Sjuksköterskors kompetens i patientundervisande arbete måste utvecklas. Det finns ett pedagogiskt utbildningsbehov och ett behov av att avgränsa och tydliggöra patientundervisning i den professionella och därmed sociala praktiken. Det handlar om att sjuksköterskors och chefers habitus behöver förändras för att överensstämma med samhällets krav och med aktuellt forskningsläge. Det innebär ändrad ”standardiserad” praktik med nya eller andra tankesätt, nya sätt att kategorisera och konstruera verkligheten, med i förlängningen en ändrad och relevant pedagogisk kompetens. Detta innebär också att professionell utveckling och förbättring av undervisningsstrukturer för patientundervisning i organisationen skall genomföras parallellt och kontinuerligt eftersom undervisningsstrategier förändras över tid. Tydligare förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete bör skapa en mer hållbar utveckling för patienter och samhälle med grund i evidenta och säkra omvårdnadshandlingar. Patientundervisning måste vara en prioritet i utveckling av praktiken och centralt i detta är att sätta processer och resurser på plats för att se till att patientundervisning sker och är effektiv.

## FORTSATT FORSKNING

Förslag på områden för fortsatt forskning:

- utveckling av sjuksköterskors teoretiska och praktiska pedagogiska kompetens,
- chefers ansvar för förutsättningar för sjuksköterskors patientundervisande arbete,
- intra- och interprofessionellt samarbete för att kunna möta patienters behov av lärande och
- former för samarbete mellan olika vårdinrättningar för att kunna möta patienters behov av lärande samt
- implementeringstudier, t.ex. att införa guidelines.



# SUMMARY OF THE THESIS IN ENGLISH

## Introduction

Nurses' patient education work is a fundamental and professional part of daily nursing, independent of healthcare facility. Today, patient education faces different challenges related to a variety of factors, e.g. a worldwide changing disease panorama as the population grows older and often with multi-faceted needs, increased information flow, shorter hospital stays and growing expectations from patients to participate in the decision-making process. This has led to increased societal demands on the healthcare sector, including expectations on a health promotive and preventive patient education. In this context, health literacy refers to the patient's ability to acquire, understand, critically evaluate and apply information that may lead to a decision that could result in improved or maintained health.

Most Western countries face growing healthcare needs as well as increasing costs. As in other institutional practices, patient education has been influenced by ideas such as 'New Public Management'. NPM is a system that emphasises that the ideas used in the private sector should also be applied to the public services in order to improve efficiency, productivity, accountability and results orientation. This has led to a trend in the healthcare sector that patients should pass through the system as quickly as possible. One component in this is to promote self-management for the patients. This requires a knowledgeable, skilled and motivated nurse educator.

Since the 1980s, abundant research has been conducted on patient-education programmes focused on what professionals expect patients to know about their own health status. However, nurses' communicative efficiency in patient interventions and competence-related patient education work has been studied to a lesser extent. Studies indicate that barriers to nurses' patient education have existed for years, and especially the importance of pedagogical competence development for the clinical patient educator. Research literature has identified several conditions important in nurses' patient education work in order to deliver high-quality care, e.g. strong organisational and managerial support, clear coordination of educational responsibilities across disciplines, and incorporating patient education in nurses' job descriptions in order to draw attention to the task.

In the view of a changed health panorama with strong societal expectations on high quality patient education, there is a need to explore the different conditions for patient education. This applies to all areas of nursing care and health care contexts, such as

primary, municipal and hospital care. Therefore, the conditions for a qualified nurse educator in daily clinical work are highlighted in this thesis.

## **Aim**

The overall aim of this thesis is to explore, describe and critically assess conditions for nurses' patient education work, based on the perspectives of nurses and (first line) managers. This was conducted in two steps. The first step was to describe nurses' experiences and perceptions of patient education in relation to organisation, environment, professional cooperation and pedagogical competence, and to describe differences between primary, municipal and hospital care. The mapping of nurses' patient education work showed that there are obstacles to overcome but also opportunities to explore. In the second step, the aim was to identify discourses in the ways managers speak of the patient education provided by nurses in primary and hospital care. The expression 'patient education' is used as a general term concerning patient teaching and patient information. 'Patient teaching' is here defined as a two-way communication process, while 'patient information' means that a nurse simply hands out information. The expression 'pedagogic' refers to the knowledge of teaching others, learning and the achievement when being taught something. The term 'patient' is used as a general term for a person receiving care, including care recipients or residents in municipal care. Specific aims for each study were:

- Study I      To describe nurses' perceptions of conditions for patient education, focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects, and to determine differences between primary, municipal and hospital care.
  
- Study II     To describe nurses' perceptions of conditions for patient education, focusing on aspects of competence. The aim was also to describe differences in conditions for nurses working in primary, municipal and hospital care.
  
- Study III    To explore the conditions for nurses' patient education work by focusing on managers' discourses about the patient education provided by nurses in hospital care.
  
- Study IV    To explore the conditions for nurses' patient education work by focusing on managers' discourses about the patient education provided by nurses in primary care.

## Method

This thesis consists of four studies. In studies I and II, a randomised selection of nurses (842) received a questionnaire of 47 items concerning factual experiences and perceptions to patient education, and 13 background items. Questionnaires were returned by 83 % of the participants. The items concerned organisation, environment, professional cooperation (I), and pedagogical competence (II). Descriptive statistics, non-parametric tests and content analysis for open-ended items were used. In studies III and IV, data was collected from three focus group interviews with managers (n=10) in hospital care, and three focus groups interviews with managers (n=10) in primary care. An explorative, qualitative design with a social constructionist perspective was used. The data was analysed with a critical discourse analysis.

The overall epistemological approach is based on constructionism, which means that reality is understood as a social construct. Patient education is conducted in a social and cultural context on which the professional practice has demands, which may create both opportunities and obstacles. Conceptions of patient education are constructed by nurses, managers as well as other staff, patients, the general public and society. This dissertation represents nurses' patient education as a field (cf. Bourdieu, 1995a). How patient education is developed depends on nurses' and managers' habitus, i.e. the degree to which patient education could be seen as a capital with symbolic values and how this field is managed over time. Both Bourdieu's theory of practice, Faircloughs theory of discourse and the order of discourses place nurses' scope of action in a historical and social context (cf. Fairclough, 1992, 2010).

## Results

The results come from four studies: nurses' experiences and perceptions of patient education in primary care, municipal and hospital care (I, II), how managers speak of conditions for nurses' patient education (III, IV) and a summary of the theoretical foundation.

Nurses' perceptions of conditions for patient education work differ between healthcare settings, in favour of primary care (I, II). The nurses in primary care had better conditions and more managerial support, for example in the allocation of uninterrupted time (I). The primary care nurses had an advantage when it came to following current research literature in patient education, as well as how they perceived their own competences, pedagogical education and post graduate specialisations (II).

The managers' discursive practice in hospital care (III) comprised a discourse order of organisational, economic, medical, and juridical discourses. Due to a heavy workload and a lack of time, the managers could neither see the importance of their role as a supporter of the patient education provided by nurses nor their role in the development of the nurses' pedagogical competence. The managers used both organisational (above all, administrative tasks) and financial reasons for explaining their failure to support the nurses' providing patient education (III). The managers' discursive practice in primary care (IV) comprised a discourse order of economic, medical, organisational and didactic discourses. The economic discourse was the predominant one to which the organisation had to adjust. The medical discourse was self-evident and unquestioned. The nurses' pedagogical competence development was unclear. Practice-based experiences of patient education were considered very important, whereas theoretical pedagogical knowledge was considered less important (IV).

In the studies (I, II), most nurses described that their managers do not provide enough support in specific patient education situations. They also revealed shortcomings when allocating time for patient education as well as creating undisturbed learning environments and structures for pedagogical competence development. This might give the nurses the impression that teaching patients is of limited importance and to be conducted when there is time left. In Bourdieu's terminology, creating an 'embodied habitus' of patient education should be implemented: what, how, why and when. The results could then be interpreted as if it is the nurses' embodied habitus that should adjust to the actual possibilities and the objective structures, i.e. the rules and the frameworks that exist in the workplace. This limits and reproduces the individual nurse's actions in patient education. The managers' (III, IV) shortcomings in supporting the nurses in their educational work could be explained by the fact that the managers as well as the nurses are "trapped" in their experiences and beliefs, in their habitus, in the business they work in.

The results of this thesis suggest that the standard knowledge dominates, e.g. using PM, in terms of nurses' information to patients. Here, the medical content is predominant. When information is controlled in detail, it could also be monitored and supervised by managers. They then control the substantial content, and also express in their interviews that a standardised approach vouches for quality. The asymmetrical relationship, where the professional has the power position towards the patient, is clearly visible. Nurses can select the knowledge patients need and choose the way this knowledge is to be given. New Public Management focuses on efficiency, control and transparency, and is here the organisational discourse paired with the economic discourse of control and power in the daily patient education (III, IV). Efficiency and evaluation in relation to the patient's knowledge, understanding and self care may not be identified. The economic structures of the organisation, i.e. the very power that created the

prevailing discourses in the first place, have evolved over time, which affect the managers' abilities to create good conditions for the nurses' educational work.

According to Fairclough (2010), social identity and position are constructed through the language of action. The results of study III show that the managers' social identity and position gives little importance to patient education. The managers expressed that reorganisations hinders the daily work and that there is very little time for patient education. The managers construct their positions as powerless, something that could also be expressed as that they have small possibilities to change the conditions for patient education. The managers then construct their positions on the basis that they perpetuate the prevailing organisational and economical discourse.

The managers in study IV position themselves as managers with power over the activities within their area of responsibility. They expressed in a positive spirit that they take responsibility for the relevant conditions for patient education, although within the financial constraints. At the same time, they identified the nurses as responsible and autonomous in relation to patient education. From the managers' talk emerged conceptions that there is a correlation between quantity and quality. In order to receive financial compensation, quantities were demanded, e.g. numbers of education sessions. There was less, if any, focus on how the teaching was carried out. The didactic discourse was in other words unclear.

Here, pedagogical skills are reduced to practical educational work, without the requirement of critical reflection or theoretical extension. The results could be interpreted as if the nurses' educational approaches and actions were spontaneous and, to a large extent, unreflective. Referencing to Bourdieu (1995a), nurses' patient education could be understood as a work that cannot be elevated to the 'symbolic capital'.

## **Conclusion**

Nurses' competences in patient education work need to be developed. There is a pedagogical need for education as well as a need to define and clarify patient education in the professional and hence social practices. This concerns both nurses' and managers' habitus, which need to change in order to correspond to societal demands and current research.

This means changing the 'standardised' practice with new or different ways of thinking as well as new ways to categorise and construct reality, ultimately with a different and more relevant pedagogical competence. This also means that professional

development and improvements of the structures for patient education in the organisation should be implemented in parallel and continuously, since educational strategies change over time.

Clearer conditions for nurses' patient education ought to create a more sustainable development for both patients and society with its basis in evident and safe caring actions. Patient education needs to be prioritised when developing practice. Central to this is the (sufficient) allocation of processes and resources in order to ensure that patient education is performed efficiently.



## TACK

Jag önskar uttrycka stor tacksamhet till alla som har bidragit till denna avhandling. Först vill jag tacka alla sjuksköterskor och chefer som har deltagit i projektet, tagit tid till att fylla i ett frågeformulär och avsatt tid till intervjuer. Jag hoppas att avhandlingens resultat kommer att bidra med kunskap och förståelse som kan användas för att utveckla förutsättningarna för sjuksköterskors patientundervisande arbete.

För finansiering och ekonomiskt stöd till min avhandling vill jag tacka Högskolan i Borås, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, med akademichef Lotta Dahlheim Englund, studierektor Ingela Rydström och före detta studierektor Ingela Höglund. Ni har varit omtänksamma på många olika sätt utöver förutsättningar för att bedriva min forskning. Jag vill också tacka Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa för forskarutbildningen.

Jag vill tacka mina fyra handledare: Professor Febe Friberg, docent Eva Persson, professor Elisabeth Dahlborg Lyckhage och docent Jan Karlsson. Min huvudhandledare Febe, vi har följt varandra under många år och haft livliga diskussioner över vad som skall ingå och inte i avhandlingen. Tack för alla dina kloka och tålmodiga kommentarer. Eva, som undrar över vad jag menar med texten jag har skrivit och därmed utvecklat min förmåga att vara tydlig, och som gärna diskuterar text på telefon. Elisabeth, som med kloka och insiktsfulla kommentarer har ökat min förståelse för vad konstruktionism är. Jan, för statistiska analyser och som alltid tålmodigt och vänligt har förklarat statistiska principer. Tack Febe, Eva, Elisabeth och Jan för att ni generöst har delat med er av er kunskap och förståelse och därmed skapat bättre förutsättningar för min förberedhet inför doktorsexamen.

Jag vill rikta ett speciellt tack till professor Inger Johansson, Karlstad universitet, som engagerat deltog i skapandet och publiceringen av frågeformuläret ”Sjuksköterskors patientundervisning”.

Tack till er som granskade mitt manus vid mitt- och slutseminarium, speciellt universitetslektor Eva Lidén och docent Charles Taft. Tack, Martin Borg, Thomas Nyström, Jimmy Granberg och Johan Norling för hjälp med ”datorns knepiga värld”. Dessutom ett stort tack till Yvonne Schultz, Irene Lammassaari, Yvonne Samuelsson och Maria Jonsson för administrativt stöd som jag har fått som lärare. Många gånger har det varit problematiskt att kombinera lärararbete med doktorandstudier. Tack alla underbara kollegor på min akademi, speciellt Kerstin Dagborn, Lena Hedegård och Pia Börjesson för uppmuntrande samtal. Mitt varma tack till alla doktorandkollegor, och

speciellt tack till nyligen disputerade Laura Darcy, Katarina Karlsson och Lina Palmér. Jag avstår medvetet från att nämna fler namn för att inte riskera att glömma någon. Tack alla Ni!

Slutligen vill jag uttrycka stor tacksamhet till min framlidne make, Claes-Håkan, som uppmuntrade mig till att bli doktorand. Till min nära familj är tacksamheten större än vad jag kan uttrycka i ord: Niklas och Camilla med barnen Filippa och Albin. Daniella, Henrik och Cecilia, Johan och Nina. Att tänka på er gör mig glad! Att ”få ihop livet” med doktorandstudier har inte alltid varit lätt, men ni har följt ett gammalt ordspråk: ”Älska mig mest när jag förtjänar det minst för då behöver jag det bäst” – TACK!

Göteborg April 2016

Anne-Louise Bergh

## REFERENSER

- Aggleton, P., & Chalmers, H. (2000). *Nursing Models and Nursing Practice, 2nd end.* Great Britain, Wales: Creative Print & Design, Ebbw Vale.
- Ali, L., Krevers, B., Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Effectiveness of web-based versus folder support interventions for young informal carers of persons with mental illness: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 94*(3), 362-371. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.020
- Altman, D. (1991). *Practical statistics for medical research.* London: Chapman and Hall.
- ANA. (2010). American Nurses Association, Annual Report. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/>.
- Annersten Gershter, M., Pilhammar, E., & Alm Roijer, C. (2011). Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(2), 220-226. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00812.x
- Axelsson, R. (2000). The organizational pendulum: Healthcare management in Sweden 1865 -1998. *Scandinavian Journal of Public Health, ISSN 1403-4948, 28*(1), 47-53.
- Barber-Parker, E. D. (2002). Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. *Patient Education and Counseling, 48*(2), 107-113. doi:10.1016/S0738-3991(02)00024-1
- Bengtsson, J. (1995). Theory and Practice: Two Fundamental Categories in the Philosophy of Teacher Education. *European Journal of Teacher Education, 18*(2), 231-238.
- Bengtsson, J., & Krokmark, T. (1994). *Allmänmetodik Allmäändidaktik.* Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, U., Kasperowski, D., Ring, L., & Kjellgren, K. (2014). Developing an interactive mobile phone self-report system for self-management of hypertension. Part 1: Patient and professional perspectives. *Blood Pressure, 23*, 288-295.
- Bergh, A.-L., Bergh, C.-H., & Friberg, F. (2007). How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing, 16*(10), 1898-1907. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01810.x
- Bergh, A.-L., Johansson, I., Persson, E., Karlsson, J., & Friberg, F. (2014). Nurses' Patient Education Questionnaire – development and validation process. *Journal of Research in Nursing, 20*(3), 181-200. doi: 10.1177/1744987114531583
- Berglund, M. (2011). *Att ta rodret I sitt liv – lärande utmaningar vid långvarig sjukdom. [Taking charge of one's life -challenges for learning in long-term illness].* [Dissertation]. Växjö Sweden: Växjö Linnaeus University.
- Biernacki, P. J., Champagne, M. T., Peng, S., Maizel, D. R., & Turner, B. S. (2015). Transformation of Care: Integrating the Registered Nurse Care Coordinator into the Patient-Centered Medical Home. *Popul Health Manag, 18*(5), 330-336. doi: 10.1089/pop.2014.0131
- Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering. En praktisk handbok.* Lund: Studentlitteratur.
- Bostrom, A.-M., Kajermo, K., Nordstrom, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science, 3*(1), 24. doi: 10.1186/1748-5908-3-24

- Boström, A.-M., Kajermo, K. N., Nordström, G., & Wallin, L. (2009). Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1430-1441. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02370.x
- Bourdieu, P. (1995a). *The Logic of practice (first published 1992)*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1995b). *Praktiskt förnuft. Bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos AB.
- Brady, K., Keller, D. S., & Delaney, C. P. (2015). Successful Implementation of an Enhanced Recovery Pathway: The Nurse's Role. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 102(5), 469-481. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.08.015
- Broadly, D. (1991). *Sociologi och epistemologi. Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin. [Sociology and Epistemology. On Pierre Bourdieu's Authorship and Historical Epistemology]*. [Dissertation]. Stockholm: HSL förlag.
- Bryant, R., & Gaspar, P. (2014). Implementation of a self-care of heart failure program among home-based clients. *Geriatric Nursing*, 35(3), 188-193. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.01.003
- Childs, S., Blenkinsopp, E., Hall, A., & Walton, G. (2005). Effective e-learning for health professionals and students—barriers and their solutions. A systematic review of the literature—findings from the HeXL project. *Health Information & Libraries Journal*, 22, 20-32. doi: 10.1111/j.1470-3327.2005.00614.x
- Close, A. (1988). Patient education: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 13(2), 203-213.
- Coates, V. (1999). *Education for Patients and Clients*. London and New York: Routledge.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2003). *"Systers" konstruktion och mumifiering - i TV-serier och studenters föreställningar* [Dissertation]. Göteborg: Acta universitatis Gothoburgensis.
- de Boer, D., Delnoij, D., & Rademakers, J. (2013). The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 405-410. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.002
- Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). *Omårdnad på Avancerad nivå (Advanced Nursing)*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., & Smedby, B. (1993). Nursing Care as documented in Patient Records. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7(4), 209-220. doi: 10.1111/j.1471-6712.1993.tb00206.x
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Ed.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (s. 69-96). Stockholm: Liber AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ellström, P.-E. (1996). Rutin och reflektion. Förutsättningar och hinder för lärande i dagliga arbetet. In P.-E. Ellström, G. Gustavsson & S. Larsson (Eds.), *Livslångt lärande* (s. 142-179). Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P.-E. (1997). The many meanings of occupational competence and qualification. *Journal of European Industrial Training*, 21(6/7), 266-273. doi: 10.1108/03090599710171567
- Ellström, P.-E. (2000/1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet: problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Elanders Gotab 32615.
- Ellström, P.-E., & Hultman, G. (2004). *Lärande och förändring i organisationer: Om pedagogik i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

- Eloranta, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2015). Orthopaedic patient education practice. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2015.08.002>
- Elzinga, A. (2012). Features of the current science policy regime: Viewed in historical perspective. *Science and Public Policy*, 39, 416-428. doi: 10.1093/scipol/scs046
- Erlöv, I., & Petersson, K. (1992). *Från kall till personlighet. Sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel*. Lund: Lunds universitet, Pedagogiska institutionen.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity.
- Fairclough, N. (2010). *Critical Discourse Analysis. The critical study of Language*. London: Longman Pearson.
- Fall, E., Chakroun, N., Dalle, N., & Izaute, M. (2013). Is patient education helpful in providing care for patients with rheumatoid arthritis? A qualitative study involving French nurses. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 346-352. doi: 10.1111/nhs.12042
- Falvo, D. R. (1994). *Effective Patient Education. A guide to Increased Compliance*. Gaithersburg Maryland: Aspen Publishers.
- Findahl, O., & Davidsson, P. (2015). Svenskarna och internet 2015. En årlig studie i svenska folkets internetvanor. Internetstiftelsen i Sverige, IIS. Stockholm. [www.internetstatistik.se](http://www.internetstatistik.se).
- Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E. H., . . . Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care — A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 187, 693-699. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.336>
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patient och sjuksköterska på en medicinsk vårdavdelning. Mot en värddidaktik på livsvärldsgrund. [Pedagogical encounters between patients and nurses in a medical ward. Towards a caring didactics from a life-world approach.] [Dissertation]*. Göteborg Sweden: Acta Universitatis Göteborg.
- Friberg, F. (2003). Pedagogiska traditioner av betydelse för patientundervisning. I E. Pilhammar Andersson (Ed.), *Pedagogik inom vård och omsorg* (ss. 27-56). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F., Granum, V., & Bergh, A.-L. (2012). Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170-186. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01367.x
- Friberg, F., Pilhammar Andersson, E., & Bengtsson, J. (2007). Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward - a field study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 534-544. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.12.002
- Friberg, F., & Scherman, M. H. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 274-279. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00341.x
- Friedman, A., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J., & Turnbull, G. (2011). Effective teaching strategies and Methods of Delivery for Patient Education: A systematic Review and Practice Guideline Recommendations. *Journal of Cancer Education*, 26(1), 12-21. doi: 10.1007/s13187-010-0183-x
- Furåker, C. (2001). *Styrning och visioner. Sjuksköterskeutbildning i förändring. [Organisational steering and visions. Changing education and training of nurses]*. [Dissertation]. Göteborg, Acta Universitatis Gothoburgensis: Göteborg universitet.
- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet. [The official secret. A study of nurse's pedagogical function and competence in public health care]*. [Dissertation]. Göteborg Sweden: Acta Universitatis Göteborg.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/inedt.2003.10.001
- Gregor, F. M. (2001). Nurses' informal teaching practices: their nature and impact on the production of patient care. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 461-470. doi:10.1016/S0020-7489(00)00081-X
- Gustavsson, B. (2002). *Vad är kunskap? En diskussion om praktisk och teoretisk kunskap*. Stockholm: Statens skolverk, Fritze.
- Hacking, I. (1999). *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales.
- Hendersson, S. (2002). Factors impacting in nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 2(4), 244-250. doi: 1016/S1471-5953(02)00020-3
- Hendersson, V. (1969). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Oskarshamn: Tryckeri AB Primo.
- Hirdman, Y. (1992). Utopia in the Home. *International Journal of Political Economy*, 22(2), 5-19.
- Häggström, E. (1999). *Sjuksköterskans pedagogiska funktion och utbildning 1916-1992. [Nurses pedagogical function and education, 1916-1992]. [English summary]*. Publication series number: 1999:2. Institute of Health and Care Sciences, The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden.
- Ingadottir, B., Johansson Stark, Å., Leino-Kilpi, H., Sigurdardottir, A. K., Valkeapää, K., & Unosson, M. (2014). The fulfilment of knowledge expectations during the perioperative period of patients undergoing knee arthroplasty – a Nordic perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2896-2908. doi: 10.1111/jocn.12552
- Irvine, F. (2007). Examining the correspondence of theoretical and real interpretations of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 593-602. doi: JCN1539 [pii] 10.1111/j.1365-2702.2005.01539.x
- Jank, W., & Meyer, H. (1997). Nyttan av kunskaper i didaktisk teori. I M. Uljens (Ed.), *Didaktik* (s. 17). Lund: Studentlitteratur.
- Jarvis, P. (2006). *Towards a comprehensive theory of human learning*. London: Routledge.
- Kelley, K., & Abraham, C. (2007). Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 569-579. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01577.x
- Kesänen, J., Leino-Kilpi, H., Arifulla, D., Siekkinen, M., & Valkeapää, K. (2014). Knowledge tests in patient education: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 262-273. doi: 10.1111/nhs.12097
- Krokmark, T. (1997). Undervisningsmetodik som forskningsområde. I M. Uljens (Ed.), *Didaktik* (s. 77-97). Lund: Studentlitteratur.
- Kruger, S. (1990). A review of patient education in nursing. *Journal for Nurser in Staff Development*, 6(2), 71-74.
- Lannerheim, L. (1994). *Syster blir till: en sociologisk studie av sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering = [Sister was born: a sociological study on the growing and transformation of the nurses occupation]* [Dissertation]. University of Gothenburg: Department of Sociology.
- Lever, D. (2013). *Patient perspectives of the needs and value of intense nurse coaching following diabetes self-management training in rural and urban settings* [Dissertation]. State University of New York at Binghamton. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109863341&site=ehost-live> Available from EBSCOhost c8h database.



- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine* (1982), 72(10), 1595-1602. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.03.037
- Lewis, T. T. (2005). *Teaching effectiveness: Are RNs prepared and supported for their teaching role?* [Dissertation]. Mississippi USA: The University of Southern Mississippi; AAT 3209682 (Microform).
- Lin, S. X., Gebbie, K. M., Fullilove, R. E., & Arons, R. R. (2004). Do nurse practitioners make a difference in provision of health counseling in hospital outpatient departments? *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 16, 462-466. doi: 10.1111/j.1745-7599.2004.tb00425.x
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London New Delhi: Sage Publications Inc., Thousand Oaks.
- LPR 1992. *Law on patients' rights. Finland*.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>
- LPR 1998:482. *Law on patients' rights. Denmark*.  
<<http://waml.haifa.ac.il/index/reference/legislation/denmark/denmark1.htm>>.
- Lundgren, U. P. (1996). *Pedagogisk uppslagsbok* (red Ed.). Stockholm: Lärarförbundets förlag.
- Marcum, J., Ridenour, M., Shaff, G., Hammons, M., & Taylor, M. (2002). A study of professional nurses' perceptions of patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), 112-118.
- McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcenterad omvårdnad [P. Wadensjö, Trans.]. I J. Leksell & M. Lepp (Eds.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (ss. 81-110). Stockholm: Liber AB.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McGoldrick, T. B., Jablonski, R. S., & Wolf, Z. R. (1994). Needs assessment for a patient education program in a nursing department: a Delphi approach. *Journal of Nursing Staff Development*, 10(3), 123-130.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187-194. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x
- Merolli, M., Gray, K., & Martin-Sanchez, F. (2013). Health outcomes and related effects of using social media in chronic disease management: A literature review and analysis of affordances. *Journal of Biomedical Informatics*, 46(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2013.04.010>
- Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P., & Gasquet, I. (2008). Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 70(1), 94-101. doi:10.1016/j.pec.2007.09.011
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152. doi: 10.1146/annurev.soc.22.1.129
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2 ed.). Thousand Oaks, California 01320: Sage Publications, Ince.
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108(51-52).

- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012a). Experiences of factors contributing to women's ability to make informed decisions about the process of rehabilitation and return to work: A focus group study. *Work*, 43(2), 237-248. ISSN:1051-9815
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012b). Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x
- Nagy, M. S. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 77-86.
- NBHW. (2013). National Guidelines for Methods of Preventing Disease – summary. [Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder]. The National Board of Health and Welfare. <http://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines/nationalguidelinesformethodsofpreventingdisease>
- Nesbitt, J. (2013). Journal clubs: A two-site case study of nurses' continuing professional development. *Nurse Education Today*, 33(8), 896-900. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.011>
- Nightingale, F., & Barnum, B. S. (1970/1859). *Notes on nursing : what it is, and what it is not*. Philadelphia: Lippincott.
- Olsson, L.-E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2006). The intergrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 1(3). doi: 10.1186/1749-799X-1-3
- Pallister, C., & Lavin, J. (2010). Working together to manage a programme of weight loss. *Primary Health Care*, 20(10), 28-32.
- Park, M. Y. (2005). Nurses' perception of performance and responsibility of patient education. *Journal of Korean Academy of nursing (Taehan Kanho Hakhoe Chi)*, 35(8), 1514-1521. doi: 2005121514 [pii]
- Patrick, D. L., Burke, L. B., Gwaltney, C. J., Leidy, N. K., Martin, M. L., Molsen, E., & Ring, L. (2011). Content Validity—Establishing and Reporting the Evidence in Newly Developed Patient-Reported Outcomes (PRO) Instruments for Medical Product Evaluation: ISPOR PRO Good Research Practices Task Force Report: Part 2—Assessing Respondent Understanding. *Value in Health*, 14(8), 978-988. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.06.013>
- Platts, B. A., & Ransom, J. F. (2015). Adding Value—Supporting Patient Education Services at the Bedside. *Journal of Hospital Librarianship*, 15(3), 262-273 212p. doi: 10.1080/15323269.2015.1049063
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia USA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins.
- Prandi, C., Garrino, L., Clerico, M., Sommovigo, T., Vellone, E., & Alvaro, R. (2014). Therapeutic education to cancer patients: experiences of Italian nurses. *Professioni Infermieristiche*, 67(4), 243-251. doi: 10.7429/pi.2014.674235
- QSEN. (2007). Quality and Safety Education for Nurses (QSEN). Clinical Evaluations using KSA's: Developing Tools and Strategies. Retrieved from <http://qsen.org/competencies/>
- Redman, B. K. (2013). *Advanced Practice Nursing Ethics in Chronic Disease Self-Management*. eISBN-13: 9780826195739 New York: Springer Publishing Company.
- Reeves, S. (2009). An overview of continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 142-146. doi: 10.1002/chp.20026

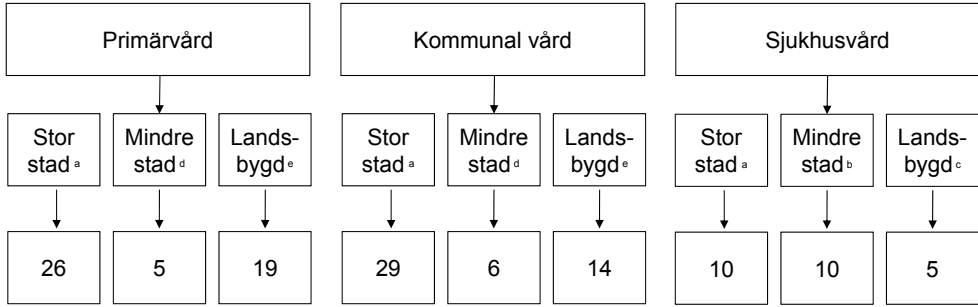


- Rolfé, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03727.x
- Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Boström, A.-M., & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: A longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1494-1504. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.007>
- SFS 1982:763. *Hälsa och sjukvårdslag*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet Retrieved from <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>
- SFS 1993:100. *Högskoleförordning, Examensordning, bilaga 2 (senast uppdaterad förordning 2014: 1096)*. Svensk författningssamling. Stockholm: Utbildningsdepartementet Retrieved from [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/)
- SFS 1998:1661. *Lag om ändring i lagen (1998: 531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Svensk författningssamling. Socialdepartementet Retrieved from <http://www.riksdagen.se/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/>
- SFS 2001:23. *Förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100 bilaga 2)*. Stockholm: Svensk författningssamling. Utbildningsdepartementet Retrieved from [www.notisum.se/rnp/sls/lag/19930100.htm](http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19930100.htm)
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* [Ändrad 2008]. Svensk författningssamling. Stockholm: Utbildningsdepartementet Retrieved from [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet. Retrieved from [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/)
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet. Retrieved from [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet Retrieved from [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)
- Shaha, M., Wüthrich, E., Stauffer, Y., Herczeg, F., Fattinger, K., Hirter, K., . . . Herrmann, L. (2015). Implementing evidence-based patient and family education on oral anticoagulation therapy: a community-based participatory project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1534-1545. doi: 10.1111/jocn.12743
- Socialdepartementet. (2010). *Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet (Långsiktig Efterfrågan på Välfärdstjänster: Hälsa-och sjukvård samt äldreomsorg fram till 2050)*. Retrieved from [www.regeringen.se/rappporter/2010/06/s2010.021](http://www.regeringen.se/rappporter/2010/06/s2010.021)
- Socialstyrelsen. (2002). *Översyn av nyutexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov* Stockholm: Socialstyrelsen. Retrieved from <http://www.sos.se/FULLTEXT/107/2002-107-1/sammanfattning.htm>
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen [utgått].
- Socialstyrelsen. (2015a). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. [National Guidelines for Cardiac Care]*. Stockholm: Socialstyrelsen. Retrieved from [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer)

- Socialstyrelsen. (2015b). *Nationella riktlinjer för diabetesvård. [National Guidelines for Diabetes Care]*. Stockholm: Socialstyrelsen. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordiabetesvard>.
- Socialstyrelsen. (2016). *Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-16>
- SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>.
- SOSFS. (2011). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-53>.
- Speers, A. T. (1989). Patient Education: Theory and Practice. *Journal of Nursing Staff Development*, 5(3), 121-126.
- SSF. (2007). *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, Gothia.
- SSF. (2010). Svensk Sjuksköterskeföreningens strategi för utbildningsfrågor. Retrieved from <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/>
- SSF. (2011). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Svensk sjuksköterskeförening Retrieved from <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Evidensbaserad-vard-och-omvardnad/>.
- Stadsrådsberedningen. (Ds 2013:19). *Framtidskommissionen slutrapport: svenska framtidsutmaningar*. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/16541/a/213306>.
- Su, W., Herron, B., & Osisek, P. (2011). Using a Competency-Based Approach to Patient Education: Achieving Congruence Among Learning, Teaching and Evaluation. *The Nursing Clinics of North America*, 46(3), 291-298. doi: 10.1016/j.cnur.2011.05.003
- Surakka, T. (2008). The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s: responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 525-534. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00901.x>
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., & Steinsbekk, A. (2015). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1177/1474515115618569
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . European, C. H. L. P. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Turner, D., Wellard, S., & Bethune, E. (1999). Registered nurses' perceptions of teaching: constraints to the teaching moment. *International Journal of Nursing Practice*, 5(1), 14-20. doi: 10.1046/j.1440-172x.1999.00147.x
- Valente, S. M. (2007). Oncology nurses' teaching and support for suicidal patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(1), 121-137. doi:10.1300/J077v25n01\_07
- Walker, R., Marshall, M. R., & Polaschek, N. (2013). Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study. *Renal Society of Australasia Journal*, 9(3), 116-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/PY03022>
- van Weert, J., van Dulmen, S., Bär, P., & Venus, E. (2003). Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Patient Education and Counseling*. 49(2), 105-114. doi:10.1016/S0738-3991(02)00091-5

- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x
- Williams, C. (2010). Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 624-632. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01141.x
- Willis, G. B. (2005). *Cognitive interviewing: a tool for improving questionnaire design*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wilson-Barnett, J. (1988). Patient teaching or patient counselling? *Journal of Advanced Nursing*, 13(2), 215-222. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1988.tb01410.x
- Winther Jörgensson, M., & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Visser, A., & Wysmans, M. (2010). Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: Communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 402-408. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.011>
- World Medical Association. (2008). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Västra Götalandsregionen. (2012). Krav - och kvalitetsbok [Requirements-Quality-book]. Retrieved from <http://www.bing.com/search?q=http%3A%2F%2Fwww.vgregion.se%2Fupload%2FRegionkanslierna%2FVG&src=IE-SearchBox&FORM=IESR02>
- Öhman, B. (2003). *The nurse's patient education in geriatric care and rehabilitation*. [Dissertation]. Stockholm: HSL förlag.
- Österlund-Efraimsson, E., Klang, B., Larsson, K., Ehrenberg, A., & Fossum, B. (2009). Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 209-217. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.033

## APPENDIX



a = universitetsstad

b = länsjukhus

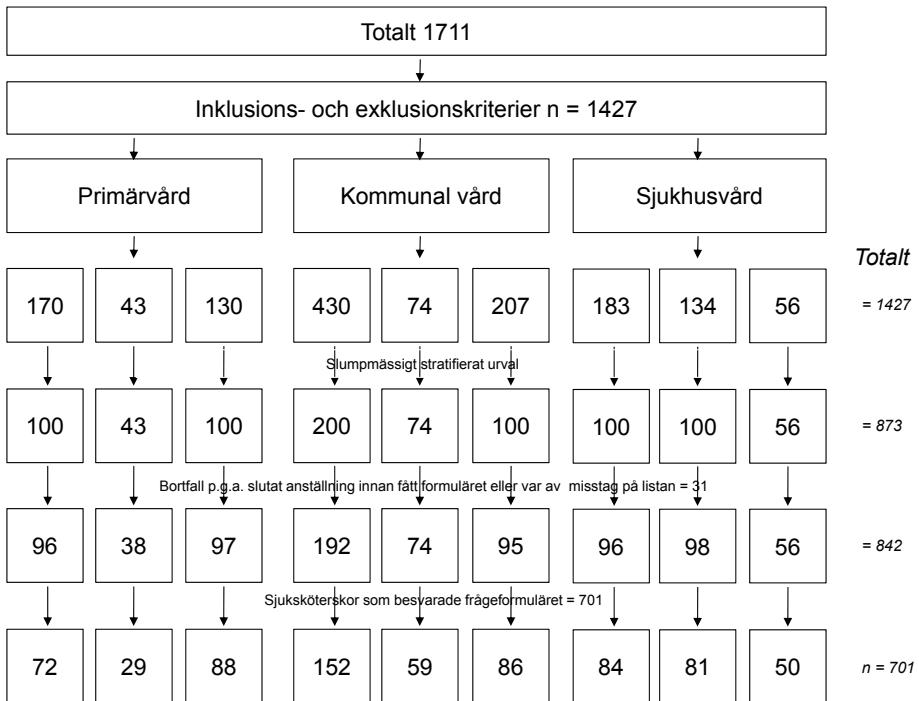
c = tätortssjukhus

d = alla chefer inom staden och staden har ett länsjukhus

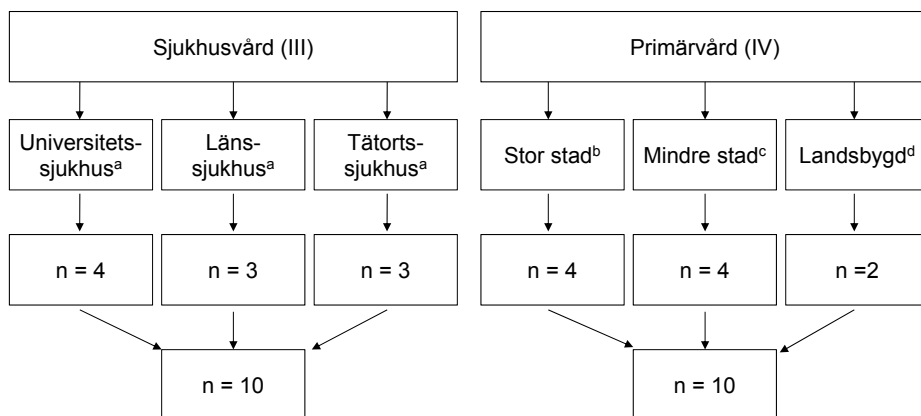
e = alla chefer och alla områden inom ett distrikt

Bortfall = -2    n = 124

**Figur A.** Beskrivning av upptagningsområde och antal chefer som lade frågeformulären i sjuksköterskors postfack



**Figur B.** Beskrivning av upptagningsområde och urval av sjuksköterskor, studie I och II



a = medicinska och kirurgiska vårdavdelningar

b = är universitetsstad

c = staden har ett länsjukhus

d = tätorter inom ett distrikt

**Figur C.** Fokusgruppintervjuer, beskrivning av upptagningsområde och antal chefer, studie III och IV

