

FORBEREDT FOR YRKESROLLEN? – En spørreundersøkelse om egenvurdert kompetanse blant nyutdannede sykepleiere

Nøkkelord: bachelorutdanning, kompetanse, spørreundersøkelse, sykepleie

Sammendrag

Bakgrunn: Norsk bachelorgrad i sykepleie skal kvalifisere for ansvar til å ivareta menneskets grunnleggende behov og pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilder. Det er begrenset kunnskap om kompetanse ved endt utdanning, men forskning viser at nyutdannede er lite forberedt for ansvaret som sykepleier. Kunnskap om hvordan nyutdannede vurderer sin kompetanse er derfor nyttig.

Hensikt: å kartlegge hvordan nyutdannede sykepleiere vurderer sin kompetanse.

Metode: Studien har et deskriptivt design og data er innsamlet som en anonym elektronisk spørreundersøkelse. Et bekvemmelighets utvalg av 360 sykepleiere utdannet fra samme universitet ett år tidligere ble inviterte til å delta, og 129 av disse (36%) svarte.

Funn: Kompetanseområdet «kommunikasjon og samhandling» fikk høyeste gjennomsnittsverdi, 3,7 (SD:0.7) på en skala fra 1-5. Kompetanse rettet mot grunnleggende behov ble vurdert som god/meget god. Medisinskfaglig, veiledende, kunnskapsbasert, lovgivning/kvalitetsutvikling og administrativ kompetanse ble vurdert som under middels/middels. Selvstendig beslutningsevne og mot til å gi uttrykk for egne meninger ble også vurdert som middels, og den første tiden som nyutdannet var preget av faglig usikkerhet og stor arbeidsbelastning. Informanter i sykehus vurderte lavere nytte av utdanningen sammenlignet med de som arbeidet i andre helseinstitusjoner.

Konklusjon: Bachelorutdanningen bør legge mer vekt på behandlingsrettet sykepleiefaglig kompetanse og læringsformer som styrker selvstendig vurderingsevne. Studiens funn understreker et behov for mer kunnskap om nyutdannede sykepleieres kompetanse for å sikre relevante utdanningsformål.

Abstract

Background: The Norwegian bachelor's degree in nursing aims at qualifying for care of basic human needs and patients with complex health-care needs and comorbidity. Research on competence at the final stage of education is limited, but studies show that newly qualified nurses are poorly prepared for the responsibility as a nurse. Knowledge on how newly qualified nurse's assess their competence is therefore useful.

Aims: to explore how newly educated nurses assess their competence.

Method: The study has a descriptive design and data is collected as an anonymous electronic survey. A convenient sample of 360 nurses educated from the same university one year ahead were invited to participate, and 129 of these (36%) responded.

Results: Communication and collaborative skills received the highest average scores 3.7 (SD 0.7) on a scale of 1-5. Competences aimed for support of basic human needs were rated as good/very good. Medical-technical, teaching-support, evidence-based, legislative and leadership/development competencies were rated as intermediate. Independent decision-making skills and courage to express one's own opinions were rated as mediocre, and the introductory period as a newly qualified nurse was dominated by professional insecurity and heavy workload. Respondents employed in hospitals assessed lower benefits of the education compared with those working in other health-care institutions.

Conclusion: The bachelor's program in nursing should put more emphasis on treatment-oriented nursing care and strategies to promote independent decision-making. The study findings underline a need for more knowledge regarding newly qualified nurse's competences which, in turn, may secure relevant aims of the education.

Keywords: bachelor degree, newly qualified, nurse, competence, survey

Introduksjon

Overgangen fra student til yrkesaktiv sykepleier kan være utfordrende. Helsevesenet preges av sammensatte og komplekse problemstillinger. Liggetiden i sykehus er kort, pasientene er ofte alvorlig syke og behandlingen er tverrfaglig, avansert og ressurskrevende (1). Akutte og sammensatte tilstander behandles i økende grad i kommunale korttidsavdelinger, sykehjemmene er for de sykeste gamle og hjemmeboende pasienter har ofte behov for avansert sykepleie på døgnbasis (2). Det stilles derfor store krav til faglig kompetanse for å sikre forsvarlig omsorg og behandling i alle felt av faget.

Forskrift til rammeplan for norsk bachelorutdanning som evalueres i denne studien definerer mål for handlings- og beredskapskompetanse ved endt utdanning (3). Forskriften består av fire hovedområder: sykepleie som fag og vitenskap, sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget, medisinske og naturvitenskaplige og samfunnsvitenskapelige emner. Utdanningsplanen er stort sett uendret siden år 2000, men en ny forskrift er vedtatt og trådte i kraft høsten 2020 (4). Forskrift for utdanningen (3,4) beskriver kompetansekrav ved godtkjent grad og er del av en samlet nasjonal plan for alle helse- og sosialutdanninger (5) som bygger på det europeiske kvalifikasjonsrammeverk (EQF) med mål om likhet og mobilitet på tvers av landene (6). Utdanningen skal sikre at kandidaten kan utøve sykepleie rettet mot grunnleggende behov og komplekse sammensatte sykdomsbilder og gjøre selvstendige kliniske vurderinger. Kandidaten skal også ha gode ferdigheter i kommunikasjon, veiledning, samhandling og kvalitets- og forbedringsarbeid (3,4).

Helse, sykdom og sykepleie utgjør ett av seks kompetanseområder i ny Forskrift (4). De øvrige fem omfatter fellesfaglig individuell overførbart kompetanse. Det hevdes i tråd med dette at målet om likhet på tvers av landene har ført til favorisering av generell overførbart kompetanse som personlig egnethet (7-9), og til usynliggjøring av fagspesifikke kunnskaper og ferdigheter som sårbehandling og intellektuelle ferdigheter som evne til å vurdere pasientens behov og tilstand (9). Forskning viser at utdanningens omfang varierer (10-12), og at målet om en felles europeisk standard er ikke nådd (13). Det hevdes dessuten at innføring av ny gradsstruktur har ført til avkortning av utdanningen (13,14). Praksisstudiene er obligatoriske, tallfestede og målbare, men teoretiske studier er lite utforsket (14). Det er begrenset kunnskap om målt kompetanse ved endt utdanning. Dette kan skyldes at utdanningen vektlegger kompetanse som er situasjonsavhengig og vanskelig å måle (7-9). Men det kan også skyldes at det er lite konsensus om læringsutbytter (15) og at det er vanskelig å kvalitetssikre målt kompetanse (7).

Norsk Organ for Kvalitet i Utdanning/NOKUT har pålagt alle studiesteder å evaluere sine utdanningsprogram, men data fra lokale undersøkelser fokuserer på studenttilfredshet og gir lite kunnskap om egenvurdert kompetanse. Studier viser imidlertid at overgangen fra veiledet student til faglig ansvar som sykepleiere er utfordrende, og at tiden som nyutdannet preges av usikkerhet og stor arbeidsbelastning (16-

23). Egenvurdert kompetanse for utdannings emner varierer (12,16,18,24), og påvirker valg av arbeidsfelt (25) og videre karriereplaner (25,26), der de som vurderer sin fagteoretisk kunnskap høyt foretrekker å arbeide i sykehus (25). Begrenset kunnskap om målt kompetanse ved endt utdanning understreker et behov for å utforske hvordan nyutdannede vurderer sin kompetanse for å sikre at formålet for utdanningen nås.

Studiens hensikt er å kartlegge hvordan nyutdannede sykepleiere vurderer sin kompetanse og i hvilken grad de vurderer at utdanningen kvalifiserer for yrkesrollen.

Metode

Studien har et deskriptivt design. Data ble innhentet med Nettskjema som er en elektronisk plattform for spørreundersøkelser i juni 2018. Studiens informanter er et bekvemmlighetsutvalg der alle uteksaminerte sykepleiere etter samme utdanningsplan våren 2017 fra to studiesteder ved samme universitet (360 informanter) ble inviterte til å delta.

Spørreskjema er tidligere benyttet til å evaluere forventninger til yrkesrollen, egenvurdert kompetanse ved endt utdanning, og opplæring og utfordring som nyutdannet (16). Det består av en kombinasjon av lukkede og åpne spørsmål. Alle spørsmål er obligatoriske og besvarte. Spørsmål om egenvurdert kompetanse er organisert som fem hovedområder: kunnskaper, ferdigheter, vurderings-/beslutningsevne, kommunikasjon/samhandling og administrative ferdigheter. Spørsmålene er de samme som i den første undersøkelse slik at det er mulig å sammenligne funnene for å kartlegge eventuelle endringer over tid. Ett nytt spørsmål er lagt til: «kunnskaper om sykepleie som fag og vitenskap inkludert kunnskapsbaserte arbeidsformer». Kunnskaper om lovgivning er utvidet til å inkludere «Kvalitetsutvikling». Endringene er gjort for å sikre at alle områder i den utdanningsplan som evalueres (3) er kartlagt.

Lukkede spørsmålene har enten svaralternativene ja/nei, eller svar på en Likert skala fra 1 (mangelfulle/i svært liten grad) til 5 (meget gode/i meget stor grad). I tabellene er verdiene «meget gode» og «gode», og «under middels» og «mangelfulle» slått sammen. Det samme gjelder «i meget stor» og «stor grad», og «i liten» og «i svært liten grad». Gjennomsnittsverdier for egenvurdert kompetanse ≤ 2.9 tolkes som «under middels», 3.0 – 3.9 som «middels» og ≥ 4.0 som «gode/meget gode».

Måling av kompetanse forutsetter pålitelige måleinstrument (7). Spørreskjemaet er utarbeidet i samarbeid med erfarne forskere i fagfeltet. Spørsmålene i det originale spørreskjemaet ble drøftet i møter med to ledergrupper fra praksisfeltet, og er benyttet som delgrunnlag i utvikling av et instrument for måling av kompetanse blant spesialsykepleiere (27). Instrumentet er pre-testet av informanter med samme bakgrunn som deltagere i studien for å sikre at spørsmålene er forståelige og entydige, og at ingen vesentlige tema er utelatt. Pre- tester eller møter avdekket ingen uklarheter eller mangler. Intern konsistens for de fem

hovedkategoriene av faglig kompetanse er testet med Cronbach's alpha, og varierer fra .71 til .80. Verdier $>.070$ viser tilfredsstillende reliabilitet (28).

Analyse

Datanalysen er gjort i SPSS 25. Data gjengis som frekvenser, prosentandeler, gjennomsnitt og standardavvik. Samsvar, variasjon og styrke ble testet ved hjelp av Pearsons korrelasjonstest, Kji-kvadratetest og to-sidig T-test. Signifikansnivå er satt til $p<0,05$.

I samsvar med krav til analyse av kvalitative data (29) ble åpne svar først lest av begge forfatterne separat for å kunne danne seg et helhetsinntrykk av svarene og identifisere gjennomgående tema. I neste omgang ble gjennomgående tema sammenlignet slik at begge forskere kunne enes om en felles tolkning. Åpent svar er kategorisert etter tema og presenteres deskriptivt. Hensikten med å kombinere åpne og lukkede spørsmål er å sikre bredde og troverdighet av funnene. En kombinert tilnærming er godt egnet til å gi variert kunnskap om et emne (28).

Forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Institusjonen der studentene ble uteksaminerte har gitt tillatelse til å bruke informantenes epostadresser for å oppnå kontakt. Undersøkelsen var elektronisk og samtykket til å delta ble gitt ved å svare på det tilsendte spørreskjemaet. Svarene er anonymiserte, og informantene kan ikke gjenkjennes. Det er ingen interessekonflikter forbundet med innholdet i artikkelen.

Funn

Informantene var i alderen 22-51 år (gj.sn. og median =27), og 129 (36%) av de inviterte svarte. Flertallet (85%) var kvinner, og ansatt i sykehus (66%). Noen var uten ansettelsesforhold (2%), og stillingsbrøken varierte fra 15-100% (gj.sn: 82%, SD=18,8) (Tabell 1).

Tabell 1. her

Egenvurdert kompetanse for testede hovedområder og tilhørende enkeltvariabler varierte (Tabell 2). Kommunikasjon/ samhandling fikk høyest gjennomsnittskår av de fem hovedområdene. Generell kommunikasjon fikk høyest skår blant enkeltvariablene, og tiltak ved brå endringer i pasientens tilstand lavest skår. Det var størst variasjonsbredde i bruk av behandlingsplaner, der mer enn en femtedel vurderte slik kompetansen som under middels eller mangelfull (Tabell 2).

Tabell 2. her

Det var positiv sammenheng mellom evne til å fatte selvstendige beslutninger og de fleste andre kompetanseområdene, høyest for kunnskaper om sykdom ($r=.53$, $p<.001$) og medikamenthåndtering/

farmakologi ($r=.52$, $p=.001$). Det var også positive sammenheng mellom mot til å gi uttrykk for egne meninger og flere andre variabler, høyest for tverrfaglig samarbeid ($r=.81$, $p=.001$), sykepleie som fag og vitenskap ($r=.67$, $p<.001$) og evne til å fatte selvstendige beslutninger ($r=.62$, $p<.001$).

Informanter som arbeidet i sykehus, var signifikant yngre enn de som arbeidet andre steder ($p=.02$). Det var videre en positiv sammenheng mellom alder og egenvurdert kompetanse der yngre vurderte ferdigheter rettet mot grunnleggende behov ($r=-.24$, $p=.01$) og sykdom og behandling ($r=-.18$, $p=.05$) som signifikant høyere enn de som var eldre. Kvinner vurderte egen kompetanse signifikant høyere enn menn på områdene praktiske ferdigheter ($p=.007$), vurdering av endringer i grunnleggende behov ($p=.009$), evne til å prioritere ($p=.04$), evne til å holde oversikt over eget arbeid ($p=.01$) og oversikt over en gruppe pasienter ($p=.03$). Arbeidssted påvirket i en viss grad egenvurdert kompetanse, der sykepleiere i sykehus vurderte evnen til å vurdere endringer knyttet til behandling høyere enn øvrige informanter ($p=.02$).

Redselen for faglig utilstrekkelighet og stor arbeidsbelastning preget den første tiden som nyutdannet (Tabell 3). Flertallet (90%) fikk ansvar for flere pasienter umiddelbart eller innen en måned etter ansettelse. Åpne svar viser at mange startet å arbeide under ferieavvikling og derfor hadde få erfaringer å rådføre seg med. Kun 22% svarte at utdanningen i stor eller meget stor grad hadde forberedt dem for ansvaret som sykepleier.

Tabell 3. her

Det var positiv sammenheng mellom vurdert nytte av utdanningen og egenvurdert kompetanse, høyest for kunnskaper om sykdommer i avdelingen ($r=.54$, $p<.001$), evnen til å vurdere endringer knyttet til behandling ($r=.28$, $p=.001$), evne til å prioritere ($r=.28$, $p=.001$), undervisning/veiledning ($r=.28$, $p=.001$) og tverrfaglig samarbeid ($r=.15$, $p=.002$). De som arbeidet i sykehus, vurderte nytten av det de hadde lært i utdanningen lavere sammenlignet med de som arbeidet andre steder ($p=.01$). På et åpent spørsmål om hva de savnet i utdanningen ble prosedyrer og praktiske ferdigheter oftest nevnt (Tabell 4).

Tabell 4. her

Diskusjon

Studiens hensikt er å kartlegge hvordan nyutdannede sykepleiere vurderer sin kompetanse og i hvilken grad de vurderer at utdanningen kvalifiserer for yrkesrollen.

Egenvurdert kompetanse ved endt utdanning

Egenvurdert kompetanse ble gjennomgående vurdert som middels til god, og skåret i snitt høyere sammenlignet med den første kartleggingen (16). Funnene er derfor på linje med nyere studier viser at nyutdannede vurderer sin kompetanse høyt (26,30,31). Studien bekrefter dessuten en tendens til at de som vurderer egen kompetanse høyt foretrekker å arbeide i sykehus (25). En generell tendens til høy egenvurdert

kompetanse er imidlertid ikke nødvendigvis et uttrykk for høyere sluttkompetanse og økt utdanningskvalitet. Det kan skyldes at studenter i dag har mer øvelse i å vurdere egen kompetanse, eller at nyutdannede har urealistiske forventninger til yrkesrollen. Det siste støttes av studier som viser at nyutdannede har urealistiske forventninger til egen evne til å utøve sykepleie i samsvar med beste praksis (22) og at avgangsstudenter vurderte alle områder av sin kompetanse som betydelig høyere enn det deres praksisveiledere og erfarne sykepleiere gjorde (30,31). Høy egenvurdering blant de yngste kan ha sammenheng med nærhet til videregående utdanning, oppdatert studiekompetanse og høyere inntakspoeng. Men det kan også handle om generasjonsrelaterte holdninger til egenvurdering. En finsk studie begrunner høy faglig selvtillit (empowerment) blant de yngste informantene med mangel på erfaring, lavere terskel for å søke kunnskap og erkjenne egne mangler, samt høyere tiltro til egen kompetanse (26). Høy egenvurdering blant kvinner kan derimot ha en sammenheng med at utdanningen vektlegger kompetanse («soft generic skills») som ofte faller mer naturlig for kvinner (8,9). Men det kan også være at det er en overvekt av kvinnelige rollemodeller i praksisstudiene, og at dette understøtter rolleidentifisering og overføring av kompetanse. Årsaker til alders- og kjønnsrelatert egenvurdert kompetanse er derfor sammensatt.

I samsvar med andre studier (12,16,19,24,30,31) viser funnene spredning i egenvurdert kompetanse (Tabell 2). Dette antyder at enkelte av utdanningsplanenes emner er lite vektlagt, eller at kvaliteten og opplevd nytte av læringsinnholdet varierer. Positiv samvariasjon mellom kunnskaper, ferdigheter og vurderingsevne for grunnleggende sykepleie og medisinskfaglig kompetanse antyder imidlertid at informantene vurderer emnene samlet. Dette er på linje med forskning viser at sykepleiere ikke skiller mellom teori og praksis, men vektlegger kompetanse som er overførbar til kliniske situasjoner (32-34). Samvariasjon mellom ulike dimensjoner av samme emne og kompetanseområde støtter dessuten påstander om et gjensidig avhengighetsforhold mellom ulike aspekter av profesjonell kompetanse der kunnskaper og ferdigheter hører sammen, og der teoretisk kunnskap er en forutsetning for og må anerkjennes som en viktig del av den profesjonelle kompetanse (33). Når sluttkompetanse kartlegges er det derfor viktig å vurdere balansen mellom teori og praksis i utdanningen og hvordan informantene vurderer nytten av det de har lært. Egenvurdert målt kompetanse bør imidlertid ikke vurderes isolert, men ses i sammenheng med utfordringer den første tiden som nyutdannet og hvordan nyutdannede vurderer at utdanningen kvalifiserer for arbeidet som sykepleiere.

Sykepleiefaglig kompetanse

Alle dimensjoner av kompetanse rettet mot grunnleggende behov, etisk kunnskap og generell kommunikasjon vurderes som gode til meget gode (Tabell 2). Kunnskap om psykiske behov får laveset skår og samsvarer med åpne svar der flere ønsker mer kunnskap om rus og psykiatri. Andre studier viser også høy egenvurdert kompetanse for «helping role» (19,30) og verdibasert sykepleie (12,19,24,30,31). Det er

vanskelig å sammenligne kompetanse som defineres forskjellig (7,15). Årsaker til høy egenvurdering av generell grunnleggende kompetanse kan skyldes flere forhold, og kan blant annet handle om at slik kompetanse er situasjonsavhengig og vanskelig å måle. Et tolket samsvar mellom vår og andre studier antyder likevel at bachelorgraden langt på vei etterlever kompetansekrav rettet mot grunnleggende behov og verdibasert samhandling. Antagelsen underbygges av en oversiktsartikkel som viser at sykepleiefaglig kompetanse i et globalt perspektiv i dag domineres av et helhetlig syn på faget, generelle ferdigheter og personlige egenskaper (35). Den første undersøkelsen (16) viser dessuten at generell sykepleiefaglig kompetanse inkludert etikk og samhandling har vært en sentral del av faget over tid.

Andre studier viser et nivåskille der «helping role» skårer høyere enn «terapeutisk intervensjon» (12,19,24,30). Studiens åpne og lukkede svar er her ikke direkte sammenlignbare, men begge antyder at informantene skiller mellom grunnleggende behov, verdibasert samhandling og andre faglige tema. Motsetninger kan være farget av hvordan utdanningen definerer sykepleiefaglig kompetanse, men kan også handle om hvordan utdanningen vektlegger og formidler de ulike emnene. I den lokale undervisningsplanen har klinisk sykepleiefaglig kompetanse kun studiepoeng i praksisstudiene. Dette gir føring for at slik kompetanse læres gjennom ferdighetsutvikling. Vi har ikke funnet kunnskap om hvordan andre studiesteder og land fordeler emnene mellom teori og praksis, men finner det utfordrende når klinisk sykepleie ikke har studiepoeng i teoristudiene. Studiens funn peker på et generelt behov for mer kunnskap om teoretiske studier i utdanningen og et behov for å utforske hvordan sykepleiefaget defineres, formidles og læres.

Medisinskfaglig sykepleiekompetanse

Naturvitenskaplig og medisinskfaglig kompetanse har alle sine studiepoeng i teoristudiene i den lokale undervisningsplanen, men vurderes stort sett som middels (Tabell 2). Vekt på teoretisk kunnskap ser derfor ikke ut til å ha umiddelbar positiv effekt på egenvurdert kompetanse. Lave skår kan derfor være uttrykk for hvordan slik kunnskap er tilrettelagt og integrert i utdanningen. Tilsvarende lavere skår for medisinskfaglig kompetanse sammenlignet med generell sykepleie og samhandlingskompetanse i tidligere studier (16,17,21,30-32) antyder dessuten at utdanningen ikke er vesentlig styrket på dette området. Statistisk sammenheng mellom medisinskfaglig kompetanse og vurdert nytte av utdanningen viser at slik kompetanse vurderes som viktig. En klar sammenheng mellom evne til å fatte selvstendige beslutninger og medisinskfaglige kompetanse antyder også at slik kunnskap er vesentlig for faglig selvstendighet. Andre studier viser imidlertid at selv om sykepleiestudenter verdsetter og vurderer naturvitenskaplig og medisinskfaglig kunnskap som viktig (31,36), kan det være utfordrende å tilegne seg slik kunnskap (36). Det siste bekreftes ved høy strykprosent, stor resultatvariasjon og svake resultat ved Nasjonale prøver i anatomi-fysiologi og mikrobiologi (37). Stor resultatvariasjon antyder at studiestedenes pedagogiske tilnærming varierte og påvirket resultatene. Kunnskap om hvordan naturvitenskaplig kunnskap kan styrkes er imidlertid

begrenset (36), men kan handle om hvordan slik kunnskap er tilrettelagt og etterspurt (32), eller at det sykepleiefaglige fokuset og kravet til anvendelse av kunnskapen ikke er tydelig.

Administrativ, veiledende og fagutviklende kompetanse

Evne til å delegere vurderes som middels og lavest av administrative ferdigheter. Andre studier viser parallelt med våre funn lavere egenvurdering for administrative ferdigheter (12,16,18,19,24), undervisende og veiledende kompetanse (12,24, 30,31) og lovgivning/kvalitetsutvikling (12,19,24,30) sammenlignet med grunnleggende sykepleiefaglig kompetanse. Årsaken til gjennomgående lavere egenvurdert kompetanse for veiledende og administrativ kompetanse kan skyldes at slik kompetanse både er teoretisk og erfaringsbasert, og at det tar tid å utvikle sammensatt kompetanse. Men det kan også skyldes at emnene ikke er tilstrekkelig vektlagt og integrert i utdanningen. Funnene viser at komplekse og sammensatte ferdigheter ikke er ferdig utviklet ved endt utdanning, og at arbeidsgivere har et særskilt ansvar for å videreutvikle slik kompetanse for å sikre kvalitet i tjenester.

Andre studier viser, i samsvar med våre funn forholdsvis lave skår for lovgivning, pasientsikkerhet/kvalitetsutvikling (12,24). Rutiner ved legevisitten og tverrfaglig kompetanse vurderes som middels (Tabell 2). Vi har funnet lite sammenlignbar kunnskap om rutiner ved legevisitten. Andre studier viser imidlertid at kliniske veiledere ofte opptrer som mellommenn i tverrfaglig samarbeid med leger og at studenter derfor får lite øvelse og lite tilbakemelding på eget arbeid (17,23). Statistisk sammenheng mellom selvstendig beslutningsevne, mot til å gi uttrykk for egne meninger og ferdigheter i tverrfaglig samarbeid understøtter imidlertid betydningen av fagteoretisk kunnskap for økt tillit til egen kompetanse.

Sykepleie som fag og vitenskap inkludert kunnskapsbasert praksis er vektlagt både i ny forskrift og i utdanningsplanene som nå fases ut, men vurderes som middels. Signifikant positiv sammenheng mellom sykepleie som fag og vitenskap og evnen til å fatte selvstendige beslutninger og mot til å gi uttrykk for egne meninger viser at forskningsbasert kunnskap vurderes som vesentlig for faglig selvtilit. Sykepleiere må gjøre mange vurderinger og prioriteringer i løpet av en arbeidsdag (17), og faglig trygghet er vesentlig for å lykkes som profesjonell sykepleier i dagens komplekse helsevesen (22). Sykepleie som fag og vitenskap er vektlagt både i gjeldende og ny forskrift, men studiepoengfordelingen i den lokale undervisningsplanene antyder at slik kompetanse er teoretisk. Andre studier viser tilsvarende at selv om sykepleiere og avgangstudenter vurderer forskning som viktig (19,34), hadde det sjelden vært anledning til å lese og forstå slik kunnskap i utdanningen (34). Funnene viser at det fortsatt er en vei å gå for å styrke det forskningsbaserte læringstilbudet i utdanningen. Funnene viser dessuten at forskningsbasert kompetanse i større grad bør integreres i praksisstudiene og anerkjennes som en vesentlig del av det faglige grunnlaget. Behovet understøttes av lav egenvurdert kompetanse for slik kompetanse i andre studier (24,31).

Nyutdannedes vurdering av hvordan utdanningen kvalifiserer for yrkesrollen

Opplevelsen av sammenheng mellom teori og praksis handler om at innholdet i utdanningen er forståelig og gir mening slik at studentene får tiltro til at det som formidles er nyttig for å mestre kravene som stilles i det yrkesfeltet utdanningen retter seg mot (33). Når flere svarer at etikk er for mye vektlagt er ikke dette nødvendigvis uttrykk for at nyutdannede ikke vurderer slik kunnskap som nyttig. Det kan like gjerne være at de vurderer at etikk fortrenger innhold de har mer bruk for. Åpne svar viser at flere savner en mer «praksisnær» utdanning med vekt på «det sykepleiere gjør» og «hva det vil si å være sykepleier». Funnene speiler studier som viser at nyutdannede er lite forberedt på ansvar som sykepleier (16-18,23). Det er derfor svært uheldig når nyutdannede umiddelbart etter endt utdanning blir satt til et ansvar de ikke føler at de har tilstrekkelig kompetanse for slik studiens funn viser.

Åpne svar viser at informantene savnet mer bruk av case, simulering og ferdighetsøvelse, mer naturvitenskapelig kunnskap og dybde i faglige tema. Dette kan forklare hvorfor prosedyreferdigheter og medisinskfaglig klinisk vurderingsevne vurderes som middels. En skotsk studie viser at ferdighetsøvelser i utdanningen i hovedsak var viet pasientenes grunnleggende behov (38). Funnene er overførbart til norsk utdanning og kan forklare høyere skår for ferdigheter rettet mot grunnleggende behov sammenlignet med skårene for prosedyrer og medisinskfaglige ferdigheter inkludert medikamenthåndtering. Simulering og case tillater utprøving av egen kompetanse under trygge kontrollerte rammer uten fare for å påføre pasienter skade, og styrker evnen til å lære av egne feil gjennom refleksjon i etterkant (23). Forholdsvis lave skår for prosedyrer og klinisk vurderingsevne samsvarer med funn fra andre studier (12,19,24,29) og kan derfor skyldes at ferdighetslæring i skolens øvingslokaler ikke har tilstrekkelig bredden og pedagogisk kvalitet. Men det kan også handle om at læring i praksis ikke hadde tilstrekkelig kvalitet.

I åpne svar beskriver informantene læring i praksis som tilfeldig avhengig av tildelt studiested og veileder, og flere etterlyste økt styring og kvalitet. Misnøye med læring begrunnes med lite læreroppfølgning, mangel på egnede praksisplasser og lite tilbakemelding fra kliniske veiledere. Det siste kan handle om at mangel på tid, yrkeserfaring og veiledningskompetanse blant kliniske veiledere fører til fokus på kontroll fremfor veiledning, men det kan også skyldes at studiestedet ikke er tilstrekkelig involvert i læring i praksisstudiene. Redsel for utilstrekkelighet og stor arbeidsbelastning som nyutdannet kan derfor også skyldes lite øvelse i å vurdere sammensatte situasjoner, og lite tilbakemelding og øvelse i refleksjon underveis i utdanningen.

Målet for bachelorgraden er å utdanne yrkesutøver med en reflekterende holdning (3). Refleksjon styrker sammenhengen mellom teoretisk og praktisk læring, og øker bevisstheten om egen fagutvikling (39). Studien har ikke utforsket reflekterende ferdigheter. Signifikant sammenheng mellom teoretisk kunnskap og

evnen til å vurdere endringer i pasientens tilstand, og mellom evne til å fatte selvstendige beslutninger og mot til å gi uttrykk for egne meninger antyder at kunnskaper og kognitive ferdigheter er vesentlig for faglig selvtillit. Andre studier understøtter resultatene ved at det er funnet sammenheng mellom egenvurdert kompetanse, evne til kritisk tenkning og følelsen av å være kompetent (17,19,26). Læringsformer som utvikler intellektuelle og kognitive ferdigheter er likevel lite vektlagt i utdanningen (9,14), og bachelorstudenter reflekterer sjelden over egen læring (39). Funnene antyder at læringsformer som utvikler kognitive ferdigheter og en bevisst holdning til egen fagpraksis bør få en betydelig større plass i utdanningen. Utdanningen har ansvar for å tilrettelegge for realistiske læresituasjoner som forbereder studenter for overgangen til yrkesrollens ansvar (23). Når halvparten av bachelorutdanningen er obligatorisk veiledet praksis understreker funnene et uttalt behov for styrking av praksisstudiene og rammene for klinisk veiledning. Det er derfor positivt at ny forskrift vektlegger at utdanning og praksisfelt har et felles ansvar for styrking av utdanningen.

Teoristudiene utgjør åtte til ti uker i semesteret og skal dekke et omfattende læringsinnhold i flere emner. Det er derfor ikke uventet at enkelte kompetanseområder skåret lavt. Når omfanget av fellesfaglig og generelt innholdet nå skal styrkes slik det er fremgått av ny Forskrift for utdanningen (4) uten at utdanningens teoristudier utvides tilsvarende vil dette kunne føre til en ytterligere svekking av teoretisk kunnskap om sykepleiefaglige fenomen som smerte/kvalme, sår/stomi, dren, håp/sorg og angst. Overgangen mellom fagspesifikk og generell kompetansen er glidende (8), men studiens funn viser at redselen for at økt vekt på generell kompetanse fører til en devaluering og usynliggjøring av den fagspesifikke kunnskapen kan være berettiget. Det er derfor viktig å vurdere hvordan økt omfang av overførbar kompetanse og innføring av flere nye emner kan integreres i bachelorgraden uten at det går på bekostning av behovet for å styrke kunnskapen om fagspesifikk klinisk oppgaver og sykepleierens sammensatte ansvarsområder.

Utdanningens mål er ikke å uteksaminere fullverdige yrkesutøvere, men å forberede for livslang læring. Erfart mangel på faglig kompetanse som nyutdannet er derfor forståelig (38). Sykepleierutdanningen stiller likevel i særklasse med 50% praksisstudier. Dette kan forklare forventninger om bred handlingskompetanse ved endt utdanning. Studien illustrerer en slik forventning fra praksisfeltet når nesten alle fikk selvstendig ansvar etter svært kort tid. Andre studier viser også at den første tiden som nyutdannet preges av redsel for å gjøre feil, stor arbeidsbelastning og tids- og forventningspress knyttet til prioritering, delegering og beslutning (20-23). En tidligere norsk studie viser at det tok cirka 11 måneder å få oversikt over arbeidet som sykepleier, tre år å oppnå handlingskompetanse i ledelse, mens kompetanse i veiledning og forskning ikke var nevneverdig utviklet selv fem år etter endt utdanning (18). Dette illustrerer at sykepleiefaglig kompetanse er kompleks, og at nyutdannede har behov for hjelp og støtte til å videreutvikle sin kompetanse etter endt utdanning.

Egenvurdert kompetanse måles i forhold til krav som stilles i den gitte kontekst (23). Det er derfor sannsynlig at informantene vurderte sin kompetanse og nytten av det de hadde lært i utdanningen mot det de skulle gjøre som sykepleiere. Når de som arbeidet i kommunale helsetjenester rapporterte størst nytte av det de hadde lært kan dette skyldes at grunnleggende sykepleie og samhandlingskompetanse er mest nyttig for arbeid i kommunale tjenester. Flertallet av nyutdannede sykepleiere arbeider imidlertid i sykehus (40), og de som arbeidet der rapporterte mindre nytte av det de hadde lært. Utdanningen bør derfor også vektlegge kompetanse som forbereder for sykepleie i sykehus. Kort liggetid i sykehus, økt andel av eldre med sammensatte lidelser og mer komplekse behandlingsformer i kommunale tjenester gjør dessuten at medisinskfaglig kompetanse i økende grad også er viktig for å opprettholde faglig forsvarlighet i andre felt av faget. Studiens funn peker på et generelt behov for mer kunnskap om nyutdannede sykepleieres kompetanse ved endt utdanning for å sikre at utdanningens formål nås. Dette kan også gi arbeidsgiverne realistisk kunnskap om kompetansen ved endt utdanning. Funnene bekrefter også et behov for mer kunnskap om kvalifikasjonskrav i ulike områder av fagfeltet slik at overgangen til yrkesrollen blir mindre belastende.

Metodekritikk

Kun et utdanningssted er representert, utvalget begrenset (n=129) og svarprosenten er lav (36%). Det ble gjennomført purrerunder for å sikre økt deltagelse. Lav svarprosent kan skyldes at det samtidig ble gjennomført en tilsvarende undersøkelse mot samme informantgruppe, og at spørreskjemaet er omfattende (svartid: gj.sn.15 min.). Lav svarprosent er imidlertid ikke uvanlig ved elektroniske undersøkelser (28), men utvalget og den lave svarprosenten skaper usikkerhet om resultatenes gyldighet og overføringsverdi.

Flertallet av nyutdannede sykepleiere ønsker å arbeide i sykehus (40), og flertallet i denne undersøkelsen arbeider der. Dette kan ha påvirket hvordan informantene vurderte sin kompetanse. At noen hadde tidligere arbeidserfaring fra samme avdeling før denne ansettelsen kan også ha påvirket egenvurdert kompetanse.

Spørreundersøkelser er anonyme og anonyme undersøkelser kan føre til overvurdering av egen kompetanse (7). Anonyme undersøkelser tillater dessuten subjektiv ufiltrert vurdering, og metoden er derfor ikke tilstrekkelig objektiv (26). Retrograd vurdering kan også ha ført til glemsel, endret perspektiv og skjevtolkning (28). Funnene må derfor vurderes med forsiktighet.

Bruk av egenvurdert fagkompetanse for å måle kompetanse har likevel vist seg å være tilfredsstillende til tross for sine metodiske begrensninger (7). Cronbach's alpha-test viser tilfredsstillende reliabilitet for alle hovedområder av egenvurdert kompetanse (Tabell 2), og andre studier viser sammenlignbar tendens på de

fleste egenvurderte kompetanseområder. Dette styrker funnernes troverdighet. Studiens funn vurderes derfor som relevante med de begrensninger som er beskrevet.

Konklusjon

Funnene bekrefter et behov for mer kunnskap om kompetanse ved endt utdanning for å sikre at utdanningsmålene nås og at fremtidige arbeidsgivere har realistisk kunnskap om nyutdannede sykepleieres kompetanse.

I et helsevesen preget av kompleksitet, omstilling og samarbeid er sikker kunnskap og evne til selvstendig vurdering vesentlig for faglig trygghet. Studiens informanter vurderte at kompetanse rettet mot grunnleggende behov og generell samhandlingskompetanse var god eller meget god, men at medisinskfaglig kompetanse, veiledende, fagutviklende og administrative kompetanse var mindre utviklet. Mange var lite forberedt på yrkesrollens sammensatte ansvar, og nytten av det de hadde lært var mindre enn forventet, spesielt blant de som arbeidet i sykehus.

Funnene antyder at bachelorutdanningen bør ha mer fokus på klinisk sykepleiefaglig kompetanse og læringsformer som styrker teoretisk kunnskap og evnen til selvstendig vurdering av pasientens tilstand, situasjon og behov for sykepleie. Forholdet mellom kunnskaper og ferdigheter, teori og praksis, og utdanningens ulike emner bør balanseres bedre. Ny forskrift vektlegger fellesfaglig og overførbar kompetanse. Det er uklart om dette vil føre til styrking av utdanningen, eller en ytterligere svekking av kompetanse rettet mot sykepleie til pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilder. Økt kunnskap om kompetanse ved endt utdanning kan gi råd om prioriteringer av ulike kunnskapsområder og på den måten lette overgangen til yrkesrollen og bidra til økt kvalitet i helsetjenester.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Aktivitetsdata for somatisk helsetjeneste 2018. 2019, mars. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-somatisk-spesialisthelsetjeneste>
2. Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. 2019, juni. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
3. Kunnskapsdepartementet. Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanningen. 2008. Tilgjengelig på: <http://docplayer.me/144143-Rammeplan-for-sykepleierutdanning.html>
4. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. 2019. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5af90a9044c74d568d7de5c1d7f554eb/forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-sykepleierutdanning.pdf>
5. Kunnskapsdepartementet. Forskrift for felles rammeplan for helse- og Sosialfagutdanninger. 2017. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
6. European Commission. Directive 55/EU. On the recognition of professional qualification and Regulation (EU). 2013. Tilgjengelig på: <http://eurlex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj>
7. Caspersen J, Smeby JC, Aamodt PO. Measuring learning outcomes. Eur J Educ. 2017; 52:20–30. DOI: <https://doi.org/10.1111/ejed.12205>
8. Karlsen H. Klare for arbeidslivet? En metodisk drøfting av utfordringer for måling av læringsutbytter i høyere utdanning. 2011; NIFU-rapport nr. 42.
9. Windsor C, Douglas C, Harvey T. Nursing and competencies – a natural fit: the politics of skill/competency formation in nursing. Nursing Inquiry. 2012;19(2):213-222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1011/j.1440-1800.201100549.x>
10. Kajander-Unkuri S, Salminen L, Saarikoski M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Competence areas of nursing students in Europe. Nurse Educ. Today. 2013;(33):625-632. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.017>
11. Råholm MB, Hedegaard BL, Löfmark A, Slettebø A. Nursing education in Denmark, Finland, Norway

and Sweden – from Bachelor’s Degree to PhD. *J Adv Nurs*. 2010;66(9):2126–2137. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x>

12. Nilsson J, Mischo-Kelling M, Thiekoetter A, Deufert D, Mendes AC, Fernandes A, et al. Nurse professional competence (NPC) assessed among newly graduated nurses in higher educational institutions in Europe. *Nord J Nurs Res*. 2019;39(3):159–167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/205715851984532>

13. Palese A, Zabalegul A, Sigurdardottir AK, Bergin M, Dobrowolska B, Gasser C et al. Bologna Process, More or less: Nursing Education in European Economic Area: A discussion Paper. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2014;11(1):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1515/ijenes-2013-0022>

14. Baker C, King N, Snowden M, Ousey K. Study time within pre-registration nurse education, a critical review of the literature. *Nurs. Educ. Pract*. 2016;41:17-23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.019>

15. Caspersen J, Frölich N, Muller J. Higher education learning outcomes – Ambiguity and changes in higher education. *Eur J Educ*. 2017;52:8-19. DOI: <https://doi.org/10.1111/ejed.122058>

16. Bjerkvik LK. Den nyutdannede sykepleier, en beskrivende studie av behovet for faglig kompetanse og tilhørighet. Institutt for sykepleie/ISV. Universitetet i Oslo, 1997. Publikasjonsserie 4/1998, ISV/UiO.

17. Odland LH, Sneltvedt T, Sørli V. Responsible but unprepared: Experiences of newly educated nurses in hospital care. *Nurs. Educ. Pract*. 2014;(14):538-543. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.05.005>

18. Solli H. Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien forskning*. 2009;1(4):52-60. DOI: <https://sykepleien.no/forskning/2009/04>

19. Wangsteen S. Newly graduated nurses’ perception of competence, critical thinking and research utilization. Dissertation, Karlstad University Studies, 2010;24. Tilgjengelig på: <http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:344929/FULLTEXT01.pdf>

20. Craig C, Mascato S, Moyce S. New BSN Nurses’ perspectives on the Transition to Practice in Changing Economic Times. *JONA*. 2012;4(44):202-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.ObO13e31824ccd95>

21. Halpin Y, Terry L.M, Curzio J. A longitudinal, mixed method investigation of newly qualified nurses’ workplace stressors and stress experiences during transition. *Jo of Adv Nurs*. 2017;73(11):2577-2585. DOI: <http://doi.org/10.1011/jan.13344>

22. Higgins G, Spencer RL, Kane R. A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Educ. Today*. 2009;30(6):499-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.017>
23. Ortiz J. New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. *Nurs. Educ. Pract.* 2016;(19):19-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.001>
24. Gardulf A, Florin J, Carlsson M, Leksell J, Lepp M, Lindholm C et al.: The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: A tool that can be used in national and international assessments of nursing education programmes. *Nord J Nurs Res*. 2019;39(3):137-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2057158518824530>
25. Abrahamsen, B. Nurses' choice of clinical field in early years of career. *JAN*. 2015;71(2):304-314. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12512>
26. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Numminen O, Isoaho H, Flinkman M, Meretoja R. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work related factors. *BMC Nursing*. 2016;15-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0143-9>
27. Valeberg, BT, Grønseth R, Fagermoen MS. Spesialsykepleieres opplevelse av kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien Forskning*. 2009;(83):206-213. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0101>
28. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9^{utg}. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
29. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
30. Kajander-Unkuri S, Leino-Kilpi H, Katajisto J, Meretoja R, Saarikoski M, Suhonen R. Congruence between graduating nursing students' self-assessments and mentors' assessments of students' nurse competence. *Collegian*. 2016;(23):303-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.06.002>
31. Lofmark A, Smid B, Wikblad K. Competence of newly-graduated nurses – a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Issues and Innovations in Nursing Education*. 2006:721-728.

32. Alvsvåg H., Førland D. Sykepleierutdanningen i lys av nyutdannedes yrkserfaring. *Nordic Journal of Nursing Sciences & Clinical Studies/Vård i Norden*. 2006;(3):24-38.
33. Haltlevik IKR. Meningsfulle sammenhenger. En studie av sammenhenger mellom ulike arenaer og utvikling av ulike aspekt av profesjonell kompetanse i sykepleier-, lærer- og sosialarbeiderutdanningene. HiOA. 2014. Doktorgradsavhandling. Tilgjengelig på: <http://hdl.handle.net/10642/2397>
34. Vågan A, Erichsen T, Larsen K. Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. *Sykepleien Forskning*. 2014;9(2):170-181. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0087>
35. Liu Y, Aunguroch, Y. Current Literature Review of Registered Nurses' Competency in the Global Community. *Journal of Nursing Scholarship*. 2018;50(2):191-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.1236>
36. Jensen KT, Knutstad U, Fawsett TN. The challenge of the biosciences in nurse education: A literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27:1793-1802. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14358>
37. Norsk organ for kvalitet i utdanningen/NOKUT. Nasjonal deleksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi for sykepleierutdanningene. 2016. Rapport. Tilgjengelig på: https://khrono.no/files/2017/11/15/resultater_nasjonale_deleksamen_anatomi_og_fysiologi_rapportutkast_endelig.pdf
38. Holland K, Roxburgh M, Johnson M, Topping K, Watson R, Lauder W, Porteret M. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:461-469. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03056.x>
39. Bjerkvik LK, Hilli Y. Reflective writing in undergraduate clinical nursing education; A literature review. *Nurs Educ Pract*. 2019;35:32-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.013>
40. Skjøstad O, Hjemås G, Beyrer S. Nyutdanna sykepleiere foretrekker sykehus. Statistisk Sentralbyrå/SSB. 2017. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/nyutdanna-sykepleiere-foretrekker-sykehus>

Tabeller til FORBEREDT FOR YRKESROLLEN?

ID SYGEPLEJ-2020-0011

Tabell 1. Informantenes bakgrunn

		Median	prosent	ja	nei	n
Alder:	fra 22- 51 år	27				129
Kjønn:	kvinne		85%			129
	mann		15%			
Ansatt:	sykehus		66%			129
	kommunalt		23%			
	psykiatri		9%			
	uten ansettelsesforhold		2%			
Ansatt-tid	fra 1 til 12 mnd.	11				127
Stillingsbrøk:	fra 15 til 100%	80 %				127
Fast ansatt				60 %	40 %	127

Tabell 2. Egenvurdert kompetanse ved endt utdanning (N=129)

	Meget gode /Gode	Middels	U. middels/ mangelfulle	Gj.sn. (SD)	Chron- bach's α
	n (%)	n (%)	n (%)		
Kunnskaper:				3.6 (0.7)	0.74
om pasientens grunnleggende					
- fysiologiske behov	107 (83)	21 (16)	1 (1)	4.1 (0.7)	
- psykisk behov	67 (52)	52 (40)	10 (8)	3.5 (0.8)	
- sosiale behov	79 (61)	43 (33)	7 (5)	3.7 (0.8)	
om aktuelle sykdommer i avdelingen	49 (38)	64 (50)	16 (12)	3.3 (0.8)	
om medikamenthåndtering/ farmakologi	50 (39)	55 (43)	24 (19)	3.6 (0.9)	
om etikk	99 (77)	27 (21)	3 (2)	4.0 (0.8)	
om lovgivning og kvalitetsutvikling	45 (35)	58 (45)	26 (22)	3.2 (0.8)	
om sykepleie som fag og vitenskap inkl. KBP*	61 (47)	54 (42)	14 (11)	3.5 (0.9)	
Praktiske ferdigheter:				3.5 (0.7)	0.78
rettet mot grunnleggende behov	110 (85)	17 (13)	2 (2)	4.2 (0.7)	
rettet mot sykdom og behandling	74 (57)	50 (39)	4 (5)	3.6 (0.7)	
ved brå endring; blødning/sjokk/ lungeødem o.l.	22 (28)	64 (50)	37 (29)	2.9 (0.9)	
praktiske prosedyrer	53 (41)	50 (39)	26 (20)	3.3 (1.0)	
Vurdering-/beslutningsevne:				3.5 (0.7)	0.80
ved endringer i grunnleggende behov	87 (67)	40 (31)	2 (2)	3.8 (0.7)	
ved endringer knyttet til med./kir. behandling	52 (40)	55 (43)	22 (17)	3.3 (0.6)	
prioritere; viktige/mindre viktige problem	75 (58)	40 (31)	14 (11)	3.6 (0.9)	
fatte selvstendige beslutninger	47 (36)	62 (48)	20 (16)	3.3 (0.8)	
Kommunikasjon/samhandling:				3.7 (0.7)	0.71
generell kommunikasjon	114 (88)	14 (11)	1 (1)	4.3 (0.7)	
når pasient/pårørende har annen kulturbakgrunn	66 (51)	56 (43)	7 (6)	3.6 (0.8)	
i undervisning og veiledning	65 (50)	55 (43)	9 (7)	3.5 (0.8)	
i tverrfaglig samarbeid	83 (64)	41 (32)	5 (4)	3.8 (0.8)	
mot til å gi uttrykk for egne meninger	60 (47)	48 (37)	21 (16)	3.4 (1.0)	
Administrative ferdigheter:				3.5 (0.8)	0.79
holde oversikt over eget arbeid	102 (79)	22 (17)	5 (4)	4.1 (0.6)	
holde oversikt over flere pasienter	89 (69)	31 (24)	9 (7)	3.8 (0.8)	
delegere oppgaver til andre	44 (34)	51 (40)	34 (26)	3.1 (1.0)	
daglig bruk av behandlingsplaner	56 (43)	46 (36)	27 (21)	3.3 (1.1)	
rutiner ved legevisitt/behandling	72 (56)	40 (31)	17 (13)	3.3 (0.8)	

* Kunnskapsbasert praksis

Tabell 3. utfordringer den første tiden som sykepleier (N=129)

Svarkategorier	I stor/ meget stor grad	I en viss grad	I liten/ svært liten grad	Gj.sn. (SD)
	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Redsel for ikke å strekke til</i>	90 (70)	23 (18)	16 (12)	4.0 (1.2)
<i>Stor arbeidsbelastning</i>	84 (65)	43 (26)	11 (9)	3.9 (1.0)
<i>Usikkerhet i forhold til hvordan andre vurderte meg</i>	61 (47)	43 (33)	25 (19)	3.4 (1.1)
<i>Mangelfull kjennskap til rutiner i avdelingen</i>	61 (49)	44 (34)	24 (17)	3.4 (1.0)
<i>Ledelse av medarbeidere</i>	60 (46)	38 (30)	31 (24)	3.3 (1.0)
<i>Mangelfull kjennskap til kliniske problemstillinger</i>	52 (40)	57 (44)	20 (16)	3.3 (0.9)
<i>Utilstrekkelige praktiske ferdigheter</i>	48 (37)	51 (40)	30 (23)	3.3 (1.0)
<i>Klinisk beslutnings- og vurderingsevne</i>	50 (39)	51 (39)	28 (22)	3.2 (0.9)
<i>Samarbeid med legen</i>	41 (32)	45 (35)	43 (33)	3.0 (1.0)
<i>Mangelfull støtte og oppfølging</i>	37 (19)	36 (28)	56 (43)	3.0 (1.2)

Tabell 4. Respons på åpent spørsmål om hva informantene savnet i utdanningen (N=129)

Svarkategorier:	Antall utsagn
<i>prosedyrer og praktiske ferdigheter</i>	44
<i>anatomi/fysiologi/sykdomslære</i>	40
<i>klinisk blikk/vurdering og beslutning/tiltak</i>	27
<i>farmakologi og medikamenthåndtering</i>	26
<i>at utdanningen var mer praksis-nær</i>	24
<i>ansvar og administrative oppgaver</i>	20
<i>bedre kvalitetssikring av praksissteder og praksisveiledere</i>	19
<i>hvordan håndtere akutsituasjoner/ forverring</i>	16
andre forhold: <i>øvelse/simulering/case, rus/psykiatri, pediatri, sår, hygiene, blodprøver, tettere læreroppfølging, mer tid/bedre rekkefølge hvert emne, forskning/fagutvikling, høyere faglig nivå, om samarbeid, stresshåndtering, kultur, dokumentasjon m.fl.</i>	64
Totalt:	280