

Evaluering fra sykepleiere et halvt år etter endt utdanning.
Sykepleierutdanningen, HIØ

Kull 86
Vår 2003

Høgskolen i Østfold
Avdeling for helse- og sosialfag
Studieretning sykepleie

Evalueringsutvalget

Evalueringsutvalgets representanter:
Studentrepresentanter: Hege Kristin Bengtsen, Ragnhild Kase
Lærerrepresentanter: Eva Bjørg Antonsen, Kirsti Lauvli Andersen, Ingrid Femdal og Inger Tjøstolvsen,

Mars 2004

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING..... 3
1.1. Bakgrunn for evalueringsundersøkelsen..... 3

2.0 METODE..... 3
2.1. Spørreskjema som metode 3
2.2. Utvalg..... 4
2.3. Gjennomføring av undersøkelsen..... 5

3.0 PRESENTASJON AV DATA..... 5
3.1. Bakgrunns informasjon..... 5
3.2. Teoretisk kompetanse..... 6
3.2.1. Bakgrunnsvariabler..... 7
3.3. Praktisk kompetanse..... 7
3.3.1. Bakgrunnsvariabler..... 10
3.4. Yrkesetisk kompetanse..... 10
3.4.1. Bakgrunnsvariabler..... 11
3.5. Læringskompetanse..... 11
3.6. Sosial kompetanse..... 12
3.6.1. Bakgrunnsvariabler..... 13
3.7. Tilstede i undervisningen..... 13

4.0 OPPSUMMERING AV DATAMATERIALET..... 14
4.1. Hovedfunn i undersøkelsen..... 14
4.2. Metodiske betraktninger..... 14
4.3. Avsluttende kommentar..... 15

Litteraturliste..... 16

Vedlegg
Vedlegg 1. Brev til student
Vedlegg 2. Spørreskjema med svarprosent
Vedlegg 3. Teorietisk kompetanse – alder og arbeidssted
Vedlegg 4. Praktisk kompetanse – alder og arbeidssted
Vedlegg 5. Yrkesetisk kompetanse – alder og arbeidssted
Vedlegg 6. Sosial kompetanse – alder og arbeidssted

1.0 INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for evalueringsundersøkelsen.

I rapporten fra Sintef (Vareide m.fl.2001) og omtalen i media (Olsen 2002), (Pettersen 2002), vises det til, at overgangen til arbeidslivet oppleves som stor av mange sykepleiere. Det kan synes som om den nyutdannede sykepleier ikke har oppnådd den kompetanse som blir forventet. Rapporten stiller spørsmål om utdanningen skal beskrive en ideell eller en reell verden. Dette er trolig et forsøk på å etterspørre en utdanning som tar sikte på å utvikle en større beredskap til å realisere idealene, og å møte den virkelighet som venter sykepleieren?

I denne evalueringen har vi fokus på:

- **Sykepleierutdanningens forberedelse av sykepleierkompetanse, og arbeidsstedets utviklingsmuligheter av denne.** Vi har rettet fokus mot hvorvidt Sykepleierutdanningen ved HiØ gir relevant forberedthet på utvalgte områder som Rammeplanen(Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2000) angir handlingskompetanse til. Dette er teoretisk og praktisk kompetanse, yrkesetisk kompetanse, læringskompetanse og sosial kompetanse. Videre har vi rettet fokus mot arbeidsstedets muligheter for å videreutvikle denne kompetanse. Vi har også vurdert utvalgte svar i forhold til bakgrunnsvariable som aldersgruppen 21-25 år, og 26 år og eldre, og arbeidssted sykehus og annet.

- **Relevanskvalitet**. En vurdering av relevanskvalitet i vår sammenheng vil dreie seg om hvorvidt den kompetanse sykepleiere har, er relevant for den virkelighet de møter i helsevesenet. Relevanskvalitet er en side ved studiekvalitetsbegrepet som ble presentert i Mjøsutvalgets innstilling (NOU 2000:14:130ff) (Norgesnettrådet 2000) og som er en utvidelse av studiekvalitetsbegrepet fra Studiekvalitetsutvalgets innstilling (Utdannings- og forskningsdepartementet 1990).

2.0 METODE

2.1.Spørreskjema som metode.

I denne undersøkelsen benytter vi spørreskjemametodikk. Det er valgt en kombinasjon av strukturert og ustrukturert spørreskjema med lukkede og åpne spørsmål (Bø 1995) (Halvorsen 2003).

Fordelen med spørreskjema er at vi når mange i løpet av kort tid og det er enkelt å administrere. Videre er informasjonsmengden redusert til akkurat det vi er interessert i. Metoden har sin styrke ved å gi mest mulig representativ oversikt over generelle forhold. Respondentene blir ikke påvirket av den som utfører undersøkelsen, og de kan vurdere spørsmål og svar under ett. Dessuten kan respondentene oppleve at det er tryggere i forhold til anonymitet å svare på et spørreskjema enn å delta i et intervju. Datamaterialet blir analysert ved hjelp av SPSS, noe som gjør det lettere å

sammenligne og etterprøve undersøkelsesresultat. Dette gir høy reliabilitet (Bø 1995) (Polit, Hungler 1999)(Halvorsen 2003).

Ulempen med spørreskjema er at de ulike respondentene kan oppfatte spørsmålene forskjellig. Dersom svakheter og vanskeligheter med spørreskjemaet blir oppdaget under innsamlingen, er det ikke mulig å rette opp (Polit, Hungler 1999). Resultatene ved strukturerte spørreundersøkelser kan oppleves som overfladiske. De gir ikke grunnlag for forståelse av dynamiske forhold, prosesser og samhandlingsmønstre. Dette kan gi svekket validitet (Bø 1995) (Polit, Hungler 1999).

For forskeren kan det derfor være en avveining om en skal sikre en høy validitet på bekostning av reliabiliteten, eller om reliabiliteten er så viktig at en er villig til å ta noe lettere på validitetsproblematikken (Mordal 1989) (Mehlby, Rieper, Togeby 1993) (Bø 1995) (Halvorsen 2003).

Kvantitative og kvalitative metoder står gjerne i et komplementært forhold til hverandre (Halvorsen 2003). I denne undersøkelsen har vi valgt en kombinasjon av strukturert og ustrukturert spørreskjema med lukkede og åpne spørsmål. Dette i forsøk på å oppnå størst mulig reliabilitet og validitet. Respondenten må da gi et svar innen de svaralternativene som er gitt, men har også anledning til å svare det han vil i forhold til spørsmålet .

2.2. Utvalg

- Vi velger respondenter blant sykepleiere et halvt år etter endt utdanning.

Bakgrunnen for dette valget er, at sykepleiere et halvt år etter endt utdanning trolig har en mening om hvor relevant utdanningen har vært, og har et halvt års yrkeserfaring å bygge sine meninger på.

- Kull 86 ved Sykepleierutdanningen ved HIØ, var ferdig utdannet i juni 2002.

Bakgrunnen for at vi valgte kull 86:
Sintefrapportens og medias spørsmål om sykepleierutdanningen utdanner sykepleiere med relevant kompetanse, kom ett og to år senere enn våre egne refleksjoner over dette spørsmålet. Samtidig opplevde vi sentrale signaler som fremhevet betydningen av relevant kompetanse i yrkesrelevante utdanninger (NOU 2000:14:130ff), og pedagogiske føringer for å oppnå dette (St.meld. nr. 27 (2000-2001) med vekt på bl.a. problembasert læring og mappevurdering. Rammeplanens vekt på studentaktive læringsaktiviteter (Rammeplanens Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 2000) er også en sentral føring som er verd å nevne i denne sammenheng. Videre fremhevet kvalitetsreformen (St.meld. nr. 27 (2000 – 2001)ansvaret den enkelte institusjon hadde for å implementere dette. Vi så at det lå nye pedagogiske muligheter i Mjøsutvalgets innstilling, Kvalitetsreformens føringer og Rammeplanen. På denne bakgrunn startet vi med et PBL-organisert studium fra høsten 2000, og dette ble evaluert våren 2001 og 2002. Våren 2002 var siste kull i et ikke PBL-organisert tilbud

ferdigutdannet, dvs. kull 86, og det er dette kullet med utdannede sykepleiere vi nå har henvendt oss til et halvt år etter endt udanning.

2.3. Gjennomføring av undersøkelsen

Helt i slutten av utdanningen forberedte vi studentene i kull 86 på, at vi ønsket å henvende oss til dem et halvt år etter endt utdanning. I henvendelsen ville vi be dem om å fylle ut et spørreskjema med fokus på om deres kompetanse var relevant i forhold til de utfordringer de møtte som sykepleier. Informasjonsskriv og spørreskjemaer ble sendt ut i januar 03, med svarfrist medio februar 03(Vedlegg 1 og 2). Vi sendte ut en purring med svarfrist medio mars. Data ble punchet av administrasjonen ved Avdeling helse- og sosialfag ved Adeline Karlsen, og bearbeidet av Evalueringsutvalget ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

Svarprosent: Kullet bestod av 128 studenter som alle fikk tilsendt spørreskjemaet hjem til seg. Vi fikk 78 svar, dette utgjør 61 %.

3.0 PRESENTASJON AV DATA

I presentasjonen av data presenteres først spørsmålet i spørreundersøkelsen med nummer, deretter frekvensfordelingen i %, så en sammenfatning av de kvalitative dataene under "Kommentar/forslag til forbedring". I presentasjonen av de kvalitative dataene er det prøvd å bruke respondentenes utsagn selv om materialet er bearbeidet. Vi har også gjort en analyse for å se på sammenhengen mellom bakgrunnsvariabler og noen utvalgte spørsmål, og disse er under teoretisk kompetanse; spørsmål 2Aa, 2Ab, under praktisk kompetanse; 3Ac, 3Af, 3Ag,3Ah,3Aj, under yrkesetisk kompetanse; 4B, og under sosial kompetanse; 6Ac, 6Ad. Vi presenterer disse dataene i kap. 3.2.1., 3.3.1., 3.4.1. og 3.6.1.

3.1. Bakgrunnsinformasjon

1. BAKGRUNNSINFORMASJON

a. Alder:	21-25 år	26-30 år	31-35 år	36-40 år	Over 40 år
	52,6%	**21.8%**	**14,1%**	**7,7%**	**3,8%**

b. Arbeidssted:

1,3% *Sykehjem og åpen omsorg*
5,1% Sykehjem
5,1% *Sykehus og åpen omsorg*
2,6% *Sykehus og psykisk helsevern*
1,3% *Sykehus og annet*
52,6% Sykehus
17,9% Hjemmebaserte tjenester/Åpen omsorg/Hjemmesykepleien
6,4% Psykisk helsevern
1,3% Habilitering/Rehabilitering
☐ Det forebyggende feltet
6,4% Annet:_____

c. Stillingsbrøk: mindre enn 50% 50% mer enn 50% 100% ubesvart

☐ **1.3%** **44,9%** **52,6%** **1,3%**

d. Jeg arbeider nevnte antall ekstravakter pr. mnd.: 0 – 4 4 – 8 mer enn 8 ubesvart

76,9% **14,1%** **7,7%** **1,3%**

e. Ansatt som:

2,6% *Sykepleier og leder*

93,6% Sykepleier

☐ Leder

☐ Konsulent

3,8% Annet:_____

3.2. Teoretisk kompetanse

"Teoretisk-analytisk kompetanse innebærer at studenten viser evne og vilje til å observere, analysere, reflektere og systematisere" (Rammeplan og forskrift, sykepleierutdanningen 2000:29).

Under teoretisk kompetanse følger tre spørsmål.

2A: Gjennom de teoretiske studiene i sykepleierutdanningen ble jeg godt forberedt på

a. å kunne vurdere pasientsituasjoner

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
5,1%	**64,1%**	**23,1%**	**2,6%**	**2.6%**	**2,6%**

b. å kunne reflektere over egne handlinger og ferdigheter

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
24,4%	**70,5%**	**3,8%**			**1,3%**

De fleste av respondentene oppfattet at de var godt forberedt på å kunne vurdere pasientsituasjoner og å reflektere over egne handlinger.

2A: Kommentar/ forslag til forbedring:

Det kommenteres at teorien blir for teoretisk og dette gjør det vanskelig å integrere den med praksis:

- Teorien burde vært mer rettet mot praktiske situasjoner. Det blir lettere å forstå hvis man setter teorien i forbindelse med for eksempel caser og situasjoner.
- Sykepleiere savner mer konkret og relevant teori, for eksempel sykdom knyttet sammen med observasjon og tiltak. Det er ønskelig med mer sykdomslære, anatomi/fysiologi, biokjemi og mer teori om sykepleie direkte knyttet til pasienten. Sykepleielære ble mye selvstudium.
- Det kunne vært flere gjestepasienter med erfaring med de forskjellige hovedsykdommene. Da kunne en kanskje blitt flinkere til å møte disse senere også?
- Vi kunne blitt mer "drillet" på observasjoner i forhold til pasienten.
- Vi hadde mye kommunikasjon og etikk, men minimalt om HLR, lungeødem, sjokk osv. Alt var veldig teorietisk, og mye av det var ikke i tråd med virkeligheten og den praktiske hverdagen på et sykehus, sykehjem eller i hjemmesykepleien.
- Det er ønskelig med mer diskusjon i grupper med fokus på; hvordan den enkelte student ville taklet ulike situasjoner med pasienter som kan være vanskelige og ubehagelige (etiske dilemmaer).

Andre har en litt annen innfallsvinkel på sine svar:

- Som nyutdannet er man som regel usikker på om egen vurdering stemmer overens med virkeligheten, så man vurderer, men stoler ikke alltid på ens egen vurdering.
- Nå når jeg har kommet ut i jobb, ser jeg sammenhenger mellom hensynet til sykdom og helse bedre og bedre for hver dag. Teorien ligger i bunn, og jeg ser at jeg får brukt den.
- Det fremheves også at vi bør ha bedre forelesere, og at det bør være obligatorisk for lærere å være i praksis årlig.

2B: Mitt arbeidssted gir meg muligheter for å utvikle mine evner til å vurdere pasientsituasjoner.

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
61,5%	**33,3%**	**2,6%**	**1,3%**	**1,3%**

Et klart flertall er helt enig og enig i at arbeidsstedet gav muligheter for å videreutvikle kompetanse til å vurdere pasientsituasjoner.

3.2.1. Bakgrunnsvariabel

Teoretisk kompetanse sett i forhold til alder og arbeidssted viser at;

- ca. 2 % flere i gruppen ≥26 år, og ca. 2 % flere med arbeidssted annet, oppfatter seg godt forberedt på å kunne vurdere pasientsituasjoner (2Aa). Se vedlegg 3

- ca. 6 % flere i gruppen 21-25 år, og like mange dvs. ca. 96 % fra arbeidssted sykehus og annet, oppfatter seg godt forberedt på å kunne reflektere over egne handlinger og ferdigheter (2Ab). Se vedlegg 3

3.3. Praktisk kompetanse

"Praktisk kompetanse er evne og dyktighet til å iverksette sykepleiespesifikke tiltak og handlinger" (ibid).
Under praktisk kompetanse følger 11 spørsmål.

3A: Gjennom sykepleierutdanningen ble jeg godt forberedt på

a. å forebygge komplikasjoner

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
19,2%	**71,8%**	**5,1%**	☐	**3,8%**

b. å følge opp forordnet medisinsk behandling

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
21,8%	**57,7%**	**16,7%**	**2,6%**		**1,3%**

c. å utføre praktiske ferdigheter/prosedyrer

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
9,0%	**56,4%**	**29,5%**	**5,1%**	☐

d. å utføre praktiske ferdigheter i kommunikasjon

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
17,9%	**64,1%**	**12,8%**	☐	**3,8%**	**1,3%**

e. å håndtere legemidler nøyaktig og ansvarlig

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
28,2%	**51,3%**	**19,2%**	**1,3%**	☐

f. hvordan jeg kan tilrettelegge psykososiale tiltak for pasienten

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
3,8%	**48,7%**	**39,7%**	**3,8%**	**3,8%**

g. hvordan jeg kan undervise og veilede pasienter til å mestre sitt daglige liv og sykdomssituasjon

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
3,8%	**52,6%**	**41,0%**	☐	**2,6%**

h. hvordan jeg kan lede en mindre gruppe medarbeidere som er direkte involvert i sykepleien til pasienten

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
☐	**42,3%**	**48,7%**	**6,4%**	**2,6%**

i. hvordan jeg kan kvalitetssikre sykepleien

Helt enig	*Enig*	Enig og uenig	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
6,4%	**67,9%**	**1,3%**	**17,9%**	☐	**6,4%**

j. hvordan jeg kan dokumentere sykepleien til pasienten

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
33,3%	**62,8%**	**3,8%**	☐	☐

Oppsummeringsvis kan en si, at selv om de fleste respondentene synes de ble godt forberedt i sykepleierutdanningen i forhold til praktisk kompetanse, er det viktig å trekke frem noen av kommentarene. Vi har derfor presentert kommentarer under punktene nedenfor, og samlet opp kommentarer som mer uttrykte en helhetlig vurdering til slutt. Evalueringsutvalget har valgt å knytte relevante kommenterer fra Sintef rapporten (Vareide m.fl. 2001) til et par av punktene.

3A: Kommentar/ forslag til forbedring:

Ang. 3Ac: Studenten bør ha mer praktisk undervisning i forhold til prosedyrer i skolen, og øve mer på skolen med for eksempel å bruke infusjonspumper, sette blodtransfusjoner, nedlegge ventrikkelsonde, sette venfloner, gjennomføre sårbehandling, kateterisering, blodprøver.

Sykepleierne fremhever betydningen av mer praksis, og bedre og relevante praksisplasser for utdanningen.

Men hvor godt forberedt man er, avhenger også mye av egen innsats i praksisperioder, samt type praksissteder man har vært på. Det ble veldig tilfeldig hva som ble oppnådd på praksisstedene, hevdes det. Sykepleierne savnet en konkret liste, som man måtte gjennom, for eksempel x antall forsøk på å legge venflon.

Dessuten blir mye av praksisen spist opp av skolens krav om refleksjonsnotater, dagbok, pleieplaner og oppgaver.

Ang. 3Ad: Det ble for mye tid på kommunikasjon som i utgangspunktet bør være en selvfølge når man søker en høgskole innen helsefag (ex. folkeskikk, høflighet, empati etc.). Vi etterlyser at det i undervisningen ble tatt opp å kommunisere med mennesker i krise, når det ikke finnes håp om å bli frisk, og kommunikasjon med pårørende og foreldre.

Ang. 3Ae: Vi synes farmakologieksamen burde vært mer avansert enn å bruke gamle avkrysningsspørsmål som har vært brukt på tidligere eksamener. Vi vet at det var mange som kun lærte seg gamle eksamensoppgaver, og fikk de samme oppgavene på eksamen. Man kan jo i praksis bestå eksamen uten å ha åpnet bøkene. Dette bør det gjøres noe med for å bedre studentenes kvaliteter i farmakologi.

Ang. 3A f: Resultatet fra undersøkelsen synes å være i tråd med Sintef's resultater (Vareide m.fl. 2002). Sintef-rapporten hevder også at de nyutdannede sykepleierne er for lite forberedt på hvordan de skal ivareta de psykososiale behovene innenfor en organisatorisk ramme, eller hvordan de skal arbeide for å tilrettelegge for psykososiale tiltak innenfor sykehusorganisasjonen. (Ibid.:81,82).

Ang. 3A g: Resultatet fra undersøkelsen synes å være i tråd med Sintef's resultater (Ibid.). Sintef-rapporten fremhever at en stor andel av sykepleierne, både i spørreskjemaundersøkelsen og i intervjuene, oppga at de særlig savnet å få brukt sin kommunikasjons- og relasjonskompetanse i form av samtaler og opplæring/informasjon til pasienter og pårørende. (Ibid.:76)

Ang. 3A h: Vi er flere som fikk for liten erfaring med lederfunksjonen i praksis. Studentene bør få mer praktisk øvelse her.

Ang. 3A j: Det var veldig lite journalføring/dokumentasjon på IT i utdanningen. IT brukes på mange arbeidsplasser. Dokumentasjon i sykepleie bør mao vektlegges mer i utdanningen.

Og så noen kommentarer til slutt: Flere synes stort sett ovenstående punkter har vært veldig bra – men det har hatt veldig mye å si hvor mye disse punktene blir lagt vekt på i praksis, og det er viktig at studentene er flinke til å etterspørre/oppsøke læresituasjoner.

Det fremheves at å være godt forberedt er å "ta litt mye i", men føler at man ble forberedt, da spesielt gjennom praksis. Det er når en kommer i jobb en begynner å lære! Merker når vi kommer ut i arbeidslivet at det er mye vi ikke har lært av papirarbeid, som å fylle ut skjemaer og lignende, blir det sagt.

3B: Mitt arbeidssted gir meg muligheter for å utvikle min praktiske kompetanse.

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
56,4%	**37,2%**	**1,3%**	**1,3%**	**2,6%**	**1,3%**

Nevn eksempler på dette:
Muligheten for utvikling av praktisk kompetanse ved arbeidsstedet er gjennom utfordringene dette gir, og det kan dreie seg om litt forskjellig avhengig av hvor man arbeider.

På sykehus er utfordringen særlig at pasientene har få liggedøgn, tekniske prosedyrer, mellommenneskelige relasjoner, dokumentasjon og IT, organisering av sykepleien i

primærsykepleie og gruppesykepleie, og teamlederfunksjonene. Et høyt faglig nivå på avdelingen er en faktor av betydning for utvikling av kompetanse, bl.a. gjennom å observere andre sykepleiere i deres arbeid, fadderordning, opplæringsperiode, kurser for nyansatte, lang opplæringstid med veileder, og at noen har tid til å vise deg når det er noe nytt.

Videre fremheves at å utføre sykepleieoppgaver selv også er en utviklingsmulighet. Dessuten kan en ikke lempe oppgavene over på andre sykepleiere, særlig der hvor vi er få sykepleiere. Man må stå i situasjonen og ta lærdom av det. Jeg kommer bort i praktiske gjøremål som jeg aldri har utført før – vokser med oppgavene – og blir tryggere på meg selv som fagperson.
Refleksjoner og veiledningssamtaler med sykepleier som har lært deg opp blir også nevnt. Dessuten repetering av gamle ting.

Sykehjemmet gir liten mulighet for utvikling av praktiske kompetanse, hevdes det, fordi pasientene er som regel stabile og trenger lite praktiske sykepleierprosedyrer.
I Åpen Omsorg dreier utfordringen seg særlig om, at man møter "alle" typer mennesker, og mange og ulike diagnoser.

3.3.1 Bakgrunnsvariabel

Praktisk kompetanse sett i forhold til alder og arbeidssted viste, at

- ca. 4 % flere i gruppen ≥26 år, og ca. 10 % flere med arbeidssted annet, oppfattet seg godt forberedt på å utføre praktiske ferdigheter/prosedyrer (3Ac). Se vedlegg 4.
- ca. 8 % flere i gruppen ≥26 år, og ca. 1 % flere med arbeidssted annet, oppfatter seg godt forberedt på hvordan tilrettelegge psykososiale tiltak for pasienten (3Af). Se vedlegg 4.
- ca. 16 % flere i gruppen ≥26 år, og ca. 11 % flere på arbeidssted annet, oppfatter seg godt forberedt på hvordan undervise og veilede pasienter til å mestre sitt dagligliv og sykdomssituasjon (3Ag). Se vedlegg 4.
- ca. 2 % flere i gruppen ≥26 år, og ca. 3 % flere med arbeidssted annet, oppfatter seg godt forberedt på å lede en mindre gruppe medarbeidere som er direkte involvert i sykepleien til pasienten (3Ah). Se vedlegg 4.
- ca. 2 % mindre i gruppen ≥26 år, og ca. 1 % mer arbeidssted annet, oppfatter seg godt forberedt på hvordan dokumentere sykepleien til pasienten (Aj). Se vedlegg 4.

3.4. Yrkesetisk kompetanse

"Yrkesetisk kompetanse viser seg ved at studenten er i stand til å fatte etisk velbegrunnet valg basert på det regelverk og de normer og verdier som styrer og innvirker på yrkesutøvelsen" (ibid).
Under yrkesetisk kompetanse følger tre spørsmål.

4A: Gjennom sykepleierutdanningen

a. ble jeg godt forberedt på hvordan jeg kan møte pasienter på en respektfull måte

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
44,9%	**50.0%**	**3,8%**	☐	**1,3%**

b. ble jeg godt forberedt på hvordan jeg skal handle i tråd med gjeldende lovverk

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
24,4%	**64,1%**	**9,0%**	☐	**2,6%**

4A: Kommentar/ forslag til forbedring:
Denne delen av utdanningen kommenterte flere som meget god. Det var jo dette første året dreide seg om, etikk og atter etikk. Sykepleierne synes det gjennom utdanningen ble lagt mye vekt på å møte pasienten respektfullt.

4B: Mitt arbeidssted gir meg muligheter for å utvikle min yrkesetiske kompetanse (eks. kollegaveiledning, faglig veiledning, drøfting på møter og lignende).

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
24,4%	**46,2%**	**20,5%**	**5,1%**	**1,3%**	**2,6%**

Nevn eksempler på dette:
Det er lite faglig veiledning, eller ikke veiledning til alle ansatte. Vi ser ting som vi har lært på skolen som ikke blir gjort på arbeidsstedet. De trenger oppdatering.
Medarbeidersamtale, veiledning i grupper, drøfting, og undervisningsgrupper blir nevnt som muligheter arbeidsstedet kan gi, for å utvikle den yrkesetiske kompetanse

3.4.1. Bakgrunnsvariabel

- ca. 20 % flere i aldersgruppen ≥26 år og ca. 4 % flere med arbeidssted sykehus, oppfatter at deres arbeidssted gir muligheter for å utvikle sin yrkesetiske kompetanse (4B). Se vedlegg 5.

3.5. Læringskompetanse

"Læringskompetanse er knyttet til studentens evne og vilje til selv å kunne tilegne seg ny kunnskap og anvende denne i nye sammenhenger" (ibid).
Under læringskompetanse er det to spørsmål.

5A: Sykepleierutdanningen har forberedt meg på hvordan jeg kan tilegne meg ny kunnskap, som er
relevant for min sykepleieutøvelse.

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*	*Ubesvart*
11,5%	**64,1%**	**17,9%**	☐	**5,1%**	**1,3%**

De fleste mener at de er forberedt på hvordan tilegne seg ny kunnskap.

5A: Kommentar/ forslag til forbedring:
Hovedoppgaven var en nyttig øvelse i å finne mye kunnskap om et bestemt emne, og det nevnes at å jobbe med oppgaver har vært en fin måte å lære på. Det kunne kanskje vært flere obligatoriske innleveringer med tilbakemeldinger?

5B: Mitt arbeidssted gir muligheter for fagutvikling som er nyttig i min sykepleieutøvelse.

Helt enig	*Enig*	Enig og uenig	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
33,3%	**53,8%**	**1,3%**	**5,1%**	**2,6%**	**3,8%**

De fleste mener at arbeidsstedet gir mulighet for fagutvikling.

Nevn eksempler på dette:
Gjennom fagdager og kurs samt veiledning av dyktige og erfarne sykepleiere, hospitering, observasjoner av svært syke, utvikling av klinisk blikk og mye teknisk arbeid.

3.6. Sosial kompetanse

"Sosial kompetanse kjennetegnes av evne og vilje til å etablere, gjennomføre og være utholdende i mellommenneskelige forhold" (ibid).
Under sosial kompetanse følger 5 spørsmål.

6A: Gjennom sykepleierutdanningen ble jeg godt forberedt på

a. å samarbeide med sykepleier-kollegaer

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
23,1%	**65,4%**	**11,5%**	☐	☐

b. å samarbeide med samarbeidspartnere fra andre yrkesgrupper

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
12,8%	**60,3%**	**25,6%**	☐	**1,3%**

c. å samarbeide med pårørende

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
6,4%	**51,3%**	**38,5%**	**1,3%**	**2,6%**

d. å samarbeide med andre institusjoner/etater

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
5,1%	**52,6%**	**37,2%**	**1,3%**	**3,8%**

Under sosial kompetanse 6A, a og b er de fleste respondentene helt enig og enig i at de blir godt forberedt, dvs. å samarbeide med sykepleier-kollegaer og samarbeidspartnere fra andre yrkesgrupper. Det er mer variert under c og d, dvs. å samarbeide med pårørende og andre institusjoner og etater.

6A: Kommentar/ forslag til forbedring:
Ang.6Aa og 6Ab: Noen hadde alltid dette som et mål til sin praksis, slik at de fikk se hva andre yrkesgrupper jobbet med innen de forskjellige sektorene. Samarbeidet med andre yrkesgrupper var mer basert på frivillig initiativ av den enkelte, så det er fullt mulig å "bomme" der, hevdes det.

Vi burde ha undervisning av de ulike samarbeidspartnere fra de andre yrkesgruppene.

Vi hadde lite om samarbeid med lege – forberedelse til visitt etc. Dessuten burde vi hatt mer om fysioterapeutene og deres funksjon - de er viktige.

Ang. 6Ac: Pårørende er en stor gruppe. Å samarbeide med pårørende lærte vi i praksis og lite på skolen. Dessuten har denne kompetanse utviklet seg mer etter endt utdanning, men skolen ga forståelse for viktigheten av et slikt samarbeid. Men vi bør ha mer undervisning om samarbeidet med pårørende, og kanskje noe mer om hvordan man som sykepleiere skal møte, råde og veilede pårørende.

Ang. 6Ad: Det var lite undervisning i forhold til det å samarbeide med forskjellige institusjoner.

At sykepleieren er sentral i for eksempel å få til en rehabiliteringsplass etter sykehusoppholdet tilsier, at dette er viktig kompetanse å ha med seg fra utdanningen.

6B: Mitt arbeidssted gir muligheter for utvikling av evner til å samarbeide

Helt enig	*Enig*	*Uenig*	*Helt uenig*	*Vet ikke*
51,3%	**47,4%**	☐	☐	**1,3%**

Nevn eksempler på dette:
Respondentene nevner at arbeidsstedet gir mulighet for utvikling av denne kompetanse gjennom de utfordringer arbeidssituasjonen gir, og gjennom undervisning, veiledning og kurstilbud som tilbys. Man kan ikke jobbe som sykepleier uten å samarbeide med andre, det er et sosialt yrke! Man er avhengig av å samarbeide, skal ting og systemet fungere optimalt, og for at vi skal kunne få til det beste for pasienten.

Alt som gjøres og blir bestemt, blir bestemt i samarbeid med andre parter. Derfor blir det vesentlig å gjøre samarbeidet lettere, for eksempel via samarbeidsmøter /pårørendemøter. Det er mye tverrfaglig samarbeid med for eksempel lab., barnevern, helsestasjon, sosionom, smerteteam, fysioterapeut, prest og psykiater. Det er mye samarbeid med pårørende, bl.a. er det en viktig del av jobben for eksempel å innkalle pårørende til samtale.

For noen er hverdagen et veldig tett samarbeid med en sykepleier. Når man har bare en kollega i umiddelbar nærhet er det veldig viktig at man går godt overens med hverandre.
Dessuten nevnes gruppesykepleie, kollegaveiledning, frokostmøter med leger, felles lunsj for alle hver dag, refleksjonsgruppe, opplæring i 6-8 uker med en fast sykepleier og samtaler med avdelingsleder

3.6.1. Bakgrunnsvariabel

Sosial kompetanse sett i forhold til alder og arbeidssted viste, at

- ca. 12 % mindre i gruppen ≥26 år, og ca. 12 % flere med arbeidssted annet, oppfattet seg godt forberedt på å samarbeide med pårørende(6Ac). Se vedlegg 6.
- ca. 13 % flere i gruppen ≥26 år, og ca. 6 % flere med arbeidssted annet, oppfatter seg godt forberedt på å samarbeide med andre institusjoner/etater(6Ad).

3.7. Tilstede i undervisningen

7. TILSTEDE I UNDERVISNINGEN

Jeg anslår at min tilstedeværelse i undervisningen i løpet av de 3 årene i sykepleierutdanningen var:

0 - 50%	50 – 75%	75 – 100%
☐	**10,3%**	**89,7%**

4.0 OPPSUMMERING AV DATAMATERIALET

4.1. Hovedfunn i undersøkelsen.

Ang. teoretisk kompetanse i kap. 3.2.: De fleste var helt enig og enig i at de gjennom utdanningen ble godt forberedt på å kunne vurdere pasientens situasjon, og å kunne reflektere over egne handlinger og ferdigheter. Men det ble også hevdet at teorien ble for teoretisk, og dette gjør det vanskelig å integrere den i praksis.

Ang. praktisk kompetanse i kap. 3.3., kan en oppsummeringsvis si, at et klart flertall er helt enig og enig i at de gjennom sykepleierutdanningen ble godt forberedt på 3a å forebygge komplikasjoner, 3b å følge opp forordnet medisinsk behandling, 3d å utføre praktiske ferdigheter i kommunikasjon, 3e å håndtere legemidler nøyaktig og ansvarlig, 3i hvordan kvalitetssikre sykepleien, og 3j hvordan dokumentere sykepleien.
Derimot er det ikke et så klart flertall som mener de ble godt forberedt på punkt 3c å utføre praktiske ferdigheter, 3f hvordan tilrettelegge for psykososiale tiltak, 3g hvordan undervise og veilede pasienter, og 3h hvordan lede en mindre gruppe medarbeidere som er direkte involvert i sykepleien til pasienten.

Vi vil særlig fremheve at flere av informantene etterlyser mer ferdighetstrening på øvelsesposten, mer praksis under utdanningen, og at skolen må arbeide med å få bedre praksisplasser. Vi vil også særlig fremheve at det savnes forberedthet på hvordan de skal ivareta psykososiale behov innenfor en organisatorisk ramme, sykepleierens pedagogiske funksjon, lederfunksjonen, "papirarbeid" og IT – dokumentasjon.

Som student med ansvar for egen læring, er det for enkelt å velge bort vanskelige ting, hevdes det. Man får ikke erfare/oppleve det egentlige stress/tidspress som hører til sykepleierens hverdag. 3. års studenter bør presses litt mer til å prøve å mestre den ekte hverdagen slik at realiteten ikke blir et sjokk, foreslår sykepleierne.

Muligheten for utvikling av praktisk kompetanse ved arbeidsstedet er særlig gjennom utfordringene dette gir, og det kan dreie seg om litt forskjellig avhengig av hvor man arbeider.

Ang. Yrkesetisk kompetanse i kap. 3.4., hevder sykepleierne, at de er fornøyd med denne delen av utdanningen, samtidig må det nevnes at de etterlyser bedre muligheter for å utvikle sin yrkesetiske kompetanse på arbeidsstedet.

Ang. Læringskompetanse i kap. 3.5., hevder flere av sykepleierne, at å arbeide med hovedoppgaven har vært en nyttig og fin måte å lære på, og anbefaler utdanningen å vektlegge flere obligatoriske innleveringer i løpet av utdanningen.

Ang. Sosial kompetanse i kap. 3.6, i samarbeid med sykepleier- kollegaer, og samarbeidspartnere fra andre yrkesgrupper, er de fleste helt enig og enig i, at de blir godt forberedt fra utdanningen, men de etterlyser en større vektlegging av samarbeid

med pårørende og andre institusjoner/etater. Sykepleierne nevner at arbeidsstedet gir mulighet for utvikling av denne kompetanse.

4.2. Noen metodiske betraktninger

En svakhet med spørreskjemaet er at det ikke var klart at respondentene kun skulle svare på ett alternativ under 1b."Arbeidssted" og 1e. "Ansatt som". Det ble løst med å lage 4 nye bokser under 1b med kursiv skrift som: *Sykehjem og åpen omsorg, sykehus og åpen omsorg, sykehus og psykisk helsevern, sykehus og annet.* Under 1e ble det løst med å lage en ny boks: *Sykepleier og leder.*
En annen svakhet er at boks sykehus skulle vært spesifisert med somatisk sykehus

Vurdering av relevanskvalitet også ved senere tilsvarende undersøkelser?
En vurdering av relevanskvalitet i sykepleiersammenheng vil, som nevnt innledningsvis, dreie seg om hvorvidt den kompetanse nyutdannede sykepleiere har, er relevant for den virkelighet de møter i helsevesenet. Når endringer skjer i helevesenet, bør dette få konsekvenser for vektlegging av dette i studieprogrammet. Det vil derfor være interessant for oss å gjøre sammenligninger med senere kull, for å se, om vi har fått dette bedre til for disse. Evalueringsutvalget foreslår å gjennomføre en tilsvarende evaluering med senere kull, som har fulgt et PBL organisert studietilbud og mappevurdering.

Likhet og ulikhet mellom kullene legger grunnlaget for at kullene er sammenlignbare. Likheten består i at studieplanene styres gjennom samme rammeplan og politiske føringer. Kull 2001/3 – 2003/3 sine studieplaner er styrt av samme rammeplan og reform. Kull 86 ble styrt av den samme rammeplan som forannevnte kull f.o.m. skoleåret 2000/2001, men ikke styrt av Kvalitetsreformens føringer. Det innebærer at de bl.a. fulgte et fagdelt -, mens senere kull fulgte et PBL-organisert studietilbud. Evalueringsutvalget forslår at det gjennomføres tilsvarende undersøkelser for minst ett av forannevnte kull, som fulgte etter kull 86, og som fulgte et PBL organisert studietilbud og ble styrt av samme rammeplan som kull 86. På den måten kan vi kanskje få noe svar på, om vi har fått studieplaner og gjennomføring av disse bedre til. Videre vil evalueringsutvalget foreslå tilsvarende evaluering av kull som er styrt av Kvalitetsreformen og den nye rammeplanen som vi venter på.

Evalueringsutvalget foreslår at det også blir gjort et neste steg i evaluering med fokus på om Sykepleierutdanningen ved HIØ utdanner relevant kompetanse hos sine studenter. I denne evalueringen ønsker vi å rette fokus på om kvalitetsreformens vekt på PBL og mappevurdering har lagt føringer for en pedagogikk i utdanningen, som kan fremme utvikling av sykepleierkompetanse.

4.3. Avsluttende kommentarer

Evalueringsutvalget takker sykepleiere som ga sin tid og delte sine synspunkter og erfaringer i besvarelsen av spørreskjemaene.

Tilbakemeldingene ovenfor bør kunne gi tips om forbedringer. Noe er vel allerede imøtekommet ved innføring av PBL- organiserte studier og mappevurdering, som jo også er Kvalitetsreformens føringer. Er det allikevel noe som gjenstår? Hva kan i så fall gjøres, bør vel bli spørsmål til vurdering i lærerkollegiet i kjølvannet av denne evalueringen?

Samtidig bør det vel fremheves, at et samarbeid mellom skole og helsevesen bør oppjusteres. Bør skole og helsevesenet samarbeide om utvikling av sykepleierkompetanse også etter endt utdanning? I så fall, hva bør dette dreie seg om, og hvordan kan det organiseres? Hvordan kan sykepleierutdanningen skape en holdning om, at det er interessant å ha studenter, og å videreutvikle kompetanse hos nyutdannede sykepleiere? Hva kan i så fall Sykepleierutdanningen ved HIØ tilføre?

Litteraturliste

Bø, Olav (1995) FOU metodikk Tano

Halvorsen, Knut (2003) Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000) Rammeplan og forskrift Sykepleierutdanning Oslo: Norgesnettrådet

Mehlbye, Jill, Rieper, Olaf, Togeby, Mikael (1993) Håndbok i evaluering AKF Forlaget

Mordal, Tove L. (1989) Som man spør så får man svar Tano

Norgesnettrådet (2000) Konferansens tema: Utvalget for høgre utdanning: Frihet med ansvar Norgesnettrådets rapporter ISSN 1501-9640

NOU 2000:14 frihet med ansvar. Om høgre utdanning og forskning i Norge Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.

Olsen, Krister (2002) Lite samsvar mellom sykepleieskole og virkeligheten I: Aftenposten 01.02.02

Pettersen, Cecilie (2002) Pleierutdanning får stryk I: Fredrikstad blad 06.02.02

Polit, Hungler (1999) Nursing research (kap. 14 Self Reports) Philadelphia: J. P. Lippicott Comp.

St.meld.nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – Krev din rett Kvalitetsreform av høyere utdanning. Det kongelige Kirke-, utdannings- og forskningsdepartement.

Utdannings- og forskningsdepartementet (1990 Studiekvalitet Innstilling fra STUDIEKVALITETSUTVALGET avgitt til utdannings- og Forskningsdepartementet

Vareide,Per Kristian, Hofset,Christina, Norvoll, Reidun, Røhme,Kjerstina (2001) Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.