



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Program för Lärande och Utveckling i
Svensk hälso- och sjukvård (PLUS)
– Utvärderingsstudie av PLUS-piloten

9 mars 2015

Lars Edgren, Adjungerad Professor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien
Göteborgs universitet

Också verksam vid:
Område kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Västra Götalandsregionen

Förord

Denna utvärderingsstudie har varit högintressant att genomföra, av två skäl. Det ena handlar om att på plats i vården få möta och intervjua ett antal EU-läkare i färd med att leverera nytta på sina nya arbetsplatser och finna sig tillrätta i den svenska hälso- och sjukvården och för de flesta också i det svenska samhället. Det andra handlar om att arbetet med att introducera dessa läkare i det svenska systemet och den svenska arbetskulturen för första gången i VGR inte helt och hållet har skett med hjälp av chefen eller arbetsplatsens medarbetare. Ett särskilt regiongemensamt ettårigt introduktionsprogram har tagits fram för att välkomna EU-läkare till VGR. Programmet strävar efter att ta fatt i något av själva innebörden i att utöva läkaryrket i Sverige. Det här är en utvärdering av hur EU-läkarna och deras chefer värderar en första pilot av detta program, som kallas PLUS, och dess nytta.

Introduktion

Förutsatt att arbetssätt och bemanning inte förändras finns det ett rekryteringsbehov av cirka 225 000 nya medarbetare i den svenska vården och omsorgen perioden 2013-2022. Omkring 60 procent av detta behov beror på pensionsavgångar och 40 procent på ökad efterfrågan på vård och omsorg till följd av ökad andel yngre och äldre i befolkningen. Beträffande läkare specifikt är rekryteringsbehovet 12 000 individer under samma period. Pensionsavgångar svarar för 8 000 av dessa och ökad verksamhetsvolym för 4 000 (SKL 2014).

Det råder i princip fri rörlighet på arbetsmarknaden inom EU, vilket innebär att Sverige inte kan formulera inskränkningar för en legitimerad utlandsutbildad läkare som söker arbete i Sverige. EU-utvidgningen 2004, 2007 och 2013 har fört med sig ökad rörlighet inom den europeiska läkarkåren. Denna rörlighet har späts på av den rådande finansiella krisen i Europa (Buchan et al. 2014).

Mer än hälften av alla nyutfärdade svenska läkarlegitimationer utfärdas till läkare som är utbildade i andra länder (Läkartidningen 2013). Läkare med legitimation från annat EU/EES-land får efter ansökan till Socialstyrelsen automatiskt legitimation i enlighet med yrkeskvalifikationsdirektivet (Sveriges läkarförbund 2012). Det betyder att det är arbetsgivaren som har ansvaret att se till att den som anställs som läkare har den kompetens som behövs för att praktisera i Sverige. Det innebär t.ex. kontroll av språkkunskaper, introduktion till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och den svenska sjukvårdskulturen. Det krävs goda språkkunskaper för att kommunicera med patienten på ett tillfredsställande sätt (Sveriges läkarförbund 2010).

För att vägleda världens länder när det gäller att möta den ökande migrationen beträffande hälso- och sjukvårdspersonal har WHO arbetat fram en global uppförandekod (WHO-koden) för internationell rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal (WHO 2010). Det är ett vägledande men frivilligt instrument som artikulerar globala etiska normer i form av principer och praxis. WHO-koden innehåller en uppfordran till medlemsländerna att skapa tydliga rapporterings- och efterlevnadsmekanismer och att vart tredje år rapportera till WHO om landets migrationssituation. WHO-koden består av tio artiklar. Några smakprov:

- Undvik aktiv rekrytering från länder med betydande brist på hälso- och sjukvårdspersonal (artikel 3.3)
- Hälso- och sjukvårdspersonal har rättigheter, däribland rätten att emigrera (artikel 3.4)
- Hälso- och sjukvårdspersonal har rätt till korrekt information och till likabehandling (artikel 3.5)
- Planera för att utbilda och försöka behålla en arbetskraft som svarar mot behoven (artikel 3.6)
- Destinationsländerna [mottagarländerna] uppmuntras samarbeta med ursprungsländerna för att maximera ömsesidig nytta, t.ex. i form av cirkelmigration, dvs. migrera för att kompetensutveckla och föra med sig den ökade kompetensen till ursprungslandet (artikel 3.8)
- All migrerande hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjudas lämpliga introduktions- och orienteringsprogram som gör att de fungerar säkert och effektivt inom destinationslandets hälsosystem (artikel 4.6).

(Landstinget i Värmland 2010). En studie över polska läkare i Sverige framhåller att för att avancera inom det medicinska fältet i Sverige behövs ett svenskt kapital både i form av nätverk och förbindelser och en kulturell fingertoppskänsla för maktstrukturer och relationer (Wolanik Boström och Öhlander 2011). En brittisk studie gällande ”icke-UK-behöriga” läkare visar att dessa läkare känner av ett antal svårigheter relaterat till att praktisera inom ett annat etiskt och professionellt regelverk (Slowther et al. 2012).

PLUS

För att underlätta introduktionen av läkare med utländsk examen i Västra Götalandsregionen (VGR) beslutade regionstyrelsen 2011-10-11 att utreda förutsättningarna för ett regiongemensamt specialitetsövergripande introduktionsprogram för läkare och vårdpersonal med utländsk utbildning. Som ett resultat av detta arbete startade Program för Lärande och Utveckling i Svensk hälso- och sjukvård (PLUS). Bakom programmet, det första i sitt slag i VGR, står Eva Lundh, HR-chef vid enheten för strategisk kompetensförsörjning och Inger Hagqvist, Regional studierektor i VG Primärvård. Professor Göran Bondjers vid Sahlgrenska akademien har medverkat som sakkunnig i programdesign och programmets genomförande. Universitetslektor Mats Eriksson vid Högskolan Väst har medverkat i att ta fram programmets vuxenpedagogiska profil. Programdesignen är resultat av ett teamwork där ytterligare ett antal medarbetare har deltagit.

Ett pilotprogram av PLUS (PLUS-piloten) startade i april 2013 och pågick under ett år. En halvtidsutvärdering av PLUS-piloten gjordes av undertecknad (Edgren 2013) för att bidra till information i samband med planeringen av fler PLUS-program. Det var en processutvärdering med fokus på programdeltagarnas och programledningens erfarenheter efter halva programmets genomförande. Utvärderingen gav vid handen att PLUS-piloten, så långt, levererat ett antal spännande teorimoduler med intressanta fallbeskrivningar och skapat teamwork och engagemang. En mycket positiv sida av PLUS var att deltagarna fick möta och lära känna andra i samma situation. Många har blivit vänner och stöttat varandra under etableringen på den svenska arbetsmarknaden.

På en punkt konstaterades att programmet inte levde upp till förväntningarna. PLUS saknade upparbetade kontakter med deltagarnas arbetsplatser. Det medförde att verksamhetens perspektiv och intressen inte beaktades i tillräcklig grad i programmet vilket ibland medförde att verksamhetens intressen inte sällan kolliderade med de krav och intressen som PLUS-piloten ställde. Det finns därför anledning att i denna utvärdering återkomma till hur PLUS utvecklat sina kontakter med den kliniska verksamheten där programdeltagaren tillbringar övriga fyra av arbetsveckans fem dagar samt att göra detta genom att låta programdeltagarnas chefer också få komma till tals och ge sin syn.

Att som kliniskt verksam läkare i Sverige ha den medicinska kompetens som krävs är förstås en nödvändighet, men det räcker inte. Läkare från andra EU-länder måste fungera i sitt nya sammanhang – kunna systemet och förstå kulturens koder. Identitet och identifikation är centralt (Weick et al. 2005). PLUS-piloten

har också utvärderats genom en självvärdering av Eriksson (2014). Eriksson är arbetslivspedagog vid Högskolan Väst och har utgått från programrådets perspektiv i sin rapport. Eriksson noterar bl.a. att PLUS-piloten kom att bestå av en deltagargrupp med stor variation – som individer och som professionella, en variation som fick större betydelse än man kunnat förutse.

Uppdragsgivare

Uppdragsgivare är personaldirektör Marina Olsson och hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström.

Perspektiv

Utvärderingen anlägger ett kundperspektiv, dvs. fokuserar på deltagarnas och deras arbetsgivares uppfattning om PLUS-piloten.

Frågor

- Vad har PLUS-piloten haft för betydelse för programdeltagarnas etablering som läkare på den svenska arbetsmarknaden?
- Vilken nytta har PLUS-piloten haft för deltagaren och deltagarens arbetsplats?
- Hur har kontakten mellan PLUS-pilotens ledning och deltagarens arbetsplats varit under programperioden?

Syfte

Syftet är att beskriva och analysera resultatet av genomförd PLUS-pilot.

Syftesavgränsning

Denna utvärdering kommer inte att analysera programledningens och grupphandledares uppfattning om programmet. Halvtidsutvärderingen (Edgren 2013) och självvärderingen (Eriksson 2014) har studerat detta.

Utvärderingsdesign

Övergripande perspektiv

I utvärderingssammanhang skiljer man mellan kontrollerande och lärande perspektiv. Denna utvärdering är inte kontrollerande. Det handlar istället om att samla information för att lära inför framtida PLUS-program. Systematiskt sammanställd kunskap ligger till grund för framtidens agerande (Springett 2001). För att skapa inläring och utvecklade arbetsmönster är det viktigt att en utvärdering kan ses som en del i en positiv läroprocess.

I litteraturen talas det om formativa respektive summativa utvärderingar (Karlsson 1999). Formativa utvärderingar används för att förbättra utvärderingsobjektet, medan summativa används för att ta reda på om en insats lever upp till det resultat som förväntades. I praktiken vill uppdragsgivare ofta veta både resultatet av ett program och vad som kan göras för att förbättra det (Sandberg och Faugert 2007). I denna utvärdering kommer inslag från båda ansatserna till pass. Det kan tilläggas att utvärderingsuppdraget är forskarstyrkt och att vetenskaplig metod tillämpas.

Datainsamling

Skrivbordsstudie

Informationsbroschyrer, relevanta webbplatser, artiklar i dagspress, deltagarrapporter från programmet samt statistiska uppgifter har granskats för att få en bakgrund till uppdraget.

Litteratur gällande främst vuxenpedagogik har gått igenom för att sätta in under-tecknad i uppdraget och bereda väg för den empiriska studien.

Empirisk studie

Utvärderingen genomfördes ett halvår efter programmets avslutning. På så sätt fick deltagarna och deras chefer tid att upptäcka och tänka över programmets betydelse. Vid programstart fanns 23 deltagande läkare, åtta kom från slutenvård och femton från primärvård. Två av dessa fullföljde inte programmet – en gick på föräldraledighet och en återvände till sitt hemland. De 21 som fullföljde kom från nio olika länder – nio kvinnor och tolv män. Deltagarnas ålder var mellan 27 – 48 år (Eriksson 2014).

Av dessa 21 har elva deltagare och deras närmaste chefer intervjuats individuellt, dvs. totalt genomfördes 22 intervjuer. I ett fall intervjuades medicinsk rådgivare i stället för chef. Antalet intervjuer och val av respondenter bestämdes inte på förhand vilket innebar att datainsamlingen pågick till dess att teoretisk mättnad uppnåts, dvs. när respondenter börjar upprepa vad tidigare respondenter redan sagt (Bryman 2008). Urvalet bestämdes och administrerades av undertecknad med hjälp av en lista över deltagare och deras chefer som tillhandahölls av programledningen. I urvalet ingick fyra kvinnor och sju män samt deras chefer:

- Två ST-läkare uppvuxna i Sverige med svenska som förstaspråk
- Sex ST-läkare uppvuxna utanför Sverige med annat språk än svenska som förstaspråk
- Tre specialistläkare uppvuxna utanför Sverige med annat språk än svenska som förstaspråk

Trots att respondenterna haft svårt för att finna tid i kalendern för intervju har alla som tillfrågats ställt sig positiva och tackat ja till att medverka i utvärderingen.

Samtliga intervjuer utom fyra har skett vid personliga möten¹. De har varat mellan 45 – 60 minuter. Alla spelades in digitalt (Digital Voice Editor). Intervjuarbetet påbörjades den 12 november och avslutades den 19 december 2014. Intervjuerna har ägt rum på respondenternas arbetsplatser, tolv på deras tjänsterum och tio i sammanträdesrum som bokats för ändamålet. Samtliga intervjuer har kunnat genomföras som planerat utom en där missförstånd om tidpunkt för intervjun medförde att intervjutiden blev kortare än beräknat.

¹ Tre chefer och en programdeltagare har intervjuats på telefon eftersom det inte gick att finna någon tid för personligt möte.

Intervjuerna var semistrukturerade (Kvale 1996). De genomfördes med hjälp av en temaguide med fem temaområden och ett antal specificerade frågor under varje tema. Temaområdena var följande:

- PLUS helhetsbild
- PLUS pedagogik
- PLUS innehåll
- PLUS relationer
- PLUS effekter.

Valet av semistrukturerad intervju medförde att frågorna anpassades efter var och en av respondenterna. Frågorna modifierades och utvecklades alltefter situation för att få till stånd en så naturlig dialog som möjligt. Temaguiden med dess frågor har inte kommunicerats på förhand. Varje intervju har transkriberats i sin helhet av undertecknad.

Dataanalys

Transkribering är ett sätt att förbereda intervjumaterialet för analys (Kvale och Brinkmann (2009). För att kunna tillämpa teoretisk mättnad som grund för urvalets storlek måste analysarbetet pågå parallellt med datainsamlingen. Detta skedde också. Så fort tillfälle gavs inleddes transkriberingen. Transkriberingen av genomförda intervjuer har således skett i nära anslutning till intervjuernas genomförande.

I analysarbetet har undertecknad sökt efter den röda tråden, det som återkommer i respondenternas uttalanden; för att undan för undan skapa sig en bild av det studerade fenomenet – PLUS-piloten. En allmän modell för kvalitativ databearbetning har följts (Miles och Huberman (1994). Den består av följande tre steg:

- Reducera data
Momentet innebär en intervjukondensering där forskaren väljer ut, fokuserar, abstraherar och förenklar data i transkriptionen. Information som inte är relevant för studiens syfte skalas bort.
- Demonstrera data
Momentet innebär en komprimerad sammanställning av information som man kan dra slutsatser från (t.ex. citat). Med detta åstadkommer forskaren omedelbart tillgänglig kompakt information. På så sätt blir det möjligt att fortsätta i nästa steg. Momentet innebär att den röda tråden framträder tydligare, dvs. det som återkommer i respondenternas utsagor.
- Dra slutsatser och verifiera dessa
Momentet innebär en granskning av materialet för att dra slutsatser och att ställa frågor kring alternativa tolkningsmöjligheter. Likheter, mönster och regelbundenheter är av intresse. Slutsatsernas rimlighet, giltighet och stabilitet granskas.

speglats mot den teoretiska idealbilden av utvärderingsobjektet.

Etiska överväganden

Innan en programdeltagare tillfrågades om intervju gick frågan till deltagarens chef för klartecken. När både chef och deltagare samtyckt till intervju bokades tid för individuell intervju med var och en.

Den empiriska delen av utvärderingen genomfördes efter de forskningsetiska principer som gäller för humanistisk samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet 2002). Fyra huvudkrav ställs: informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Samtliga respondenter har informerats om att deras medverkan är frivillig. Uppdragsgivaren har samtyckt till att rapporten i dess nuvarande form görs offentlig. Konfidentialitet har säkrats genom att samtliga intervjufiler raderats från röstupptagare och dator samt att dokumentationen av transkriberingen förvaras i låst utrymme. Till sist skall nämnas att utskriften av de individuella intervjuerna inte kommer att nyttjas eller lånas ut för kommersiellt bruk. Fanns det behov av etisk prövning? Av förarbetena till Etikprövningslagen framgår att om syftet med det vetenskapliga utvecklingsarbetet är myndighetsinternt utvärderingsarbete, bör sådant utvecklingsarbete inte omfattas av etikprövning (prop. 2002/03:50 s.91). Någon ansökan om etisk prövning har därför inte gjorts.

Teoretiska utgångspunkter

Hur kan en modell för ett program för vuxnas lärande se ut med utgångspunkt i nuvarande kunskap? Här försöker vi med hjälp av teori skapa en måttstock eller referenspunkt mot vilket programmet kan bedömas. Det handlar om att söka efter en referenspunkt i form av den ”optimala praktiken” uttryckt som en teoretisk idealbild (Karlsson 1999; Levin och Normann 2006).

Vuxnas lärande

Vår förmåga att lära ut är starkt begränsad, vår förmåga till inläring har inga kända gränser (Revans 1981). Lärande står idag i fokus i stället för undervisning när det gäller vuxna. Läraren underlättar och handleder lärprocesser i stället för att överföra kunskap och utöva kontroll. Som vuxenindivid stimuleras jag när jag blir sedd och inbjuden att delta och bidra med min kunskap och erfarenhet. Människor behöver engageras aktivt för att för att kunna förändra sin uppfattning eller sitt agerande (Bron 2005). När deltagarnas egna erfarenheter efterfrågas i lärsituationen ökar möjligheten till fördjupat lärande hos gruppen och ytinläring undviks. Samtidigt underlättas möjligheten att knyta nya teoretiska kunskaper till tidigare kunskaper och erfarenheter. Diskussioner och reflektioner vid lektioner och seminarier, i tal och skrift, ökar djupinläring, problemlösningsförmåga och kritiskt förhållningssätt (MiHM 2012). Vuxna har också samlat en hel del erfarenhetsbaserad kunskap (tacit knowledge). Erfarenhetsbaserad kunskap är vad vi inte vet att vi vet. Den inbegriper praktiska kunskaper, färdigheter, omdöme, erfarenheter, insikter, tumregler, intuition (Polanyi 1966; Schon 1983; Roberts et al. 2007). Vuxna kan lära sådan kunskap av varandra.

Vuxna lär sig bäst när vi får vara med och påverka hur lärandet ska ske. Vi motiveras att lära och ta ansvar för vårt lärande om vi uppfattar att vi har direkt använd-

ning för våra förvärvade kunskaper. Lärsituationer som inbegriper att vi tillsammans med andra får diskutera oss fram till lösningar på upplevda problem skapar engagemang. Ett sätt att öka motivationen är att utöver gruppens behov också försöka tillmötesgå individuella behov. Det sker inte sällan genom att lärare eller ansvariga för utvecklingsprogram träffar var och en av deltagarna personligen och deras chefer innan ett program börjar för att dels diskutera deltagarens utvecklingsituation, dels diskutera hur programledningen återkopplar till programdeltagarens chef under programmets gång (Rohlin 2012). Aktivt individuellt engagemang hos deltagarna främjar en atmosfär som bidrar till lekfullhet, kreativitet och lärande. Det känns kul och meningsfullt att lära. Med aktivt engagemang blir varje individ betydelsefull för gruppodynamiken. Gruppens medlemmar uppmuntras att lära av teori, konkreta uppgifter och från arbetsprocessen. I gruppen finns ofta olika perspektiv och erfarenheter representerade som är en tillgång när en frågeställning eller ett problem behöver belysas (Øvretveit och Edgren 1997). Knowles (1980) har formulerat några antaganden i linje med det som sagts ovan:

- Den vuxne har erfarenheter som bör användas som en resurs för lärande
- En vuxens positiva inställning till lärande är ofta relaterat till att utveckla fakta eller den sociala rollen
- En vuxen är mer benägen att lära när ämnet är direkt användbart och inte användbart någon gång i framtiden.

Redman (1993) betonar miljöns betydelse för lärande. Den fysiska miljöns eller platsens betydelse ska således inte underskattas. Att återkommande samlas i lokaler vi känner igen och lär oss trivas med (eng. own turf) bidrar vanligtvis till ökat utbyte och tjänar som symbol för gruppidentitet.

Transformativt lärande

Transformativt lärande är den dominerande teoretiska inriktningen inom vuxenlärande (Steen 2009). När vi börjar fundera över vad som händer och vår egen roll i händelsen sker en förändring eller en transformering av perspektiv. Det är detta slags lärande som Mezirow betecknar transformativt lärande (Mezirow 1990; Bron 2005). Våra referensramar är som ett filter (mer eller mindre omedvetet) med ursprung i vår bakgrund och våra erfarenheter. Detta resulterar i ett rutinemässigt sätt att se, tolka och vara i världen. Vi har referensramar för vad det innebär att vara kvinna/man, chef, svensk, anställd i en viss organisation (MiL Institute blog 2011).

Inom området vuxenutbildning har transformativt lärande uppstått som en kraftfull avspiegling för att förstå hur vuxna lär (Dirkx 1998). I denna utvärdering är vi förstas intresserade av vad som kan tänkas komma ut av en serie lärtillfällen där denna pedagogik tillämpats. Mezirow talar bl.a. om individer som är mer inkluderande i sin uppfattning om sin världsbild och alltmer kan särskilja olika aspekter av denna världsbild (Mezirow 1991).

Enligt Mezirow kan vuxnas lärande förstås med hjälp av två begrepp, instrumentellt lärande och kommunikativt lärande.

Instrumentellt lärande handlar om uppgiftsorienterad problemlösning. Jag som individ behöver lära mig hur jag ska göra. Tekniker och färdigheter behöver läras in

– en viss operationsteknik ska läras in, en viss metod för att diagnostisera en svårupptäckt sjukdom ska läras in. En prestation ska utföras som kräver kontroll över sambandet mellan orsak och verkan.

Kommunikativt lärande betyder att lära att förstå. Individen vill förstå innebörden i det som andra meddelar. Här finns t.ex. normer, värderingar, känslor och moral. Genom denna form för lärande kan vi fungera som människor i en social kontext. Vi förstår och blir förstådda genom att samtala, skriva eller på annat sätt kommunicera med varandra (Mezirow och Taylor 2003). Både instrumentellt och kommunikativt lärande bygger på reflektion av det skälet att vuxnas sätt att tänka är reflekterande. Båda sorters lärande sker enligt Mezirow parallellt. Kritisk reflektion á la Mezirow handlar om processen genom vilken vi ändrar våra sinnen bokstavligt och bildligt. Vi riktar vår uppmärksamhet mot motiveringen till det vi vet, känner, tror och agerar utifrån. Reflektion och dialog är nyckelelement i läroprocessen (Mezirow 1995). En strategi från lärarens sida är att uppmuntra gruppen att ta på sig ansvaret för i vilken riktning dialogen går och att alla ges samma möjlighet att delta i dialogen. Det är viktigt att läraren undviker att forma dialogen eller diskussionen (Cranton 2006). Gruppmedlemmarna behöver skapa normer inom gruppen som inkluderar hövlighet, respekt och ansvar för att hjälpa varandra att lära. De måste välkomna mångfalden inom inlärningsmiljön och sikta på inbördes samverkan (Mezirow 1997). Tillräckligt med tid behöver avsättas för kritisk reflektion (Poland & Bova 2000). Vikten av att skapa sociala band mellan dem som lär framhålls av Imel (1998).

Handledaruppdraget i utvecklingsprogram

Det finns flera viktiga funktioner i ett utvecklingsprogram. När det gäller lärande på individ- och gruppnivå har handledare vanligtvis en central funktion. För att underlätta lärandet kan därför handledare/grupphandledare eller lärandecoacher som de också kallas knytas till programmet. De hjälper deltagarna att öka deras medvetenhet om sina förmågor och utvecklingsmöjligheter. De förmedlar också konkreta kunskaper och erfarenheter när det behövs. Handledaren bidrar till att skapa lärsituationer genom att bland annat tolka det som sker och återkoppla till deltagargruppen. Handledaren finns i gruppen men är inte någon del av den. Det är en person som följer gruppen och samtidigt har en annan uppgift och andra motiv för sin närvaro än deltagarna. En erfaren handledare förmår bära den ensamhet som denna ställning för med sig. Lärande sker också utan att handledaren medverkar, t.ex. under gästföreläsares teoripass och i kommunikationen med kollegor utanför handledarträffarna. Handledarens relation till gruppen kräver fingertoppskänsla. Det gäller att inte komma för nära och inte heller för långt ifrån. När handledaren kommer för nära gruppen kan det resultera i att handledaren tänker, känner och agerar som en gruppmedlem. När handledaren tar ut för långt avstånd, visar bristande närvaro, minskar lärandet. Handledarens möjligheter till framgång beror på handledarens förmåga att leverera feedback på basis av det han/hon ser och hör under handledningstillfället (Sewerin 2003). En central uppgift för handledaren är att fungera som garant för att gruppmedlemmarna inte fastnar i invanda tankemönster och invand handlingslogik.

Turner (2009) behandlar processfrågor kring lärandet med hjälp av fallbeskrivningar/case. Case är ofta verkningsfulla när det gäller att tillämpa teori, skapa engagemang och tillföra arbetsglädje.

Utvecklingsprogram som genomförs i de nordiska länderna bygger ofta på en kombination av olika teoriblock och praktiska uppgifter eller problemlösning i programdeltagarens hemmaorganisation. Genom att integrera praktik och teori kan inläringen förstärkas. En programledare, ofta med hjälp av en koordinator, strukturerar och för samman de olika delarna i programmet till en helhet.

Redovisning

I redovisningen nedan använder vi oss av citat. Citaten är avsedda att ge uttryck för kontentan av innehållet i respondenternas svar. I utvärderingen finns inte något behov av att låta respondenterna framträda med namn. Det viktiga är inte vem som levererar ett visst svar. Alla respondenters svar är lika viktiga. Eftersom respondenterna är anonyma betecknas deras citerade svar med symboler – så t.ex. är D5 ett citat från programdeltagare nr 5 och C2 ett citat från chef nr 2.

Bakgrund

Personalutskottet har beslutat att PLUS-programmen ska vara den väg som erbjuds för att introducera utlandsutbildad personal i VGR. PLUS-piloten har vänt sig till läkare. Målgruppen är läkare anställda i VGR med utbildning från olika EU/EES länder. De ska ha kunskaper i svenska motsvarande B2 (europeiska språkskalan) för att antas till PLUS.

Programmet väckte snabbt intresse hos politiker och arbetsgivare. Redan innan PLUS-piloten avslutats hade personalutskottet bestämt sig för en fortsättning enligt nedan.

PLUS II: I januari 2014 för läkare som inte har svenska som förstaspråk.
 PLUS III: I maj 2014 för läkare som har svenska som förstaspråk.
 PLUS IV: I november 2014 för läkare som har svenska som förstaspråk.
 PLUS V: I februari 2015 för läkare som inte har svenska som förstaspråk.
 PLUS VI: I april 2015 för läkare som har svenska som förstaspråk, icke-specialister.
 PLUS VII: I september 2015 för läkare som inte har svenska som förstaspråk, specialister.

Det kan noteras att PLUS-pilotens varierade målgrupp i ovanstående program bildat tre separata målgrupper – läkare utan svenska som förstaspråk, läkare med svenska som förstaspråk, specialistläkare utan svenska som förstaspråk. Över till helhetsbilden av PLUS.

PLUS helhetsbild

Det är tufft att bryta upp från sitt hemland, från släkt och vänner för att pröva sig fram i en främmande miljö och med ett nytt språk.

Det är en svår omställning när de flyttar och tar med sig familj och en

man som kan ha svårare att få jobb. Och barnen ska in i svenska skolor och förskolor. Det är en stor apparat (C4)

Som ett sätt att försöka underlätta denna omställning för den individuella läkaren och de krav individen har rätt att ställa på den mottagande arbetsgivaren i form av adekvat introduktion har PLUS skapats.

Det råder enighet om att PLUS-programmet behövs. Så här kan det låta:

Det är väldigt svårt att anpassa sig om man inte får någon introduktion, om jag inte får någon vägledning var jag kan vända mig. Vilka lagar gäller? Vilka intyg får jag skriva? Vad har jag för möjligheter? Vad har jag för skyldigheter – rättigheter också? (D8)

... När någon kommer hit med utländsk examen i bagaget så har vi [genom PLUS-programmet] en gemensam målbild av att individen har ett år på sig att landa – språkligt, kulturellt, på vår arbetsplats, i svensk sjukvård och allting (C1)

Målbilden är värdefull för båda parter. Den stakar ut tiden och den stakar ut uppdraget. PLUS uppges minska stressen när läkaren ska lära sig fungera i svensk hälso- och sjukvård. Det går att klara detta på ett år. PLUS ger så småningom en ökad säkerhetskänsla och har också en socialiseringsfunktion.

PLUS pedagogik

En fråga som respondenterna gärna diskuterar är när efter ankomsten till Sverige bör läkaren påbörja sin PLUS-resa. Det framkommer att läkaren bör ha praktiserat en viss tid innan.

Vi bör i alla fall vänta tre månader så att man har konkreta frågor som man vill ha svar på. Att man har varit i situationer och tänkt: Vad gör jag nu? (D4)

Flera respondenter hade varit i Sverige så pass lång tid att de delvis redan, på arbetsplatsen, hunnit lära sig det som behandlades i PLUS. I sådana fall upplever individen sig inte få full utdelning för den avsatta tiden till programmet. Mellan 3-6 månader i Sverige på vikariat innan läkaren börjar sin PLUS-utbildning är svar som återkommer på frågan när det är bäst att börja PLUS. Samtidigt betonas att tidpunkten är högst individuell. För några går det snabbt att ställa om och lära sig ett nytt språk, för andra tar det lite längre tid. Deltagarna ska börja vid rätt tidpunkt, vid en tid då de kan tillgodogöra sig programmet. Här är cheferna bestämda.

Börjar du en kurs och inte begriper vad de faktiskt säger så blir det helt meningslöst. Dom kommer med ett papper och där står "Intyg B2". Men där ska stå Betyg B2", ett test där dom visat att dom behärskar B2 (C6)

Individen kan behöva gå intensivkurs före PLUS. Detta bör ske före dom anställs som läkare i VGR. Det bör vara ett inträdeskrav för att bli anställningsbar (C11)

PLUS-piloten sinkades av att ett antal deltagare inte behärskade inträdeskravet, B2-nivån.

Programledningen har i programdesignen till stora delar tagit hänsyn till hur vuxna lär, vad som motiverar dem till aktivitet och den nytta de förväntar sig. Vi ska börja med mixen av teori och praktik i PLUS och en programperiod på ett år. Respondenterna gillar med något enstaka undantag det kombinerade upplägget med teori på utbildningsplatsen och praktik i hemmaorganisationen. Det möjliggör en utbildning som till stora delar som bränsle använder sig av de frågor som programdeltagarna har med sig från sina arbetsplatser. Vecka 1 går läkaren till PLUS och redogör för en fråga från jobbet som läkaren vill resonera om i programmet. Vecka 2 handlar det om en annan situation, en ny fråga till PLUS. En intensivutbildning på heltid gör det inte möjligt för deltagarna att ta med sig och fylla på med nya jobbsituationer och lära från.

Det man lärt hinner landa ordentligt. Så åker man tillbaka [nästa vecka] med frågor och funderingar (C5)

En dag i veckan är inte så stressande. Jag försöker använda det som jag lär mig i programmet under veckan som kommer. Man kan fundera (D2)

Både deltagare och chefer gillar 1+4 pedagogiken, torsdagar i PLUS och resten av veckan arbete på hemmaplan. Cheferna gillar det också bland annat av den anledningen att det är lätt att schemalägga efter. De som läste svenska blev borta två dagar varannan vecka i stället för en.

Till programmets pedagogik räknas också miljöns betydelse för lärande. PLUS-piloten hade fasta lokaler reserverade för sina aktiviteter vid Nya varvet i Göteborg vilket bidrog till att ge goda förutsättningar för lärande.

PLUS innehåll

Programmets innehåll får högt betyg. Cheferna talar om välbyggt program med komplett teori och en bra balans mellan de olika inslagen. Deltagarna håller med men vill ändra på ordningsföljden i teorimodulerna på förmiddagarna. Försäkringsmedicin vill de ha senare i programmet och författningskunskap sist. Författningar ville de ha levererat i enklare form gärna via fallbeskrivningar med teori. Det handlar om att lägga mer svårtuggat material senare i programmet när kunskaperna i svenska ökat. Politikerna var svåra att förstå och flera förstod inte behovet av deras medverkan.

Läkemedel och konsultationskunskap var mycket uppskattade inslag. Några av deltagarna som inte kom från primärvården ansåg att programmet andades för mycket allmänmedicin.

Grupphandledarens funktion – vad anser respondenterna om den? Allt eftersom tiden gick utvecklade de tre grupperna med sina handledare en öppen och tillitsfull atmosfär inom respektive grupp och till sin handledare vilket medförde ett gott utbyte av erfarenheter och tankar.

På eftermiddagen hade vi en handledare som strukturerade programmet och då diskuterade vi det som vi lärde på förmiddagen. Vi försökte göra sammanfattningar: Hur har jag förstått? Hur har dom andra förstått? (D2)

Jag tycker att vi hade en väldigt bra grupp och en bra handledare. Vi hade bra stämning. Vi kunde umgås med varandra. Vi hade bra grejer att lära av varandra. Det kändes att det var både trevligt och utvecklande att vara där (D7)

När detta är sagt ska också sägas att flera hade problem med att förstå hur eftermiddagarna med grupphandledare och tid för dialog, teambuilding, reflektion och återkoppling kunde tas tillvara. Någon efterlyste mer struktur och ordning och reda under eftermiddagen.

Vi hade många timmar med grupphandledning. Det hjälpte mig inte så mycket (D11)

Förutom teori på förmiddagen och grupphandledning på eftermiddagen och språkträning varannan vecka fanns auskultation på programmet, 2 x 4 veckor inom annan medicinsk verksamhet än ordinarie arbetsplats. Deltagarna var medvetna om hur programledningen slet med att få fram auskultationsplatser och att allt inte blev fulländat. Låt oss inleda med att säga att deltagarna var positiva till att komma ut och bekanta sig med andra verksamheter inom vården. Men det brast bland annat i informationen.

Ibland var det väldigt oklart vilka vi var. Vi var ST-läkare från andra länder och dom [som tog emot oss] visste inte om vi skulle auskultera eller jobba själva (D3)

Flera nöjde sig inte med att gå bredvid och observera, de ville ta emot egna patienter. Från chefshåll nämns att auskultationen måste ge ett mervärde.

PLUS relationer

Här intresserar vi oss för hur kontakten mellan programledningen och deltagarnas arbetsplatser ser ut. Finns kontakter utvecklade?

Ungefär hälften av cheferna tycker att det fungerar bra som det gör. De har fått den information som de behövt via informationsmöte, e-post, telefonsamtal och schema. De andra har lite olika önskemål. Exempelvis vill de gärna höra hur PLUS-deltagarna fungerar i programmet, ungefär samma återkoppling som när dom är på andra utbildningar eller placeringar.

En gång i månaden kanske, dvs. efter varje avslutad modul. Och också möjlighet [för mig] att återkoppla till programmet då: Men jag ser ingen

progress. Eller han eller hon skulle behöva ha mer av detta – så man har möjlighet att återkoppla åt båda hållen. Då gäller det som chef att vara väldigt öppen då man skickar någon till ett PLUS-program. Att tala om för deltagaren varför jag som chef vill ha feedback. Det är för att du ska må så bra som möjligt här på arbetsplatsen (C3)

Andra kan tänka sig att programledningen gör ett personligt besök före programstart och informerar.

Det kan vara svårt att lämna en halv dags mottagning för att åka någonstans. Men om någon kommer [hit] en timme så är det okej (C7)

PLUS effekter

Effekter betyder i det här fallet att beskriva och analysera resultatet utifrån vilka krav kunderna ställer på programmet. Kunderna är både deltagarna och deras chefer som valt att satsa på programmet. Vi börjar med den uttryckta deltagarnytta. Det intressanta är att den har stegrats under programmets gång. Och uppfattningen ett halvt år efter programmet är hos de allra flesta att de haft god nytta och glädje av PLUS.

Målet med PLUS-programmet var att skapa en säkerhetskänsla – att jag är en del av systemet. Jag tycker att det är den viktigaste känslan för att man ska vara nöjd med att bo i Sverige och jobba här. PLUS har bidragit till detta ganska mycket (D6)

Deltagarna går med lätta steg och en bra magkänsla på väg till programmet.

Jag kände mig hela tiden bra när jag skulle gå till programmet. Jag ska gå på PLUS, då ska jag fråga (D5)

En chef uttrycker den inställning som programmet strävar efter att förmedla.

Det jag tycker är annorlunda är förhållningssättet till ett nytt land, till en ny arbetsplats. Det är inte det här främmande, annorlunda, ifrågasättande. Det finns en skillnad mellan dom som har den kunskapen som PLUS-programmet har gett och dom som fiskat fram det själva... förhållningssättet. Det är mer vänligt mot svenska samhället och svensk sjukvård (C2)

Uttalandet ovan fångar hemligheten med programmet och lärande på djupet. Det är detta ändrade förhållningssätt som förefaller vara nyckeln till att förstå det svenska systemet och fungera i den svenska arbetskulturen. En annan chef märkte att programmet i första hand gav deltagaren mycket på det personliga planet och att detta spillde över på hur läkaren utvecklades professionellt genom att bli säkrare.

Att en introduktion utan PLUS hade tagit längre tid är de flesta respondenter överens om.

Absolut längre. Hon fick ett annat självförtroende, en annan känsla. Hon slappnade av (C9)

Att komma till Sverige utan att veta något om det svenska systemet är tufft. Det uppges vara jättetufft. Det uppges också vara så att arbetskamrater tar för givet att EU-läkaren fungerar som dom andra fungerar på jobbet.

Längre tid. Eftersom jag då hade fått gå och fråga min kompis hela tiden. Mina kollegor, min fru eller till chefen och fråga, fråga, fråga (D9)

Några anpassar sitt svar till den kontext de befinner sig i till vardags.

När jag jobbar här på vårdcentralen i ett eget rum hela dagen tar det nog längre tid. På ett sjukhus när man har kollegor runt sig som pratar hela tiden, då är det lättare att sätta sig in i jobbet (D4)

Här är poängen närmast den att de som arbetar i primärvård kan ha större nytta av PLUS jämfört med dem som arbetar i slutenvården förutsatt att läkarna i primärvården arbetar mer på egen hand. Får chefen någon nytta av att en anställd läkare går PLUS?

Chefen får nytta i minst två avseenden. För det första slipper han/hon ta huvudansvaret för läkarens introduktion i det svenska systemet och den svenska arbetskulturen. För det andra spar det tid åt chefen som kan ägna den tiden åt annat värdeskapande.

Det avlastar mig. Annars hade jag fått se till att de får den här kunskapen någon annanstans. Här har jag det i ett paket. Det känns tryggt. Nu är inte detta allt, men de får en rejäl introduktion. Och de blir varse om att "det här behöver jag lära mig mer om" (C5)

Hur påverkas arbetsplatsen?

Jag har personer som inte gått PLUS-programmet och är svenskar med utländsk examen. Dom behöver mycket mera stöd från våra distriktsläkare. Hur gör jag i detta fallet? I detta fallet? Och i detta? Vad ska jag skriva på remissen? Vad kan patienten kräva av oss? Måste jag skriva magnetröntgen? Efter två, tre gånger kanske de lär sig, men i början så tar det ju tid (C8)

När man kommer som rekryterad efterfrågad ny läkare med sina medicinska kunskaper kommer man också till ett land med sitt speciella sjukvårdssystem och sina speciella lagar och regler. Individerna måste fråga om allt. Sjuksköterskan får ofta frågan: Hur brukar du göra? Och hon förklarar om hon har tid. Även för sekreteraren kan det bli påfrestande. Det blir en högre belastning på alla. PLUS lyfter av arbetsplatsen en del av den belastningen.

Är man uppmärksam och frågar så snappar man upp det mesta. Man får ju med sig det förr eller senare. Men ett program som specialiserar sig på de här grejerna förenklar ju saker och ting (D4)

PLUS spin off

Det finns en del bieffekter av programmet som kan lyftas fram. En sådan som noterats från chefshåll är att deltagare i PLUS vågade ta initiativ till kontakt med sina svenska kollegor på arbetsplatsen, något som inte skedde före de började programmet. En deltagare säger sig ha känt en genomgripande avslappning när det gäller anpassningen här i Sverige genom PLUS. En anpassning som på detta sätt påstås gått snabbare. En viktig spin off från PLUS som programledningen säkert räknat med genom den pedagogik man valt är att programdeltagare blivit vänner.

Jag har träffat andra kollegor som är i samma situation och vi har blivit vänner. Jag frågar mina kollegor i programmet: Hur är det med dig på jobbet? Får du en bra handledning? Vågar du fråga? Jag har pratat med varje person i programmet (D5)

Respondenter har framhållit att deltagarna fortsätter umgås, träffas och stöttar varandra efter programmets slut. Flera uttrycker också tacksamhet gentemot sin arbetsgivare, Västra Götalandsregionen och känner sig stolta över att få arbeta där.

PLUS framåtblick

Respondenterna har ombetts blicka framåt och berätta vad de ser. Först ska nämnas att deltagarna var med i det första introduktionsprogrammet (PLUS-piloten) för läkare med utländsk examen i VGR. Det innebar att erfarenheter gjordes längs vägen. I stort fanns tålamod hos programdeltagarna för detta ”levande” upplägg. Och mycket blev bra.

PLUS är inte perfekt. Det ska inte bli perfekt. Det är redan en bra grej men utvecklas hela tiden (D5)

Ett resultat av den ”blandade” deltagargruppen var att det kändes tungt för de svenska EU-läkarna. De fick fungera som överförare av mening, dvs. vad det som sades betydde, inte bara ordagrant utan i en svensk kontext, i en primärvårdskontext eller i en klinikkontext. Tempot i programmet blev stundtals väl långsamt. Vissa deltagare var kritiska mot deltagargruppens sammansättning och programmet pedagogik som innebar att läkare med svensk bakgrund fick ett extra tungt ansvar när de skulle bidra till allas inläring. Så här kommer missnöjet till uttryck.

Mycket tid gick åt för dom som redan kunde svenska att vänta in dom som inte lärt sig svenska (C10)

De negativa minnena av programmet var i majoritet (D10)

Tacksamma var däremot dom som vuxit upp utomlands med annat förstaspråk.

Mycket givande att gå tillsammans med dem som kunde språket och växt upp i Sverige – dom kunde förklara för oss när vi inte förstod (D1)

Fortsatta PLUS-program har redan dragit lärdom och valt att separera de båda målgrupperna. En signal om att PLUS behövs och har framtiden för sig visas av

att de flesta deltagare och chefer rekommenderar programmet och också nominerar nya deltagare till PLUS. Nedan följer de slutsatser utvärderingen kommit fram till. Därefter avslutas med några strategiska frågor som vi vill att programledningen funderar över och tar ställning till under den närmsta tiden.

Slutsatser

Bedömningskriterier

Den teoretiska idealbilden som presenterats under ”Teoretiska utgångspunkter” utgör den måttstock efter hur vi bedömt programmet. Ur denna ”optimala praktik” har nio bedömningskriterier härletts som PLUS-piloten jämförs mot. Kriterierna är följande:

- 1) Deltagarna kan tillgodogöra sig programmet
- 2) Programmets innehåll är direkt tillämplbart och inte någon gång i framtiden
- 3) Programmet motiverar deltagarna till aktivitet
- 4) Handledare medverkar i programmet för att underlätta lärandet
- 5) Programmets olika moment är väl integrerade
- 6) Deltagarna får återkoppling på hur de utvecklas under programmet
- 7) Programmet har utarbetade kontakter med deltagarnas arbetsplatser
- 8) Programmets pedagogik lämpar sig för avsedd vuxenmålgrupp
- 9) Programmet levererar djupinlärning
- 10) Programmet rustar deltagarna för att arbeta inom svensk hälso- och sjukvård.

Kriterietillämpning

Programmet prövas i förhållande till vart och ett av de framtagna kriterierna. När vi gör det tillämplar vi följande bedömningskala:

- Helt och hållet uppfyllt
- Nästan helt uppfyllt
- Delvis uppfyllt
- Uppfyllt i mindre omfattning
- Inte uppfyllt

Utfall

Deltagarna kan tillgodogöra sig programmet

Kriteriet refererar till att deltagarna börjar programmet vid rätt tidpunkt och har förutsättningar att medverka i programmet.

Utvärderingen visar att detta delvis är uppfyllt.

Programmets innehåll är direkt tillämplbart och inte någon gång i framtiden

Kriteriet refererar till att deltagarna uppfattar den omedelbara nyttan av programmet.

Utvärderingen visar att detta helt och hållet är uppfyllt.

Programmet motiverar deltagarna till aktivitet

Kriteriet refererar till att deltagarna får vara med och påverka hur lärandet sker.

Utvärderingen visar att detta nästan helt är uppfyllt.

Handledare medverkar i programmet för att underlätta lärandet

Kriteriet refererar till att särskilt utvalda personer underlättar lärandet genom diskussion och reflektion.

Utvärderingen visar att detta helt och hållet är uppfyllt.

Programmets olika moment är väl integrerade

Kriteriet refererar till en röd tråd genom programmet samt att dess olika delar har en logisk tidsmässig placering i helheten.

Utvärderingen visar att detta är uppfyllt i mindre omfattning.

Deltagarna får återkoppling på hur de utvecklas under programmet

Kriteriet refererar till att deltagarna får återkoppling på progression från programmet olika moment.

Utvärderingen visar att detta delvis är uppfyllt.

Programmet har upparbetade kontakter med deltagarnas arbetsplatser

Kriteriet refererar till att programledningen kontinuerligt informerar om programmet utveckling och inbjuder arbetsgivaren till dialog.

Utvärderingen visar att detta delvis är uppfyllt.

Programmets pedagogik lämpar sig för avsedd vuxenmålgrupp

Kriteriet refererar till att pedagogiken är passande och konsekvent genomförd.

Utvärderingen visar att detta nästan helt är uppfyllt.

Programmet levererar djupinläring

Kriteriet refererar till att programmet inte levererar ytlinläring i ”storföreläsningsform”.

Utvärderingen visar att detta nästan helt är uppfyllt.

Programmet rustar deltagarna för att arbeta inom svensk hälso- och sjukvård

Kriteriet refererar till att deltagarna utvecklar kunskaper och färdighet för arbete i svensk hälso- och sjukvård.

Utvärderingen visar att detta nästan helt är uppfyllt.

Strategiska frågeställningar

Programmet har hög relevans utifrån kundperspektivet. Det har ett modernt, delvis djärvt upplägg med attityd. Programmet utgör ett viktigt led i att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården i VGR. Att göra PLUS-programmet till ett obligatorium vid introduktion av EU-läkare i VGR borde diskuteras. Till sist behöver ett antal strategiska frågeställningar uppmärksammas.

Tidpunkt för inträde i programmet är synnerligen viktigt för att skapa avsedd nytta.

- Hur ges tidpunkten för inträde i programmet större vikt?

Tillräckliga språkkunskaper måste testas för att läkare ska bedömas redo att ansluta sig.

- Hur undersöks presumtiva deltagares språkkunskaper före antagning till programmet?

Teorimodulerna är valda med stor omsorg men kommer inte alltid i lämplig ordningsföljd.

- Hur kan teorimodulerna stuvas om så att motivationen hålls uppe under samtliga avsnitt?

Auskultationsmomenten uppskattas men informationen brister och värdet diskuteras.

- Hur kan auskultationsmomenten ge ett högre värdeskapande för programdeltagarna?

Programmet uppges ha viss dragning mot allmänmedicin.

- Kan något göras för att motverka programmets dragning mot allmänmedicin?

Referenser

- Bron A. (2005) Lära och utvecklas tillsammans! Studiematerial. Vuxnas förutsättningar för lärande. Finns på: www.lhs.se/ruc/sfi (access 2 december 2014).
- Bryman A. (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Buchan J, Wismar M, Glinos A. (2014) "Introduction to health professional mobility in a changing Europe". I Buchan J, Wismar M, Glinos I A, Bremner J. (Ed.) *Health professional mobility in a changing Europe. New dynamics, mobile individuals and diverse responses*. UK: European Observatory on Health Systems and Policies, s. 3-15.
- Cranton P. (2006) *Understanding and Promoting Transformative Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dirkx JM. (1998) Transformative Learning Theory in the Practice of Adult Education: An Overview. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, 7:1–14.
- Edgren L. (2013) Halvtidsutvärdering av PLUS, Program för Lärande och Utveckling i Svensk hälso- och sjukvård. Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Finns på: <http://www.vgregion.se/upload/PSA/Personalutskottet/Personalutskottet%202014-06-03%20Handlingar.pdf> (access 3 februari 2015).
- Eriksson M. (2014) En självvärderingsrapport från PLUS – pilot 2013-2014. Västra Götalandsregionen. Intern rapport.
- Imel S. (1998) *Transformative learning in adulthood*. Washington, DC: Office of Educational Research and Improvement. Finns på: www.edpsycintereactive.org/files/translrng.html (access 1 december 2014).
- Karlsson O. (1999) *Utvärdering – mer än en metod. En översikt*. Stockholm: Ajour, nr 3, Svenska kommunförbundet.
- Knowles M. (1980) *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Chicago: Follet.
- Kvale S. (1996) *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kvale S, Brinkmann S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstinget i Värmland, Landstingets kansli. (2010) Projektplan, Utbildningsvårdcentral LiV.
- Levin B, Normann R. (2006) An attempt to create an idealized design. In: Normann R & Arvidsson N, *People as Care Catalysts. From Being Patient to Becoming Healthy*. Chichester: Wiley.

Läkartidningen. (2013) Utlandsutbildade läkare håller igång svensk sjukvård, 110: CE94.

Mezirow J. (1990) *Fostering Critical Reflection in Adulthood. A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mezirow J. (1991) *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mezirow J. (1995) Transformation Theory of Adult Learning. I: Welton MR, *In Defense of the Lifeworld*. New York: SUNY Press.

Mezirow J. (1997) Transformative Learning: Theory to Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74: 5-12.

Mezirow J, Taylor E.W. (2003) *Transformative Learning in Practice. Insights from Community, Workplace, and Higher Education*. Somerset, NJ: Wiley.

MiHM, Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, Samhällsvetenskapliga Fakulteten. (2012) Master in Health Management. Opublicerat arbetsmaterial 2012-05-10.

MiL Institute blog (2011) Transformativt lärande för att hantera en allt mer komplex verklighet. Finns på: <https://milinstitute.wordpress.com/2011/10/05/transformativt-larande-for-att-hantera-en-allt-mer-komplex-verklighet/> (access 3 december 2014).

Miles MB, Huberman AM. (1994) *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Poland P, Bova B. (2000) Professional development as transformational learning. *International Journal of Leadership in Education*, 3(2): 137-150.

Polanyi M. (1966) *The Tacit Dimension*, Garden City, N.Y.: Doubleday.

Redman B. (1993) *The process of patient education*. St. Louis, MO: Mosby Year Book.

Revans RW. (1981) *ABC om Action Learning – att lära under risktagande och med ansvar i anslutning till sina handlingar*. Lund: Utbildningshuset.

Roberts P, Rimanoczy I, Drizin B. (2007) Principles and Elements of Action Reflection http://www.mil institute.se/pub/arkiv/MiLConcepts_1-07.pdf (access 23 november 2014).

Rohlin L. (2012) The story of Action Reflection Learning. MiL Concepts 9/2012. Lund: MiL Institute.

Schon D. (1983) *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.

Sewerin T. (2003) Handledarrollen i MiL. I Rohlin m.fl. *Ledarskap och lärande* (s.203-222). Lund: MiL Publishers.

Slowther A, Lewando Hundt GA, Purkis J, Taylor R. (2012) *J R Soc Med* 105: 157-165. DOI10.1258/jrsm.2011.110256.

Springett J. (2001) Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health*, 11: 139-152.

Steen J. (2009) Vad är lärande för dig? En teoretisk orientering för att väcka tankar om praktiken. MiL Concepts 6/2009. MiL Institute. Finns på: http://www.mil institute.se/pub/arkiv/MiLConcepts_6-09.pdf (access 3 december 2014).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2014) Sveriges viktigaste jobb. Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen. Stockholm: SKL, Avdelningen för arbetsgivarpolitik. Finns på: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/978-91-7585-092-4.pdf> (access 2 februari 2015).

Sveriges läkarförbund. (2010) För dig med utomnordisk examen. Finns på: http://www.slf.se/Pages/3680/lakarforbundet_utomnordisk_examen.pdf (access 2 februari 2015).

Sveriges läkarförbund. (2012) En modern akademisk läkarutbildning. Finns på: http://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/En%20modern%20akademisk%20%c3%a4karutbildning_2012.pdf (access 2 februari 2015).

Turner E. (2009) Bring Strategy to Life – Apply ARL Principles. MiL Concepts 5/2009. MiL Institute. Finns på: http://www.mil institute.se/images/PDF/MiLConcepts_5-09.pdf (access 24 november 2014).

Vetenskapsrådet (2002) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Finns på: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (access 2 februari 2015).

Weick K, Sutcliffe KM, Obstfeld D. (2005) Organizing the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4): 409-421.

WHO. (2010) WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Finns på: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf (access 13 oktober 2014).

Wolanik Boström K, Öhlander M. (2011) Polska läkare i Sverige. Om läkarroll, status och kulturella processer. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3: 273-281.

Øvretveit J, Edgren L. (1997) Evaluating Teaching and Course Design at the Nordic School of Public Health. Paper for presentation at the NHV teachers meeting 15-16 Dec.