

HiO-rapport 2007 nr 12

Kvalifisering av nyutdannede sykepleiere

- en undersøkelse av læringsstrategier og opplæring
i arbeidslivet

Joakim Caspersen

Høgskolen i Oslo
Senter for profesjonsstudier
Juni 2007

© Høgskolen i Oslo
ISBN 978-82-579-4575-6
ISSN 0807-1039

Det må ikke kopieres fra denne bok i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, Interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale medfører erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Det er ikke uvanlig å operere med et skille mellom utdanning og yrkesfelt, der kvalifisering assosieres med utdanning. Skillet er problematisk, dels fordi utdanningen er ramme for kvalifisering både i yrkesfelt og ved høyskole, og dels fordi det mer generelt underkommuniserer yrkesfeltet som kvalifiseringsarena. I flere år har Norsk Sykepleierforbund vist stor interesse for å frambringe ny empirisk kunnskap om kvalifisering til sykepleie. I tidligere rapporter har fokus vært rettet mot kvalifisering i utdanning – nærmere bestemt studier av rekruttering, motivasjon studiestrategier og studentenes erfaringer med sykepleierutdanningen.¹ Denne rapporten studerer kvalifisering i yrkeslivet – nærmere bestemt nyutdannede sykepleieres læringsstrategier og opplæring i arbeidslivet.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), som nedsatte denne referansegruppen:

- Guro Karlsholm, leder NSF-student
- Ida Torunn Bjørk, førsteamanuensis, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag Medisinsk Fakultet, Universitetet i Oslo
- Jarle Grumstad, spesialrådgiver, fagpolitisk avdeling NSF
- Morten Kristoffersen, studentrådgiver NSF
- Tone E. Mekki, førstelektor, Høgskolen i Bergen, Institutt for Sykepleie

Referansegruppen har hatt tre møter. Senter for profesjonsstudier vil gjerne takke for et lærerikt, konstruktivt og faglig utviklende samarbeid. Vi vil også takke seniorrådgiver Vigdis

¹ "Tre rapporter har tidligere blitt skrevet med utgangspunkt i StudData på oppdrag for NSF: "Motivasjon og framtidstro. Bilder av sykepleierstudenten" (Dæhlen 2003); "Sykepleierstudenten - rekruttering, studietilfredshet og studieutbytte" (Abrahamsen og Smeby 2004) og "Fra utdanning til arbeid. Sykepleieres vurdering av utdanningen" (Terum og Vågan 2005).

Berger for korrekturlesning og vitenskaplig assistent Mari Wigum Frøseth for kommentarer til tidligere rapportutkast.

Professor Jens-Christian Smeby har vært prosjektleder, og seniorforsker Per Olaf Aamodt og stipendiat Joakim Caspersen har vært prosjektmedarbeidere. Joakim Caspersen har skrevet rapporten, mens Smeby og Aamodt har bidratt med verdifulle innspill og kommentarer til tidligere utkast av rapporten.

Oslo, 5. juni 2007

Lars Inge Terum

Professor/leder ved SPS

Innhold

Forord.....	3
Innledning	9
Fire grupper – tre dimensjoner	10
Datamaterialet og utvalgets sammensetning	12
Rapportens oppbygging.....	14
Del 1: Forskjeller mellom gruppene	16
Individuell studiestrategi	16
Individuell faglig utvikling.....	17
Arbeidsplassen og opplæring	25
Opplevd sammenheng i opplæring	29
Klare forskjeller i opplæring	30
Del 2: Sykepleieres kunnskapstilegnelse	34
Kunnskapskilder i krevende situasjoner	37
Vurdering av opplæring i jobben.....	38
Generell tilfredshet med arbeidet	40
Læring i arbeidslivet - komplekse sammenhenger	42
Del 3: Opplæring i utdanning og arbeid.....	43
Implikasjoner av funnene	45
Litteraturliste.....	47
Vedlegg.....	50

Figurer og tabeller

Figur 1: Dimensjoner i sammenligningen mellom sykepleiere, allmennlærere, sosialarbeidere og leger	12
Tabell 1: Fordeling av utvalget på grupper, kjønn, besvarte faser i undersøkelsen og uteksamineringsår	13
Tabell 2: Utdanningsgrupper fordelt på alder	14
Figur 1.1: Studiestrategier for gruppene, andeler.....	17
Figur 1.2: "Når du har behov for å utvikle eller fornye dine kunnskaper og ferdigheter, i hvilken grad er det på grunn av:" Gjennomsnitt av skala fra 1 (ikke i det hele tatt)-5 (I svært stor grad).....	18
Figur 1.3: "Når du står overfor krevende oppgaver i ditt daglige arbeid, hvor ofte skaffer du deg informasjon og kunnskap ved å:"	19
Figur 1.4: "Angi omtrent hvor mye tid du bruker ukentlig på å lese:" Gjennomsnitt og median	21
Figur 1.5: "Hvilken betydning vil du si at følgende forhold har for deg i faglig oppdatering og vedlikehold?:" (andel som svarer 4 eller 5 ("stor" og "svært stor betydning")	23
Tabell 1.1: Opplevde krav, opplevd kontroll over eget arbeid og opplevd sosial støtte, skala fra 1 (lav) til 4 (høy), prosentfordeling og gjennomsnitt.....	26
Figur 1.6: "Hva slags opplæring har du fått etter at du begynte i din nåværende jobb? (Flere kryss er mulig)" Andel som har krysset av	28
Figur 1.7: "Hvor ofte har du deltatt på seminarer eller konferanser utenfor arbeidsplassen din de siste 12 månedene?"	29
Figur 1.8: "Hvordan vil du vurdere den opplæringen du har fått i jobben din?" Andel helt enig eller delvis enig (skala fra 1, helt uenig til 5, helt enig).....	30
Figur 2.1: Karaseks modell for opplevelse av arbeidssituasjonen (hentet fra Holm 2007).....	36
Figur 2.2: Sannsynlighet for å bruke ulike kunnskapskilder i arbeidslivet etter studiestrategi, logistisk regresjonsanalyse.....	37
Figur 2.3: Opplevde krav på jobben og vurdering av opplæring, lineær regresjonsanalyse	39
Figur 2.4: Opplevd sosial støtte på jobben og vurdering av opplæring, lineær regresjonsanalyse.....	40
Figur 2.5: Generell tilfredshet (skala fra 1 (svært utilfreds) til 5 (svært tilfreds)) og opplevd motsetning mellom utdanning og arbeidslivsoplæring.....	41
Tabell v1: Variabler i indekser for krav, kontroll og sosial støtte.....	52
Tabell v2: Variabler som inngår i indeks for studiestrategi	52
Tabell v3: Studiestrategier blant gruppene. Andel og gjennomsnitt	53
Tabell v4: Kunnskapskilder og kjønn, alder og studiestrategi for gruppene. Binomisk logistisk regresjon	53

Tabell v5: Studiestrategi og kjønn, krysstabell	53
Tabell v6: Studiestrategi og alder, lineær regresjon.....	54
Tabell v7: Vurdering av opplæring, lineær regresjon	54
Tabell v8: Generell tilfredshet med arbeidet, lineær regresjon	55

Innledning

Det moderne arbeidslivet setter strenge krav til arbeidstageres kunnskap og ferdigheter og evne til utvikling av sin kompetanse. Dette gjelder også for sykepleiere som stadig må forholde seg til nye krevende situasjoner, innføring av nye rutiner og tekniske hjelpemidler og som arbeider under stort tidspress. En treårig utdanning kan ikke forberede for alle situasjoner, og opplæring i arbeidslivet, både av formell og uformell art, er dermed svært viktig for håndtering av utfordringene i arbeidet.

Sykepleie kan i mange henseender sies å være en profesjon som har tatt kontinuerlig kunnskapsutvikling på alvor. Sykepleie ”distinguishes itself by having developed a strong culture for innovation and learning” (Jensen, 2007: 11), og Norsk Sykepleierforbund beskrives som en sterk aktør og pådriver for kunnskapsutviklingen (Karseth & Nerland, 2007). Helsepersonelloven pålegger spesialist- og kommunehelsetjenesten et ansvar for kompetanseutvikling og opplæring i arbeidslivet²(Kirchhoff, 2005), et krav man for eksempel ikke finner i allmennlærerprofesjonen (Caspersen, 2007). Undersøkelser har vist at selv om opplæring og videreutdanning er lovpålagt både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er det store forskjeller (Førland, 2005).

De fleste sykepleierne som inngår i datamaterialet denne rapporten bygger på, arbeider ved store sykehus lokalisert i nærheten av studiestedene. Ved disse har det siden 90 tallet eksistert opplæringsprogrammer i form av ”klinisk stige”. Disse kompetanseprogrammene ble introdusert som et middel til både å tiltrekke og beholde sykepleiere i jobben, og ble oppmuntret av myndighetene for å sikre kvalitet på tilbudet av helsetjenester (Bjørk *et al.*, 2007).

² <http://www.lovdato.no/all/hl-19821119-066.html> (23.05.2007), 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenester i kommunene; <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-061.html> (23.05.2007), 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten

Opplæring kan dermed antas å være en integrert del av arbeidslivet for sykepleierne som omfattes av denne rapporten. Men hvordan oppfattes opplæringen av de nyutdannede sykepleierne, og i hvilken grad deltar sykepleiere i opplæring sammenlignet med andre profesjoner? Dette er spørsmål som blir belyst i denne rapporten. I tillegg til å undersøke hvordan sykepleierne oppfatter den opplæringen de har fått i arbeidslivet, skal forholdet mellom individuelle forskjeller og mer kontekstuelle karakteristika undersøkes: er det individuelle forskjeller som avgjør hva slags betydning opplæring i arbeidslivet spiller, eller er det trekk ved arbeidssituasjonen som er avgjørende?

Fire grupper – tre dimensjoner

Sykepleierne blir i denne rapporten sammenlignet med leger, lærere og en gruppe sammensatt av sosionomer og barnevernspedagoger, referert til som sosialarbeidere. Utvalget av grupper tar for det første utgangspunkt i utdanningslengden: Sykepleierne har i likhet med sosialarbeidere en treårig utdanning, lærerne har en fireårig utdanning, mens legene har en seksårig utdanning. Forskjellene i utdanningslengde kan sees som et uttrykk for at universitets- og høyskoleutdanninger representerer ulike kunnskapskulturer. Medisin har tradisjonelt blitt sett på som en mer akademisk profesjon enn de andre gruppene, og inngår ofte i det som blir referert til som de "gamle profesjonene". Det kan også sies å gå et skille mellom en mer medisinsk-teknisk eller realfaglig kunnskapsbase og en mer humanistisk kunnskapsbase. Sykepleiere befinner seg her et sted i mellom legene på den ene siden, og allmennlærere og sosialarbeidere på den andre, med en blanding av medisinsk-teknisk kunnskap og mer allmenn "menneskebehandlingkunnskap". Legenes konkrete og samtidig eksklusive kunnskapsbase har blitt tatt som begrunnelse for deres høye inntekt og anseelse og deres store frihet i sitt daglige arbeid (Freidson, 1970, 2001).

Arbeidsmessig har disse profesjonene en noe forskjellig organisering, der sykepleie kan beskrives som kollektivt organisert, mens læreryrket er mer individuelt organisert.

Sykepleierne arbeider i fellesskap på avdelingene (selv om de selvsagt har en intern arbeidsdeling), mens lærere til syvende og sist utøver yrket alene i klasserommet³. Legene og sosialarbeiderne kan sies å befinne seg et sted mellom ytterpunktene kollektiv og individuell arbeidsdeling. Arbeidsorganiseringen henger selvsagt sammen med yrkenes natur, i form av arbeidet de utfører. Sykepleiere er en del av en funksjonelt spesialisert organisasjon der også legene stort sett inngår, og der sykepleierne arbeider i grupper på avdelinger. I kommunehelsetjenesten ser det noe annerledes ut, men som tidligere nevnt er det stort sett sykepleiere som arbeider ved sykehus som er representert i materialet som anvendes i denne rapporten. Lærerne befinner seg i relativt flate organisasjonsstrukturer der de har få under seg og få over seg. De har en relativt stor grad av autonomi i å gjennomføre arbeidet, men er relativt styrt i å bestemme hva som skal undervises i og hvilke temaer som skal behandles til hvilken tid. Allmennlærere og sykepleiere er ofte omtalt som motsetninger med tanke på grad av kontroll over arbeidet de utfører. Der sykepleiere er del av en funksjonelt spesialisert arbeidsdeling og arbeider som kollektiv eller grupper på en avdeling er lærernes arbeid i den ytterste konsekvens unndratt fra kontroll (Abbott, 1988). Dette kan relateres til den individuelle autonomi gruppene har i utøvelsen av arbeidet, der den kollektive organisering i sykepleie gjør at de hele tiden deltar i et fellesskap og dermed blir mer kontrollert i sitt arbeid, mens lærernes autonomi handler om at de til syvende og sist er overlatt til seg selv i klasserommet. Dette innebærer en stor grad av individuell autonomi for lærerne, og mindre individuell autonomi i arbeidet for sykepleierne.

³ Lortie har beskrevet arbeidet som lærer med en sammenligning med Robinson Crusoe, strandet på en øde øy (klasserommet), overlatt til 30 mer eller mindre vennligsinnede innfødte (elever). (Lortie, 1975/2002)

Figur 1: Dimensjoner i sammenligningen mellom sykepleiere, allmennlærere, sosialarbeidere og leger

	<i>Sykepleier</i>	<i>Sosialarbeider</i>	<i>Allmennlærer</i>	<i>Lege</i>
<i>Kunnskap</i>	<i>Spesifikk/allmenn</i>	<i>allmenn</i>	<i>allmenn</i>	<i>spesifikk</i>
<i>Kollektiv-individuell arbeidsorganisering</i>	<i>kollektiv</i>	<i>kollektiv</i>	<i>individuell</i>	<i>individuell</i>
<i>Individuell autonomi</i>	<i>lav</i>	<i>lav</i>	<i>høy</i>	<i>høy</i>

Figur 1 viser til forskjeller mellom gruppene langs de tre dimensjonene som har vært trukket frem: kunnskapsbase, arbeidsorganisering og kontroll over eget arbeid (individuell autonomi). Dimensjonene må selvsagt forstås som idealtypiske, og ikke absolutte, og sykepleierne skiller seg på forskjellig vis fra de andre gruppene. Den første dimensjonen er kunnskap og kunnskapstype, der legene er gruppen som skiller seg klarest fra de andre gruppene. Den andre er kollektiv versus individuell arbeidsorganisering der sykepleierne og til dels sosialarbeiderne skiller seg fra de andre gruppene gjennom den kollektive arbeidsformen som foregår på avdelingene. Legene og allmennlærerne er på motsatt ende av den aksene, der spesielt lærerne står svært fritt, eller alene, i sitt arbeid. Dette kan også beskrives som at de har en stor grad av individuell autonomi, mens sykepleierne kan forventes å ha mindre grad av individuell autonomi. Dette utgjør den siste dimensjonen i modellen.

Ved å sammenligne opplæringen sykepleierne får i arbeidslivet med opplæringen leger, allmennlærere og sosialarbeidere får, og ved å trekke diskusjonen langs de tre nevnte dimensjonene er målsettingen å belyse forskjellige aspekter som kan være sentrale for profesjonskvalifisering i sykepleie.

Datamaterialet og utvalgets sammensetning

Analysene er basert på StudData, som er en longitudinell database for studier av rekruttering og kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse. Profesjonsutøvere fra totalt tyve profesjonsutdanninger fra elleve forskjellige høgskoler er representert i materialet. Respondentene har ved hjelp av spørreskjema svart på spørsmål om motivasjon for valg av

yrke, vurdering av studier, oppfatning av praksiselementer i studiet, forholdet til medstudenter, forholdet til høyskolelærerne og opplevelse av forskjellige aspekter ved arbeidslivet når de er ferdige med studiene. De har fylt ut skjema første år i studiene, siste året i studiene, etter tre år i arbeidslivet og vil også bli fulgt opp etter fem år i arbeidslivet. I denne rapporten er det sykepleiere, lærere, leger og sosialarbeidere som har vært tre år i arbeidslivet som er presentert, men data fra siste året av studiene blir også brukt i analysene i del to av rapporten. Undersøkelsen kommer fra to forskjellige panel (kull), StudData 2 som ble uteksaminert våren 2001 og StudData 1 som ble uteksaminert våren 2003. Disse har da blitt fulgt opp i arbeidslivet våren 2004 og våren 2006.

Tabell 1: Fordeling av utvalget på grupper, kjønn, besvarte faser i undersøkelsen og uteksamineringsår

	Kvinne (prosent)	Mann (prosent)	Total	Besvart kun siste år i studiet (2001/2003)	Besvart kun tre år ut i arbeidslivet (2001/2003)	Både siste år i studiet og tre år ut i arbeidslivet (2001/2003)
Sykepleier	90,6	9,4	958 (28,6 %)	255/152	89/61	229/172
Lege	55,4	44,6	689 (20,6 %)	110/40	259/57	125/98
Allmennlærer	72,8	27,2	1046 (31,2 %)	270/228	92/42	222/192
Sosialarbeider	88,3	11,7	656 (19,6 %)	199/58	37/34	234/94
Total	77,4	22,6	3349 (100 %)	834/478	477/194	810/556

I del 1 av rapporten er det respondenter fra StudData 2 som er tatt med i analysene, mens del 2 av rapporten inneholder analyser kun av sykepleiere og det benyttes respondenter fra StudData 1 og 2. Data fra to panel benyttes fordi en forutsetning for å gjennomføre multivariate analyser er at antallet respondenter ikke er for lavt, noe det hadde blitt med kun ett panel.

I tabell 1 er det presentert antall respondenter i hver gruppe etter kjønn og hvor stor andel hver gruppe utgjør av det totale utvalget. Tabellen viser også hvor mange som har deltatt i undersøkelsen siste år i studiet, tre år ut i arbeidslivet og både siste år i studiet og tre år etter. Sykepleierne er den gruppen med størst kvinneandel, omtrent 90 %, og sosialarbeiderne har omtrent samme fordelingen. Allmennlærerne består av omtrent 70 % kvinner, mens legene er omtrent jevnt fordelt mellom menn og kvinner, med en liten overvekt av kvinner. Sykepleierne og lærerne er de største gruppene i utvalget og utgjør hver omtrent en tredjedel. Sosialarbeiderne og legene utgjør hver omtrent en sjettedel av utvalget. Det høye antallet leger som har besvart undersøkelsen etter tre år i arbeidslivet, og som var uteksaminert i 2001,

skyldes at legene som har studert i utlandet ble innlemmet i undersøkelsen på dette tidspunktet.

Tabell 2: Utdanningsgrupper fordelt på alder

	21-25 år	26-30 år	31 år ->	Total	Median alder	Min - maks
Sykepleier	172	135	81	388	26	21-55
	44 %	35 %	21 %	100		
Lege	29	142	24	195	28	24--44
	15 %	73 %	12 %	100		
Allmennlærer	294	106	61	461	24	21-55
	64 %	23 %	13 %	100		
Sosialarbeider	88	58	41	187	26	22-53
	47 %	31 %	22 %	100		
Total	583	441	207	1231	26	21-55
	47 %	36 %	17 %	100		

Tabell 2 viser aldersfordelingen mellom gruppene som er med i del 1 av rapporten. Legene er noe eldre enn de andre gruppene, mens lærerne har de yngste respondentene. At legene er eldst er naturlig, i og med at de har et lenger studium bak seg enn de andre gruppene når de besvarer spørreskjemaene. Legene har også noe mindre aldersmessig spredning enn de andre gruppene, med den yngste på 24 år og den eldste på 44 år. Sykepleierne, lærerne og sosialarbeiderne har flest respondenter mellom 21 og 25 år, mens legene har flest respondenter i gruppen 26-30 år.

Rapportens oppbygging

Rapporten er tredelt. I del 1 sammenlignes sykepleiere med de tre andre gruppene. Er det forskjeller i opplæringen gitt i arbeidslivet og betydningen denne tillegges av profesjonsutøvere? Kan det finnes forskjeller mellom profesjoner i hvordan studentene tilegner seg kunnskap og blir tilbudt læring fra arbeidsplassen sin side? Er det slik at de som er aktive med å sikre seg én type læring og kunnskap også er aktive på andre områder? Eller er det slik at enkelte måter å tilegne seg kunnskap på har forrang i enkelte profesjoner, i tråd med de forskjeller i kunnskapstradisjoner som finnes mellom profesjonene?

I del 2 undersøkes hvordan individuelle forskjeller påvirker opplæringen sykepleiere får i arbeidslivet og hvordan de vurderer den. Er det for eksempel slik at profesjonsutøvere sin tilnærming til kunnskap i studiene også er med på å påvirke hva slags strategier de velger for

å tilegne seg kunnskap i arbeidslivet? Og hvordan påvirker det man kan kalle kontekstuelle faktorer som arbeidsmiljø og en krevende jobb opplæringen og vurderingen av den?

I del 3 forsøkes det å samle trådene fra de to foregående delene og peke på noen implikasjoner av funnene for sykepleie.

Del 1: Forskjeller mellom gruppene

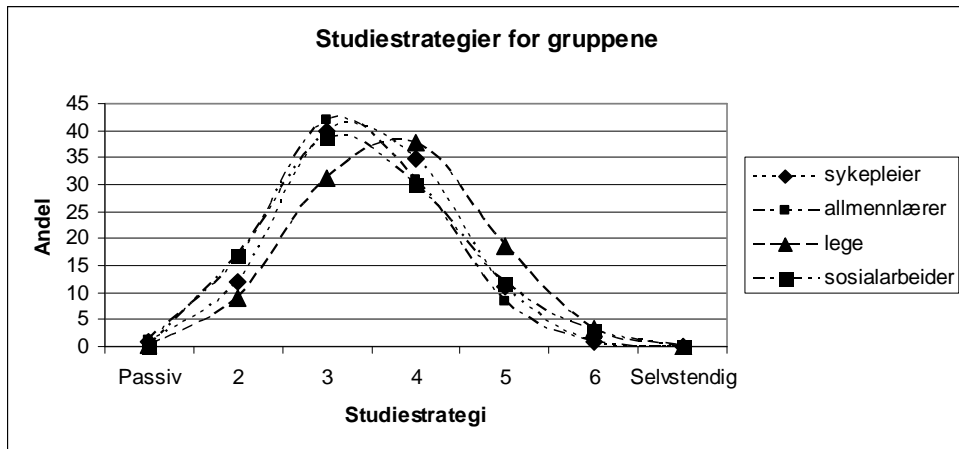
Individuell studiestrategi

Profesjonskvalifisering er en kontinuerlig prosess som starter allerede ved rekruttering til studiene, om ikke før⁴. Samtidig kan man forvente at det er forskjeller både i rekruttering og i organisering av kvalifiseringen, og dette gjør det interessant å se om sykepleierstudentenes tilnærming til kunnskap skiller seg fra andre profesjoner allerede i studietiden. I StudData er studentene spurt under studiene hva som kjennetegner ulike sider ved deres studiestrategier. Aamodt (2005) har med utgangspunkt i dette utarbeidet en indeks for studieadferd, som varierer fra 1 til 7, der de som scorer 1 på variabelen kan beskrives som passive og de som scorer 7 på variabelen kan beskrives som selvstendige. De som scorer høyt på denne vil da kunne beskrives som å ha en aktiv eller selvstendig studiestrategi og tar ansvar for egen læring, mens de som scorer lavt vil ha en mer passiv og pensum- og eksamensorientert studiestrategi⁵. Det er viktig å understreke at aktiv og passiv studiestrategi her ikke brukes som normative kategorier, men kun som beskrivelser av forskjellige måter å forholde seg til studiene på. Å oppfylle pensumkravene og fokusere på eksamen kan på mange måter sees på som en fornuftig studiestrategi.

⁴ Eriksen argumenterer for at rekruttering til sykepleieryrket starter allerede med sosialisering inn i en omsorgsrolle fra tidlig alder av, med utgangspunkt i Bourdieus habitus-begrep. (Eriksen, 2004)

⁵ Se tabell v2 for variablene som inngår og reliabilitetsmål, og tabell v3 for tabell med prosentfordeling.

Figur 1.1: Studiestrategier for gruppene, andeler



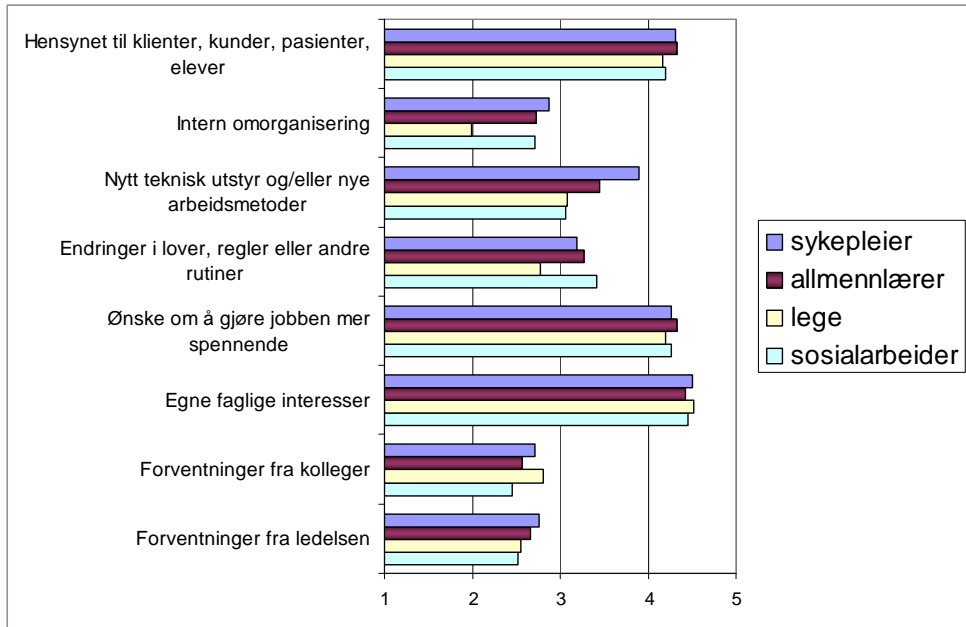
Kjikkvadrat: 76,622, $p < 0,000$. Gjennomsnitt: sykepleiere 3,5, allmennlærere 3,3, leger 3,8, sosialarbeidere 3,5. Sykepleiere har signifikant forskjellig gjennomsnitt fra allmennlærere og leger, $p < 0,05$ (se tabell v3).

I figur 1.1 er studiestrategiene for gruppene presentert. Den tydeligste forskjellen mellom gruppene er at legene ser ut til å ha en mer selvstendig studiestrategi enn de andre gruppene. Dette passer godt med antagelsene om en mer selvstendig og tradisjonell akademisk kultur i legestudiet og legeyrket enn de andre yrkene slik det ble antydnet i del 1. Gjennomsnittsverdiene for gruppene viser at sykepleierne har en signifikant mer aktiv studiestrategi enn allmennlærerne, og en signifikant mindre aktiv studiestrategi enn legene. Sykepleierne skiller seg ikke fra sosialarbeiderne. Nærmere undersøkelser viser at det ikke er noen kjønnsforskjeller når det gjelder studiestrategier (tabell v5), og at det er en liten effekt av alder i form av at eldre studenter har en noe mer aktiv studiestrategi enn yngre (tabell v6). I analysene i del to av rapporten vil indeksen for studiestrategi inngå som en uavhengig variabel.

Individuell faglig utvikling

Sykepleiere står overfor mange forskjellige typer krevende situasjoner i sitt arbeid, og må anvende mange forskjellige kilder til kunnskap i sin praksis (Estabrooks *et al.*, 2005). Det er derfor interessant hva som gjør at de nyutdannede opplever det nødvendig å utvikle eller fornye sine kunnskaper og sine ferdigheter.

Figur 1.2: "Når du har behov for å utvikle eller fornye dine kunnskaper og ferdigheter, i hvilken grad er det på grunn av:" Gjennomsnitt av skala fra 1 (ikke i det hele tatt)-5 (I svært stor grad).



Figur 1.2 viser at både egenutvikling og hensyn til pasient/klient veier tungt som grunner til egen faglig utvikling for sykepleierne. I tillegg ser det ut til at ytre faktorer som nytt teknisk utstyr, nye arbeidsmetoder og endringer i lover, regler og rutiner er viktig for både sykepleierne, sosialarbeiderne og allmennlærerne. Dette kan for sykepleierne del tenkes å henge sammen de teknologiske aspektene ved arbeidet deres, og stadig inntreden av nye prosedyrer som krever et høyt kunnskapsnivå. Sykepleierne som "utførere" av et yrke med til dels svært avanserte tekniske hjelpemidler gjør ny kunnskap svært viktig for å håndtere nye utfordringer.

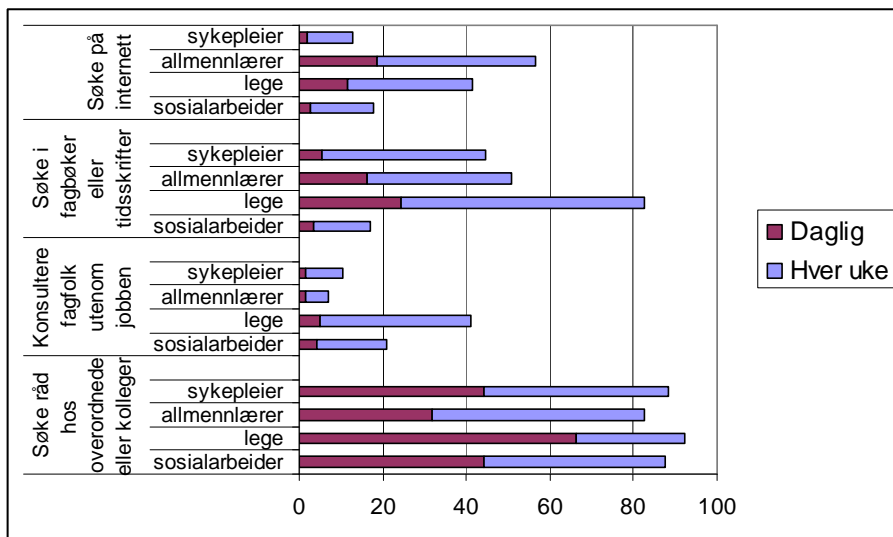
Sammenligner man gruppene kommer det frem at sykepleierne vurderer nytt teknisk utstyr og/eller nye arbeidsmetoder som klart viktigere enn de andre gruppene. Ellers er det ingen store forskjeller mellom gruppene, men tre hensyn peker seg ut som viktigst for alle: egne faglige interesser, et ønske om å gjøre jobben mer spennende og hensynet til klienter, pasienter og elever. Det kommer også frem at forventninger fra ledelsen og kolleger, samt intern omorganisering, er vurdert til å være omtrent like viktig som ikke viktig (et

gjennomsnitt på 2,5 tilsvarer det aritmetiske gjennomsnittet på en skala fra 1 til 5). Legene skiller seg ut ved å legge spesielt lite vekt på intern omorganisering som en grunn for faglig fornying. Endringer i lover og regler som årsak til å utvikle eller fornye kunnskap og ferdigheter eller andre rutiner er minst viktig for legene, signifikant mer viktig for sykepleierne og igjen signifikant mer viktig for allmennlærerne.

I krevende situasjoner

Det er når de nyutdannede blir satt under press de virkelig må velge hvordan de skal skaffe seg den nødvendige kunnskapen. Dette kan man kalle kunnskapsstrategier. Figur 1.3 viser andelen som svarer at de daglig eller hver uke anvender forskjellige strategier for å skaffe seg kunnskap i krevende situasjoner.

Figur 1.3: "Når du står overfor krevende oppgaver i ditt daglige arbeid, hvor ofte skaffer du deg informasjon og kunnskap ved å:"



Omtrent 40 % av sykepleierne og sosialarbeiderne oppgir at de daglig søker råd hos overordnede eller kolleger, mens nesten 70 % av legene oppgir det samme. Allmennlærerne er den gruppen som gjør dette sjeldnest. For legene er det også langt vanligere å konsultere fagfolk utenom jobben enn det er for sykepleierne og sosialarbeiderne, omtrent 40 % av legene gjør dette ukentlig eller oftere, mens omtrent 20 % av sosialarbeiderne og 10 % av

sykepleierne gjør det samme. Igjen er det allmennlærerne som er de minst aktive på dette. En hypotese kan være at legenes mer utbredte bruk av disse kildene varierer med hvorvidt de arbeider i spesialisthelsetjenesten eller som allmennleger. Det kan også tenkes at legene relativt sett har en sterkere tilknytning til sitt fag og sin profesjon enn til institusjonene, og at dette skiller dem fra de andre gruppene i denne rapporten.

Sykepleierne er sammen med sosialarbeiderne de minst aktive på alle typer kunnskapstilegnelse, mens legene er jevnt over de mest aktive. Allmennlærerne ser ut til å skille seg fra de andre gruppene ved å ha en klar preferanse for strategier som ikke involverer direkte kontakt med andre. Dette kan ha sammenheng med at allmennlærerne bruker mye tid på disse kunnskapskildene som et ledd i forberedelse til undervisning, og at det dermed henger sammen med lærerarbeidets individuelle natur.

Omtrent 40 % av sykepleierne sier at de daglig eller hver uke søker kunnskap i fagbøker eller tidsskrifter. Omtrent 20 % av sosialarbeiderne oppgir det samme. Over 80 % av legene oppgir at de hver uke eller oftere benytter seg av denne kunnskapskilden, mens over halvparten av lærerne oppgir at de ukentlig eller oftere søker kunnskap i fagbøker eller tidsskrifter.

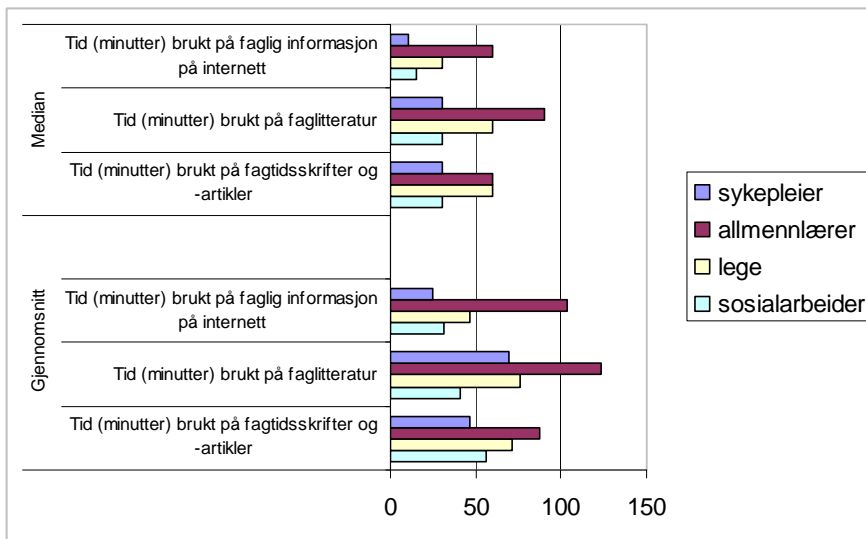
Omtrent 15 % av sosialarbeiderne og sykepleierne oppgir at de bruker internett ukentlig eller oftere. Allmennlærerne er den gruppen som benytter seg av internett i størst grad. Nesten 60 % oppgir at de bruker internett ukentlig eller oftere, mens 40 % av legene oppgir at de gjør det samme.

Tid brukt på lesing av forskjellige kilder

En annen form for kunnskapstilegnelse er hvor mye tid de nyutdannede bruker på forskjellige typer kunnskapskilder (figur 1.4). Sykepleierne bruker mindre tid enn de andre gruppene på faglig informasjon fra internett. Dette kan tenkes å henge sammen med forskjeller i arbeidssituasjonen for de tre gruppene, og er dermed kanskje ikke spesielt overraskende. Sykepleiere har kanskje i mindre grad enn de andre gruppene mulighet til å sitte ved en pult med tilgang til pc. Det er også slik at det ofte er egne fagsykepleiere som har ansvaret for faglig oppdateringer av hele avdelinger, noe som igjen er med på å understreke den kollektive organiseringen til sykepleie. Dette kan gjøre at den enkelte sykepleier ikke føler et direkte behov for faglig oppdatering via internett. Samtidig har både lærere, leger og sosialarbeidere

sannsynligvis i større grad enn sykepleierne tilgang på egne arbeidsstasjoner der de kan oppsøke denne typen informasjon.

Figur 1.4: ”Angi omtrent hvor mye tid du bruker ukentlig på å lese.” Gjennomsnitt og median



Allmennlærerne skiller seg tydelig fra de andre gruppene i tid brukt på å lese ulike former for faglig informasjon. De bruker mer enn dobbelt så mye tid som legene på internett, og omtrent fire ganger så mye tid som sykepleierne og sosialarbeiderne, både målt i gjennomsnitt og ved medianverdien. Allmennlærerne bruker mer tid enn de andre gruppene på faglitteratur, og sosialarbeiderne bruker klart minst tid på faglitteratur. Gjennomsnittlig bruker allmennlærerne noe mer tid på fagtidsskrifter og -artikler enn de andre gruppene, men dersom man ser på medianverdien er legene oppe på samme nivå. Dette tyder på at noen allmennlærere er med på å dra opp gjennomsnittet.

En foreløpig oppsummering kan være på sin plass: Det kan se ut til at sykepleierne foretrekker muntlige kilder fremfor skriftlige. De ser også ut til å være den gruppen som blir mest berørt av ”ytre faktorer” som intern omorganisering og nytt teknisk utstyr eller nye arbeidsmetoder. Dette peker sannsynligvis mot at sykepleierne arbeider i en sektor der innføring av kontrollrutiner og ”ytre styring” har kommet lenger enn det har for i alle fall allmennlærere og sosialarbeidere. I tillegg gjør den teknologiske spesialiseringen som ligger i

sykepleierarbeidet ny kunnskap nødvendig og viktig. Legene, som ofte arbeider i samme organisasjon som sykepleierne, er ikke berørt på samme måte av de samme endringene, noe som kanskje kan forklares med at de i stor grad står utenfor de endringene som blir gjort, og blir lite påvirket i sitt daglige arbeid. Legene kan også sies å ha den ”bredeste” strategien når det gjelder å skaffe seg kunnskap. Allmennlærerne er derimot de klart mest aktive når det gjelder å skaffe seg informasjon fra skriftlige kilder.

Forskjellene kan også tolkes i retning av forskjellige kunnskapskulturer i de forskjellige profesjonene, og dermed forskjellige tradisjoner for å skaffe seg kunnskap. Legenes ”brede” strategi kan kanskje fortolkes innenfor denne rammen, og den klassiske akademiske kunnskapsprofilen som ofte knyttes til legeyrket.

I tillegg til legenes aktive strategi, ser det også ut til at uformelle kilder for tilegnelse av kunnskap er noe som blir flittig brukt for alle gruppene. For både sykepleiere, leger og sosialarbeidere er kontakt med kolleger den vanligste strategien når de står overfor faglige utfordringer. Et godt sosialt miljø blir dermed viktig for kunnskapsutviklingen for den enkelte. Dette vil bli underbygget nærmere i del to av rapporten.

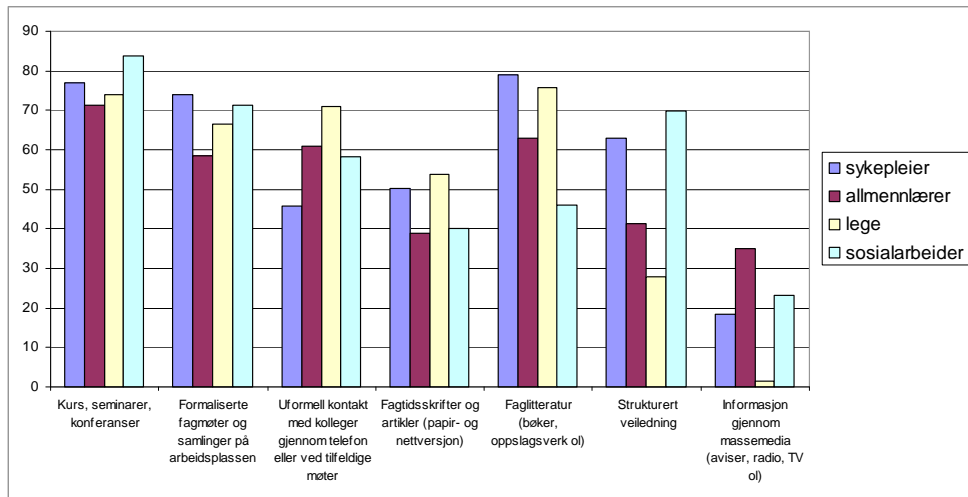
Betydning av kunnskapskilder

Det har så langt blitt undersøkt hvor ofte og hvor mye sykepleierne, allmennlærerne, legene og sosialarbeiderne benytter seg av forskjellige strategier. Et annet spørsmål er hvilken *betydning* de selv tillegger forskjellige forhold for sin egen faglige oppdatering og vedlikehold? Estabrooks et al. (2005) argumenterer for at sykepleieres bruk av forskjellige kunnskapskilder ikke må sidestilles med prioritering av forskjellige kunnskapskilder. Kontekstuelle faktorer som for eksempel tilgjengelighet og arbeidssituasjon påvirker tilgangen man faktisk har. Dermed er det naturlig å se på hvordan betydningen samsvarer med bruken av dem. I figur 1.5 presenteres andelene som har oppgitt at forskjellige kunnskapskilder har ”stor betydning” eller ”svært stor betydning”.

Sykepleierne legger mest vekt på faglitteratur som bøker og oppslagsverk, samt kurs, seminarer og konferanser og formaliserte fagmøter og samlinger på arbeidsplassen. Sammen med sosialarbeiderne er de også den gruppen som legger mest vekt på betydningen av strukturert veiledning. Sykepleierne legger mindre vekt på uformell kontakt med kolleger enn

de andre gruppene, og mindre vekt på informasjon gjennom massemedier enn sosialarbeidere og allmennlærere.

Figur 1.5: ”Hvilken betydning vil du si at følgende forhold har for deg i faglig oppdatering og vedlikehold?:” (andel som svarer 4 eller 5 (”stor” og ”svært stor betydning”))



Allmennlærerne utmerker seg ved å være den gruppen som legger klart mest vekt på informasjon gjennom massemedier. Tidligere kom det frem at allmennlærerne brukte klart mest tid på alle typer skriftlige kilder, men de tillegger ikke disse kildene spesielt stor betydning sammenlignet med de andre gruppene (fagtidsskrifter og artikler (papir- og nettverson) i figur 1.5). Denne vektlegging av ”enkle” kunnskapskilder blant allmennlærerne kan kanskje antas å ha en sammenheng med at de ofte må forberede undervisning og gjøre den relevant for elevene, og at informasjon fra massemediene byr på en lett tilgjengelig aktualisering.

Sosialarbeidernes vurdering av betydningen av forskjellige kunnskapskilder skiller seg ikke vesentlig fra sykepleierne. Unntaket er på faglitteraturen i form av bøker og oppslagsverk, der sosialarbeiderne er den gruppen som mener dette har minst betydning. Sammen med sykepleierne er de den gruppen som tillegger strukturert veiledning størst betydning. Kurs, seminarer og konferanser trekkes også frem som svært viktige.

Legene skiller seg mest ut ved å være den gruppen som tillegger informasjon gjennom massemedier minst betydning.⁶ Strukturert veiledning sees på som mindre viktig blant legene enn de andre gruppene, og dette understrekes ved at den uformelle kontakten er viktigst for nettopp legene. Sammen med sykepleierne tillegger de også faglitteratur både i form av bøker og i form av artikler stor betydning.

Sykepleierne og legene ser ikke på massemedier som en viktig kilde til kunnskap. Dette kan ha en sammenheng med den type kunnskap som er nødvendig i de forskjellige profesjonene. Sykepleierne og legene har også det til felles at de tillegger faglitteraturen større betydning enn de andre gruppene. For allmennlærerne og sosialarbeiderne er det i større grad snakk om en generell samfunnskunnskap, eventuelt kunnskap om lover og forskrifter for sosialarbeiderne, og dette er oftere tilgjengelig gjennom massemedier. Sammen med nedvurderingen av massemedier som kunnskapskilde peker dette kanskje mot et skille mellom de medisinske fagene og de ”mykere” fagene som allmennlærer og sosialarbeider representerer; et skille mellom naturvitenskaplig kunnskap og samfunnsfaglig kunnskap slik det ble formulert innledningsvis. Det kan også forstås som et skille mellom en spesialisert type kunnskap, mens lærernes kunnskapsgrunnlag er mer allment.

Forskjellene kan også tenkes å henge sammen med kravene til kunnskap som eksisterer i de forskjellige profesjonene, og hvilke kilder man faktisk kan få tilgang til relevant kunnskap gjennom. Allmennlærerne kan for eksempel skaffe seg mye relevant informasjon som kan

⁶ I tillegg til de syv alternativene som er presentert her ble legene også bedt om å vurdere betydningen av ”faglige tilbakemeldinger gjennom epikriser, brev o.l.”, ”medisinske baser/oppslagsverk på cd-rom”, ”informasjon, reklamemateriell og besøk fra farmasøytisk industri”, ”Rundskriv og annet informasjonsmateriell fra offentlige myndigheter (fylkeslege, helsetilsynet, Sosial- og helsedirektoratet, Helsedepartementet)”, ”Systematisk evaluering av egen virksomhet (journalgjennomgang etc.)” og ”Tilbakemelding fra pasientene.” Det kan tenkes at disse alternativene er med på å trekke ned antallet som har krysset av for de alternativene som er presentert her, og at for eksempel det lave antallet som oppgir at faglitteratur i form av bøker og oppslagsverk har stor betydning for dem blir lavere av den grunn. I tillegg er det jo et faktum at lite av forskningen i medisin publiseres i bøker, men oftest i tidsskrifter.

brukes i undervisningen gjennom massemediene, mens det for sykepleierne er mindre relevant å trekke inn kunnskap av denne typen i det daglige arbeidet.

Arbeidsplassen og opplæring

I innledningen ble sykepleierne beskrevet som en gruppe med liten autonomi i arbeidssituasjonen, på grunn av den kollektive organiseringen av arbeidet. I tabell 1.1 er det sett nærmere på hvordan sykepleierne selv opplever sin arbeidssituasjon på tre sammensatte variabler kalt opplevd kontroll, opplevde krav og opplevd sosial støtte⁷.

⁷ Variablene som skal beskrive opplevelsen av arbeidsmiljøet er hentet fra Karasek og Theorell ((1990)) og består av tre indekser. Disse skal beskrive hva slags krav profesjonsutøverne opplever settes til dem, i hvilken grad de føler de kontrollerer sin egen arbeidssituasjon, og i hvilken grad de opplever å ha sosial støtte på arbeidsplassen. Indeksene består av påstander som respondentene skal oppgi om de er svært uenig, uenig, enig eller svært enig i, for eksempel "Jobben min krever at jeg arbeider svært raskt", "Jobben min krever at jeg arbeider svært hardt" og " Jeg har mulighet til å utvikle meg videre på områder jeg har anlegg for". Totalt er det 21 spørsmål som inngår i de tre indeksene. For en nærmere beskrivelse av spørsmålene som inngår og reliabilitetsmål, se tabell v1.

Tabell 1.1: Opplevde krav, opplevd kontroll over eget arbeid og opplevd sosial støtte, skala fra 1 (lav) til 4 (høy), prosentfordeling og gjennomsnitt.

		1	2	3	4	Total	Gjennomsnitt
Opplevde krav	Sykepleier	2,3	61,9	33,8	1,9	515	2,74
	Allmennlærer	2,3	69,4	27,7	0,6	470	2,66
	Lege	4,8	66,5	28,1	0,6	502	2,63*
	Sosialarbeider	8,3	66,0	24,9	0,9	350	2,58*
	Total	4,1	65,9	29,0	1,0	1837	2,66
	Kjikkvadrat =	37,3	p<0,001				
Opplevd kontroll	Sykepleier	1,0	55,3	43,5	0,2	503	2,91
	Allmennlærer	0,7	30,3	68,6	0,4	459	3,12*
	Lege	1,0	42,9	55,8	0,2	496	2,98*
	Sosialarbeider	0,6	47,2	51,6	0,6	339	2,97
	Total	0,8	44,0	54,9	0,3	1797	3,00
	Kjikkvadrat =	65,5	p<0,001				
Opplevd støtte	Sykepleier	0,6	25,6	63,3	10,5	512	3,11
	Allmennlærer	2,1	18,6	66,5	12,9	474	3,16
	Lege	1,4	21,9	65,7	11,0	498	3,15
	Sosialarbeider	1,4	17,9	64,2	16,5	352	3,18
	Total	1,4	21,3	64,9	12,4	1836	3,15
	Kjikkvadrat =	19,7	p<0,05				

*=signifikant forskjellig gjennomsnitt fra sykepleiere, p<0,05

Alle gruppene opplever at det er et sosialt støttende miljø på arbeidsplassen. Det er ikke noen forskjeller mellom sykepleierne og de andre gruppene. Men variablene opplevd kontroll og opplevde krav bekrefter antagelsene i den innledende modellen (figur1): sykepleierne er den gruppen som i minst grad opplever å ha kontroll, og i størst grad opplever å bli stilt krav til. Selv om det er små forskjeller mellom gruppene kan sykepleierne beskrives som den gruppen med minst individuell autonomi i betydningen å ha kontroll over eget arbeid. Kombinert med høye krav er det grunn til å tro at dette kan være med på å skape en uheldig læringssituasjon, noe som taes opp i del 2 av rapporten.

Et annet aspekt ved arbeidssituasjonen er hvordan det tilrettelegges for læring. Det er ikke tilstrekkelig at den enkelte sykepleier, lege eller sosialarbeider selv arbeider for å skaffe seg ny kunnskap. Organisasjonene de arbeider i må også legge til rette for at profesjonsutøverne har mulighet for å lære, både individuelt og som et kollektiv.

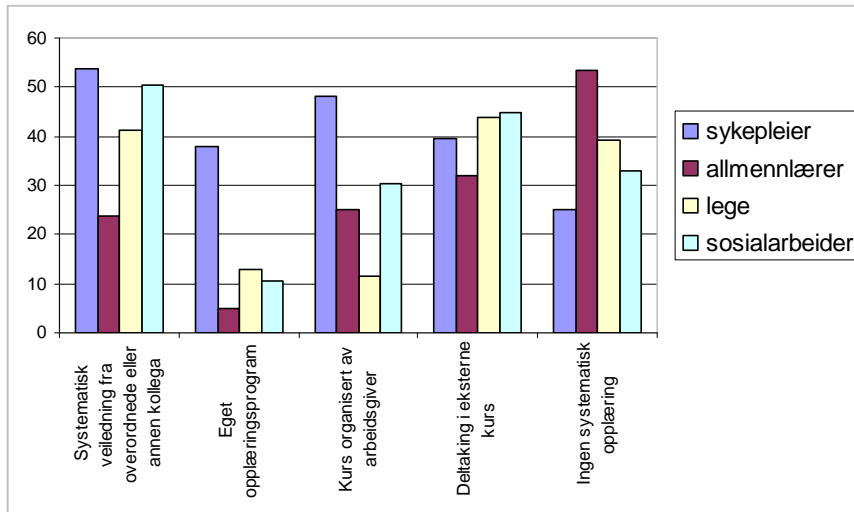
Mange norske sykehus har siden 90-tallet hatt systematiserte interne opplæringsprogram av ansatte gjennom såkalte "klinisk stige" - programmer, og de fleste sykepleierne i vårt utvalg arbeider ved sykehus. Disse opplæringsprogrammene ble iverksatt blant annet for å sikre muligheten for opplæring og etterutdanning internt på arbeidsplassen, og dermed dempe

frafall fra yrket (Bjørk *et al.*, 2007; Bjørk *et al.*, 2005). Det er frivillig å delta i disse programmene, og undersøkelser har vist at ledere i liten grad oppmuntrer til deltagelse i slike program.

I det følgende skal det undersøkes nærmere hvordan sykepleierne, sosialarbeiderne og legene opplever tilrettelegging for læring i sin arbeidssituasjon. Det er tydelig at sykepleierne får en annen type oppfølging og opplæring i arbeidslivet enn det de andre gruppene gjør (figur 1.6)⁸. Omtrent 40 % av sykepleierne oppgir å ha deltatt på egne opplæringsprogram, mer enn dobbelt så mange som legene som er den nest største gruppen med 15 %. Et naturlig spørsmål er om legene kan ha vurdert turnustjenesten sin som en del av denne opplæringen. Tallene tyder ikke på det, i og med at turnustjeneste er noe alle leger må gjennom og andelen ikke er større. Nesten 50 % av sykepleierne har deltatt på kurs organisert av arbeidsgiver, mens sosialarbeiderne er den nest største gruppen med omtrent 30 % som har deltatt i kurs organisert av arbeidsgiver.

⁸ Det har vært mulig å krysse av for flere alternativ

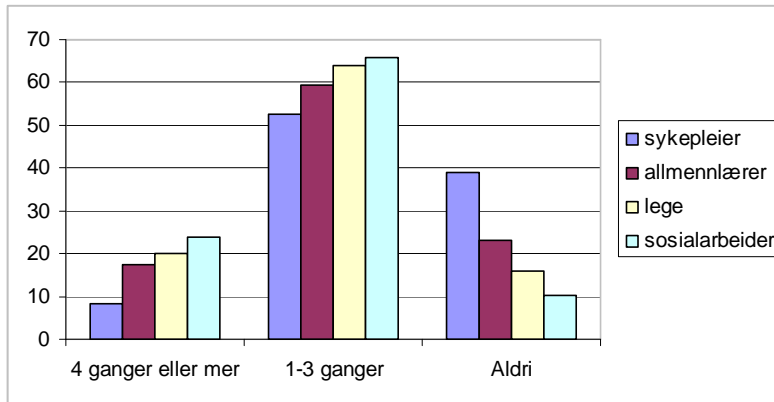
Figur 1.6: ”Hva slags opplæring har du fått etter at du begynte i din nåværende jobb? (Flere kryss er mulig)” Andel som har krysset av



Allmennlærerne ser ut til å være den rake motsetning til sykepleierne. Så vidt over 20 % av allmennlærerne oppgir at de har mottatt systematisk veiledning av overordnede eller kolleger (ca halvparten av det sykepleierne oppgir), 5 % oppgir at de har deltatt i eget opplæringsprogram, og det mest slående er at over 50 % oppgir at de ikke har mottatt noe som helst systematisk opplæring. Den eneste variabelen der allmennlærerne ikke kommer dårligst ut er når det gjelder kurs organisert av arbeidsgiver. Legene er den gruppen som i minst grad har deltatt på denne typen kurs.

Sykepleierne er den gruppen som har deltatt minst på seminarer og konferanser utenfor arbeidsplassen de siste 12 månedene, mens det er sosialarbeiderne som har deltatt mest (figur 1.7). Dette stemmer godt overens med at sosialarbeiderne er gruppen som tillegger eksterne former for opplæring mest betydning, mens sykepleiere og lærere er de gruppene som tillegger det minst betydning. Deltagelse og vurdering ser altså ut til å henge sammen i dette tilfellet.

Figur 1.7: ”Hvor ofte har du deltatt på seminarer eller konferanser utenfor arbeidsplassen din de siste 12 månedene?”



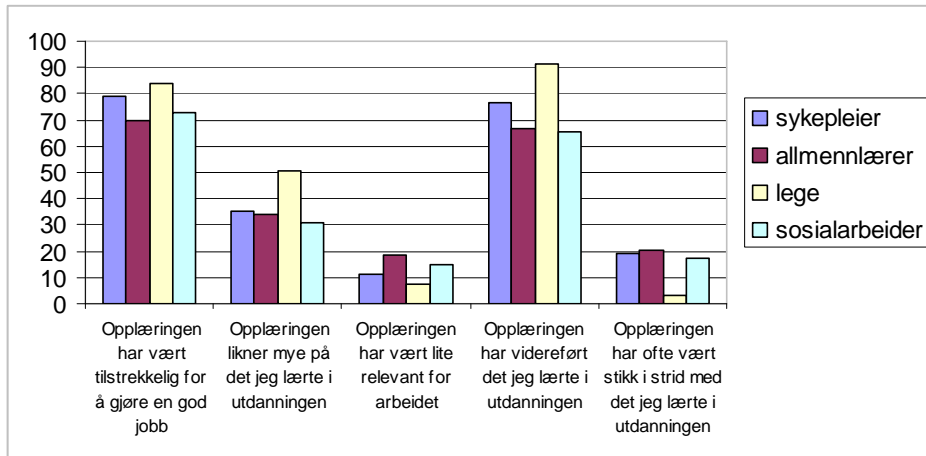
Alt i alt er det tydelig at sykepleierne opplever en helt annen systematisk oppfølging i arbeidslivet enn det de andre gruppene gjør, og klart er forskjellen når de sammenlignes med allmennlærerne. Men det er viktig å huske at utvalget som denne rapporten anvender i stor grad består av sykepleiere ved sykehusene. Langt færre sykepleiere opplever å få opplæring i løpet av de 3 ½ første årene i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten (Førland, 2005: 63).

Opplevd sammenheng i opplæring

Et annet viktig spørsmål er om opplæringen nyutdannede får i arbeidslivet er av en annen karakter enn den de fikk i studiene. Opplever de at de lærer noe annet når de kommer ut i arbeidslivet enn det de gjorde i studiene og er det en motsetning mellom kunnskapen som formidles?

Sykepleierne er sammen med legene den gruppen som i størst grad opplever at opplæringen i arbeidslivet har vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb, og at opplæringen har videreført det de lærte i utdanningen (figur 1.8). Det er ikke store forskjeller mellom sykepleierne og de andre gruppene, og de er generelt enige i at opplæringen har videreført det de lærte i utdanningen, og at opplæringen har vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb.

Figur 1.8: "Hvordan vil du vurdere den opplæringen du har fått i jobben din?" Andel helt enig eller delvis enig (skala fra 1, helt uenig til 5, helt enig).



Et interessant trekk ved svarene til sykepleierne er at det kun er omtrent 30 % som sier at opplæringen har liknet mye på det de lærte i utdanningen, mens nesten 80 % oppgir at opplæringen har videreført det de lærte i utdanningen. En mulig tolkning av dette kan være at kunnskap læres best på forskjellig vis i forskjellige kontekster. Utdanningen ved høyskolene byr på én type læringssituasjoner, mens opplæringen i arbeidslivet byr på andre muligheter for læring. Og selv om disse ikke er identiske oppleves det like fullt som nyttige og utfyllende arenaer for læring. I tillegg kan man forvente at opplæringen har preg av nødvendig spesialisering med utgangspunkt i de foreliggende kompetansebehovene på hver enkelt avdeling.

Klare forskjeller i opplæring

Sykepleiere ser ut til å møte en helt annen type organisert opplæring enn det allmennlærere og sosialarbeidere gjør som nyutdannede, og ser ut til å ha mer til felles med legene når det kommer til kunnskapstilegnelse og interne opplæringsprogrammer. Legene er jo også den gruppen sykepleierne deler både arbeidsdagen og arbeidsplassen med, og de har også et felles fokus for sitt virke: den samme pasientens bedring. Det foregår også mye felles undervisning og opplæring på tvers av profesjonsgrensene, noe som understreker likhetene.

Sykepleierne har i mange av sammenligningene sin direkte motsetning i allmennlærerne. Der sykepleierne legger lite vekt på informasjon gjennom massemedier legger allmennlærerne mye vekt; der sykepleierne legger mye vekt på strukturert veiledning legger allmennlærerne lite vekt; der sykepleierne legger mye vekt på formaliserte fagmøter og samlinger på arbeidsplassen legger allmennlærerne lite vekt. Og der sykepleierne rapporterer at de får mye oppfølging og veiledning rapporterer allmennlærerne om tilsvarende lite. De tre dimensjonene som gruppene ble sammenlignet etter (figur 1) kan brukes til å belyse forskjellene.

Kunnskap

Det kan hevdes å være forskjellige typer kunnskap som er nødvendig i de forskjellige profesjonene. På den ene siden har du allmennlærerne og sosialarbeiderne, som begge trenger en mer allmenn form for kunnskap i sitt daglige virke, en form for kunnskap som kan tilegnes gjennom lesing av bøker, massemedier og lignende. Sykepleierne, kanskje spesielt de som har sitt virke på sykehusene, og legene, har en mye mer spesifikk og medisinsk - teknisk kunnskapsbase, som man ikke kan tilegne seg gjennom de samme kildene som er effektive for sosialarbeiderne og lærerne.

Dette henger nok også sammen med at kunnskap som er relevant for "gjøre – arbeidet" blant sykepleiere og leger finnes og tilegnes lettere der handlingene skjer, som erfaringslæring og kollegiale diskusjoner. Kunnskapen som er relevant for allmennlærerne og sosialarbeiderne kan selvsagt også tilegnes gjennom erfaringslæring og kollegiale diskusjoner, men samtidig er det en type kunnskap man kan tilegne seg på egen hånd på enklere vis enn i sykepleie og i medisin. Dette bringer oss over til neste punkt, nemlig arbeidsorganiseringens innflytelse på mulighetene for kunnskap og læring.

Kollektiv-individuell arbeidsorganisering

Arbeidets natur og organisering er med på å påvirke hva slags strategier som er mulige og nødvendige. Sykepleierne kan sies å være plassert "i midten" av en godt utbygd og funksjonelt spesialisert organisasjon med mange forskjellige posisjoner og stillingsbetegnelser. De har relativt klart avgrensede oppgaver som skiller dem fra andre deltagere i samme organisasjon. Dette gjelder selvsagt for legene også, men en vesentlig forskjell er at legene gjennom sitt arbeid er til dels unndratt den direkte kollegiale kontrollen

som sykepleierne er utsatt for. Sosialarbeidernes arbeid er vanskeligere å beskrive. For det første er sosialarbeiderne i denne undersøkelsen slått sammen av to forskjellige grupper, og de respektive utdanningene kvalifiserer til dels til forskjellige arbeidsplasser, samtidig som det selvsagt er en del overlapp⁹. Undersøkelser gjort 3 ½ år etter ferdige studier viser at de fleste nyutdannede sosionomer og barnevernpedagoger jobber ved sosialkontorer eller andre steder i førstelinjetjenesten (Arnesen & Næss, 2000).

Autonomi

Sammenlignet med de andre yrkesgruppene kan allmennlærernes arbeid beskrives som unndratt kontroll og dermed også som svært autonomt på individnivå. Dette kan være noe av årsaken til at allmennlærerne i dette datamaterialet ser ut til å være svært individuelle i sin kunnskapstilegnelse; både arbeidet og det faglige ansvaret er personliggjort i den enkelte allmennlæreren.

Gjennom disse tre dimensjonene kommer et skille mellom sykepleierne og de andre tre gruppene frem, noe som også kan spores i datamaterialet. Sykepleierne arbeider på avdelinger på sykehuset, der man kanskje har liten tilgang på individuelle pc-er og sjelden har mulighet til å trekke seg tilbake for å oppdatere seg på kunnskap. Ressursknapphet og rammebetingelser påvirker yrkesutøvelsen gjennom for eksempel å legge begrensninger på hvor mange pc-er det er per ansatt. For legene, som jo ofte arbeider i samme organisasjon, er situasjonen ganske motsatt; de har gode muligheter til å sitte ved egen pult, og gode (i alle fall bedre enn sykepleierne) muligheter til å trekke seg tilbake og søke opp informasjon.

⁹ Både kommunale sosialkontor, skoleverket, barnevernstjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien, voksenalderpsykiatrien, familievernkontorer, eldreomsorgen og administrative oppgaver i det offentlige eller i organisasjoner er aktuelle arbeidsplasser for sosionomene (<http://www.hio.no/content/view/full/30133>), mens barnevernspedagogene kvalifiserer til arbeid i barnevernstjenesten, barne- og ungdomsinstitusjoner, til forebyggende arbeid i barnehage, skole, fritidstilbud og tiltak særlig rettet mot barn som lever under omsorgssvikt. (<http://www.hio.no/content/view/full/30126>).

Allmennlærerne har også gode muligheter til å innhente informasjon på egen hånd, og har oftest tilgang på egne arbeidsplasser. I motsetning til sykepleierarbeidet som ofte kan være uforutsigbart og vanskelig å planlegge, er allmennlærernes arbeidssituasjon også mer regulert.

Sykepleierne kan dermed kanskje sies å ha mindre autonomi i utøvelsen av arbeidet enn leger, sosialarbeidere og lærere, og dette påvirker hva slags muligheter de har for kunnskapstilegnelse. Her kan også noe av forklaringen på den høye andelen sykepleiere som deltar i interne kurs ligge: vanskelige forhold og krevende rammebetingelser for den enkelte gjør at organisasjonene, i dette tilfellet sykehusene, må ta et særskilt ansvar for den enkeltes kunnskapstilegnelse.

Det er tydelig at internt organiserte opplæringsprogrammer er vanligere i sykepleie enn for de andre gruppene, og dette henger sannsynligvis sammen med at utvalget i denne rapporten stort sett har sitt arbeid ved sykehus der organiserte opplæringsprogram, klinisk stige, er innført. Men dette betyr ikke at det individuelle utbyttet er større i sykepleie enn i de andre profesjonene. I del 2 av rapporten skal det undersøkes nærmere hvordan individuelle forskjeller i læringsstrategier, undersøkt i studiene, er med på å påvirke vurderingen og utbyttet av opplæringsprogrammer.

Del 2: Sykepleieres kunnskapstilegnelse

I første del av denne rapporten ble det undersøkt hvordan sykepleiere, allmennlærere, leger og sosialarbeidere mottar opplæring i arbeidslivet, hvordan de deltar i opplæring i arbeidslivet, og hvordan de oppfatter arbeidsplassenes opplæringstilbud. I denne delen skal det undersøkes nærmere hvorvidt individuelle forskjeller blant sykepleiere kan påvirke vurderingen av en del av de samme spørsmålene. Tidligere studier har vist at det finnes individuelle forskjeller i studiestrategier, som igjen er med på å påvirke opplevelse av læringsutbytte i utdanningen (Aamodt, 2005). Det samme gjelder med opplevd sosialt miljø på utdanningen og opplevd kvalitet på undervisning. Et relevant spørsmål blir da om individer med forskjellig tilnærminger til kunnskap og læring i studietiden også opplever å få forskjellig utbytte av opplæringen de får i arbeidslivet, og kanskje også deltar på forskjellig vis i opplæring? Dette individuelle perspektivet kan kontrasteres med det man kan kalle kontekstuelle variabler, altså variabler som springer ut av opplevelsen av arbeidssituasjonen de er i. Er det slik at arbeidsmiljø og stress påvirker mer enn de individuelle variablene? Ved å sette opp analysene med disse to gruppene av variabler, individvariabler mot kontekstvariabler, blir også sammenhengen mellom studier og arbeidsliv tydeliggjort. Det er kun sykepleiere som er med i analysene i denne delen av rapporten.¹⁰

Tre forskjellige undersøkelser gjennomføres i del to:

- Undersøke hvordan individuelle kjennetegn (blant annet studiestrategier) påvirker bruk av forskjellige kunnskapskilder i krevende situasjoner, sammenlignet med kontekstuelle variabler

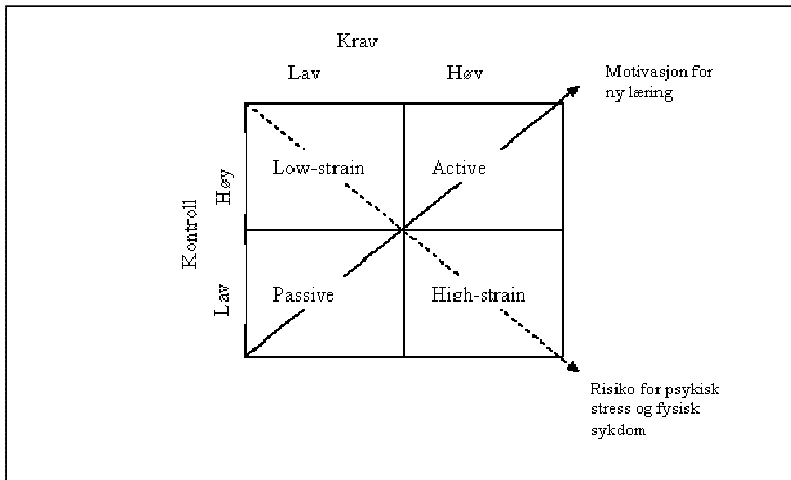
¹⁰ For mer detaljer omkring analysene som er gjort og operasjonalisering av uavhengige variabler, se metodevedlegg lenger bak i rapporten.

- Undersøke hvordan individuelle kjennetegn som studiestrategier, kjønn og alder påvirker vurderingen av opplæringen de har fått i jobben, sammenlignet med kontekstuelle variabler
- Undersøke hvordan opplæring, studiestrategier og andre individuelle variabler påvirker den generelle tilfredsheten med arbeidet, sammenlignet med kontekstuelle variabler

Variablene som skal beskrive opplevelsen av arbeidsmiljøet i denne delen av rapporten, det som kan kalles kontekstuelle variabler, er de samme variablene som ble presentert i tabell 1.1, og er hentet fra Karasek sin modell for opplevelse av arbeidsmiljøet (Karasek & Theorell, 1990; Karasek, 1979) Modellen består av to variabler kalt opplevd kontroll, altså i hvilken grad man opplever å ha kontroll over sin egen arbeidssituasjon, og opplevde krav, i hvilken grad man opplever å ha (for) høye krav til sitt arbeide (figur 2.1). Kravene som settes til arbeidstageren kan oppleves å være enten lave eller høye, og graden av opplevelse av å ha kontroll kan være høy eller lav. Når man opplever både en høy grad av krav og høy grad av kontroll skal motivasjon for ny læring være tilstede, og ved lav grad av kontroll og høye krav er risikoen for psykisk stress og fysisk sykdom til stede. Derfor tas også en samspillsvariabel for krav og kontroll med i undersøkelsene, for å belyse den spesifikke sammenhengen av høye krav og høy kontroll. Karasek innarbeidet på et senere tidspunkt også opplevd sosial støtte som et viktig element i opplevelsen av arbeidsmiljøet. Dette skal beskrive det sosiale klimaet på arbeidsplassen, og skal virke på samme måte som de to andre: lav sosial støtte gir økt risiko for fysiske og psykiske plager, mens høy opplevd sosial støtte gir motivasjon for læring og utvikling.

Empiriske undersøkelser av Karaseks modell og effekten på læring har vist at det er den spesifikke kombinasjonen av høy kontroll og lave krav som ser ut til å skape en motivasjon for læring hos de ansatte (Kwakman, 2001; Taris *et al.*, 2003). Dette er i motsetning til Karaseks modell, men knytter likevel stress og læring på arbeidsplassen tett sammen.

Figur 2.1: Karaseks modell for opplevelse av arbeidssituasjonen (hentet fra Holm 2007)



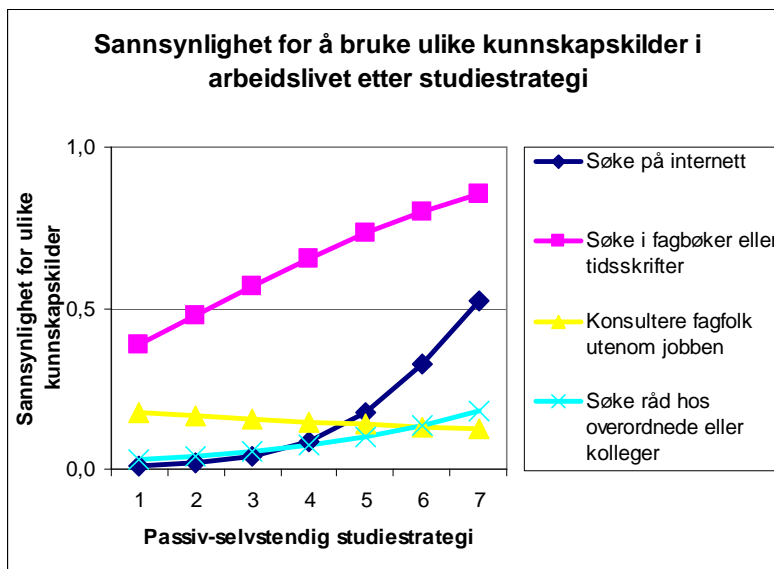
I del 1 av rapporten kom det frem at sykepleierne var gruppen som opplevde å ha høyest krav i sitt arbeide, og minst grad av kontroll over eget arbeid. Dette skal i følge Karasek gi lite motivasjon for ny læring. Men samtidig var det tydelig at både sykepleiere, sosialarbeidere, leger og allmennlærere opplevde å ha stor grad av sosial støtte på sin arbeidsplass, noe som også skulle gi god grobunn for en motivasjon for læring. I denne delen av rapporten blir det undersøkt hvordan opplevd kontroll, opplevde krav og opplevd sosial støtte påvirker forskjellige aspekter ved opplæring i arbeidslivet.¹¹

¹¹ For en drøfting av hvordan de opplevde arbeidsmiljøforhold påvirker jobbtilfredshet og motivasjon blant sosialarbeidere, sammenlignet blant annet med sykepleiere og allmennlærere vises til Holm som også baserer sine analyser på StudData ((2007)).

Kunnskapskilder i krevende situasjoner

I del 1 ble bruk av ulike typer kunnskapskilder presentert, og det kom frem at det aller vanligste for alle gruppene var å søke råd hos overordnede eller kollegaer. Å søke i fagtidsskrifter og fagbøker var det nest vanligste for sykepleierne, og det var svært få som oppga at de søkte informasjon på internett eller konsulterte fagfolk utenom jobben daglig eller hver uke. I figur 2.2 presenteres hvordan bruken av ulike kunnskapskilder i arbeidslivet henger sammen med studiestrategier i utdanningen. Det er tydelig at jo mer aktiv eller selvstendig studiestrategi, jo høyere er sannsynligheten for at de nyutdannede sykepleierne søker i fagbøker eller tidsskrifter, eller søker på internett. Studiestrategi ser ikke ut til å ha effekt på det å søke råd hos overordnede eller kollegaer eller konsultere fagfolk utenom jobben. Noe overraskende er det også at de kontekstuelle variablene, altså opplevelsen av å ha kontroll, bli satt krav til og den opplevde sosiale støtten heller ikke ser ut til å ha noen effekt på det å søke råd hos overordnede eller kollegaer eller konsultere fagfolk utenom jobben (tabell v4 i vedlegget), men har en liten negativ effekt på det å søke i fagbøker eller fagtidsskrifter.

Figur 2.2: Sannsynlighet for å bruke ulike kunnskapskilder i arbeidslivet etter studiestrategi, logistisk regresjonsanalyse



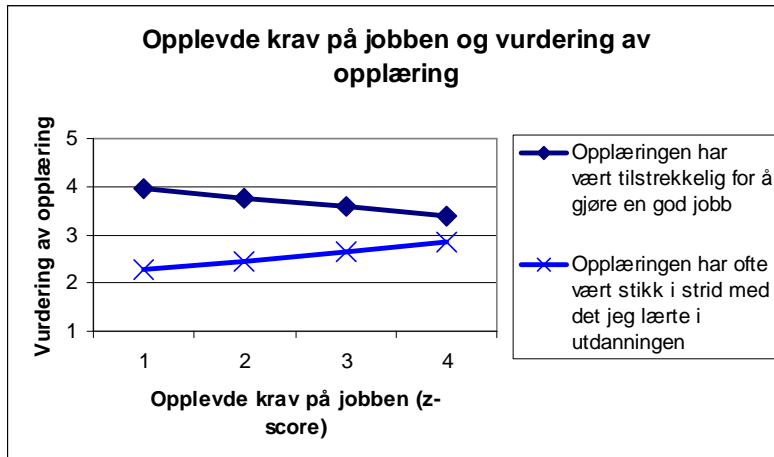
De som hadde de mest selvstendige studievanene i siste året i studiene har også høyest sannsynlighet for å være aktive i kunnskapssøking i arbeidslivet. Dersom man antar at gode og selvstendige studiestrategier er noe man kan tilegne seg gjennom studiene, så viser disse resultatene tydelig hvordan utdanningsinstitusjonene og arbeidsplassene har mulighet for å arbeide sammen for å sikre at sykepleiere aktivt tilegner seg kunnskaper i jobben. Det tydeliggjør også hvor viktig sammenhengen mellom profesjonsutdanning og arbeidsliv er. Spissformulert kan man si at læring i arbeidslivet starter i studiene, selv om det også kan være slik at forskjellene mellom individene er tilstede allerede ved rekruttering til studiene.¹²

Vurdering av opplæring i jobben

I del 1 (figur 1.8) kom det frem at omtrent 80 % av sykepleierne oppga at opplæringen hadde vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb og kun 20 % av sykepleierne oppga at opplæringen ofte hadde vært stikk i strid med det de lærte i utdanningen.

¹² Foreløpige undersøkelser av andre paneller av StudData-materialet antyder at variabler som peker mot rekrutteringsfaktorer, for eksempel skolepoeng fra videregående, kan ha en effekt på vurdering av opplæring og kunnskapsstrategier, men resultatene er ikke entydige ((Caspersen, under arbeid)

Figur 2.3: Opplevde krav på jobben og vurdering av opplæring, lineær regresjonsanalyse

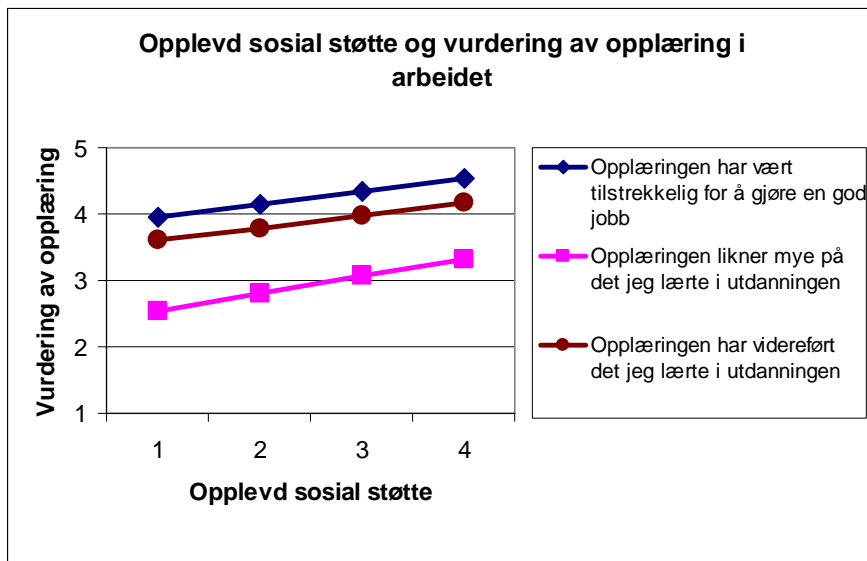


I figur 2.3 presenteres sammenhengen mellom indeksen ”opplevde krav på jobben” og utsagnene ”opplæringen har vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb” og ”opplæringen har ofte vært stikk i strid med det jeg lærte i utdanningen” (se tabell v6 for en total oversikt over analysene). Opplevde krav på jobben, som jo er en antatt stressfaktor etter Karasek sin modell, gjør at det blir mer sannsynlig at opplæringen i utdanning oppleves som i motsetning til opplæringen i arbeidslivet. Og jo mer krav den enkelte sykepleier opplever i sitt arbeid, jo mindre opplever de at opplæringen har vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb. I tabell v6 er det presentert en analyse av sammenhengen mellom vurdering av opplæring i jobben, og kjønn, alder, studiestrategi, opplevde kontroll, opplevde krav og opplevd sosial støtte. Ikke uventet viser opplevde krav på jobben og opplevd sosial støtte seg å være viktig for vurderingen av opplæringen de har mottatt.

Sammenhengen er kanskje ikke overraskende, men peker mot hvilken rolle også arbeidsmiljøet og mestring av dette har for opplæring i arbeidslivet og vurdering av opplæring. Sammenhengene er mer komplekse enn at opplæring i seg selv kan være et verktøy for å få sykepleieren til å mestre situasjonene de støter på i hverdagen. Figur 2.4 viser at det også er en sammenheng mellom opplevd sosial støtte og vurdering av opplæringen sykepleierne har mottatt (se tabell v6 for en total oversikt over analysene). Figuren viser tydelig at jo mer sosial støtte sykepleierne opplever på arbeidsplassen, jo mer tilfredse er de

med opplæringen de får og jo bedre oppleves sammenhengen mellom utdanning og arbeidsliv.

Figur 2.4: Opplevd sosial støtte på jobben og vurdering av opplæring, lineær regresjonsanalyse



Resultatene peker mot at opplæring ikke kan forstås uavhengig av andre arbeidsplassprosesser, og sammenhengene mellom opplæring og arbeidsmiljø ser ut til å være komplekse. I det neste avsnittet skal det undersøkes nærmere hvordan generell tilfredshet med arbeidet henger sammen med sykepleiernes opplevde sammenheng mellom utdanning og arbeidsliv, og viktigheten av denne sammenhengen blir nok en gang tydelig.

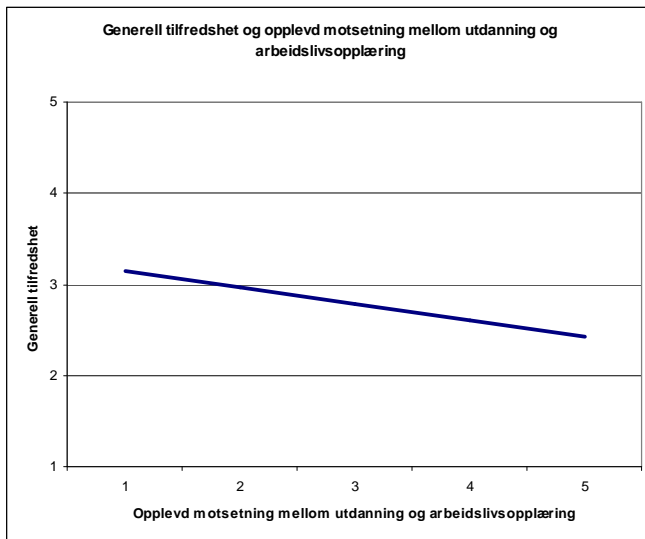
Generell tilfredshet med arbeidet

Et spørsmål som kan stilles omkring opplæring i arbeidslivet er hva som skal være effekten av den. Det åpenbare er selvsagt at opplæring skal gjøre yrkesutøveren i stand til å møte stadig nye utfordringer, og til å mestre det daglige arbeidet. Men det kan også tenkes at opplæringen kan ha andre konsekvenser, for eksempel at det påvirker tilfredshet med arbeidet.

For å se på sammenhengen mellom generell tilfredshet og spørsmål vedrørende opplæring, opplevd sosialt miljø og individuelle variabler (kjønn, alder, studiestrategier) er det foretatt en

lineær regresjonsanalyse (tabell v7). De tre kontekstuelle variablene opplevde krav, opplevelse av å ha kontroll og opplevd sosial støtte på arbeidsplassen påvirker på den måten det er naturlig å forvente: det å oppleve å ha kontroll på arbeidsplassen påvirker den generelle tilfredsheten positivt. Det samme gjør det å oppleve sosial støtte på arbeidet, mens det å oppleve jobben som veldig krevende gjør at den generelle tilfredsheten synker.

Figur 2.5: Generell tilfredshet (skala fra 1 (svært utilfreds) til 5 (svært tilfreds)) og opplevd motsetning mellom utdanning og arbeidslivsoplæring



Figur 2.5 viser at det er en signifikant negativ effekt av det å oppleve en motsetning mellom opplæringen i utdanningen og arbeidslivsoplæringen (se tabell v7 for komplette analyser). Jo sterkere opplevelse av motsetning mellom det som er vektlagt i utdanningen og det som er vektlagt i arbeidslivsoplæringen, jo mindre tilfreds er man med jobben. Dette understreker viktigheten av en sammenheng og et samarbeid mellom utdanning og arbeidsliv, slik at de nyutdannede sykepleierne opplever trivsel i hverdagen. Det er imidlertid verdt å minne om resultatene fra del 1 i denne rapporten der det fremkom at kun 30 % av sykepleierne opplevde at opplæringen de hadde fått i arbeidslivet lignet mye på det de lærte i utdanningen, mens nesten 80 % opplevde at opplæringen hadde videreført det de lærte i utdanningen. Det synes med andre ord ikke som mangel på sammenheng representerer et stort problem i sykepleierutdanningen, men det er like fullt et reelt problem for dem det gjelder.

I tillegg til at opplevd motsetning mellom opplæring i utdanning og arbeidsliv har en negativ effekt på generell tilfredshet (figur 2.5) er det også en annen interessant effekt. Det å ha mottatt systematisk veiledning av en overordnet eller kollega har en klar signifikant positiv effekt på den generelle tilfredsheten med arbeidet. Det å motta systematisk veiledning oppleves som positivt av de nyutdannede sykepleierne. Det er viktig å huske at denne effekten av systematisk veiledning er kontrollert for en rekke andre variabler og dermed må anses som ganske sterk.

Det ser ikke ut til å være en positiv effekt av samspillet mellom å oppleve stor grad av kontroll og det å oppleve store krav, og denne delen av Karasek sin modell får dermed liten støtte. Det å oppleve høye krav og stor grad av kontroll ikke gir den klare læringseffekten som man kan forvente av Karasek sin modell (figur 2.1), men variablene som inngår i modellen ser ut til å ha klare effekter hver for seg. Dette er i tråd med tidligere empiriske undersøkelser av Karaseks modell (Kwakman, 2001; Taris *et al.*, 2003).

Læring i arbeidslivet - komplekse sammenhenger

Analysene som er gjort tegner opp et ganske komplekst bilde av hvilke aspekter som henger sammen med opplæring i arbeidslivet, vurdering av opplæring, og hvordan opplæring er med på å påvirke den generelle tilfredsheten med arbeidet. Det sosiale miljøet peker seg ut som viktig, både som en kilde til kunnskap og som en motivasjon for ny læring. Det er også tydelig at opplevelse av jobben som svært krevende legger store utfordringer på den enkelte arbeidstager, og at systematisk veiledning gir en gunstig effekt på tilfredsheten med arbeidet. Det kommer også frem at sammenhengen mellom studier og arbeidsliv er viktig på flere områder. For det første gir en aktiv og selvstendig studiemåte økt sannsynlighet for at en er en selvstendig og kunnskapssøkende sykepleier. For det andre har det en negativ effekt på trivsel i arbeidet, dersom de nyutdannede sykepleierne opplever en motsetning mellom opplæringen i arbeidslivet og utdanningen.

Del 3: Opplæring i utdanning og arbeid

Rapporten viser tydelig at det er store variasjoner mellom sykepleiere, leger, sosialarbeidere og allmennlærere når det gjelder deltagelse i forskjellige opplæringsprogram, og hva som brukes som kilder til kunnskap i forskjellige situasjoner. I stor grad lar dette seg forklare med forskjeller i arbeidets natur i de forskjellige profesjonene, og med forskjellige kunnskapstradisjoner og akademiseringsgrader av profesjonene. Men noen av forskjellene er vanskelige å forklare med slike henvisninger. Spesielt oppsiktsvekkende er de store variasjonene i deltagelse i opplæringsprogram; sykepleierne er svært aktive, mens allmennlærerne kommer veldig dårlig ut. Samtidig bør det nevnes at allmennlærerne er mer aktive på eksterne opplæringsprogram, mens sykepleie ser ut til å vektlegge intern opplæring. Som nevnt innledningsvis kan dette resultatet kanskje ha sammenheng med at de fleste sykepleierne i vårt materiale jobber ved sykehus, der opplæringen skiller seg fra opplæringen i kommunehelsetjenesten (Førland, 2005).

Funnene i del 1 og 2 av rapporten utfyller hverandre på en god måte. Det som er blitt omtalt som kontekstuelle faktorer ved arbeidet (opplevde krav, opplevd kontroll og opplevd sosial støtte) ser ut til å ha en effekt både på den generelle tilfredsheten med arbeidet, men også mer spesifikt ved vurderingen av den opplæringen de har fått. I del 1 av rapporten kom det også frem at uformell kontakt med kolleger er den vanligste strategien når sykepleierne står overfor faglige utfordringer. Det sosiale miljøet spiller dermed en rolle både som motivasjon og som en kilde til kunnskap.

Det blir ofte trukket frem som et generelt kjennetegn ved profesjonsutdanninger at det eksisterer en motsetning mellom teori og praksis (Shulman & Wilson, 2004), noe som ofte blir forstått som en motsetning mellom det studentene lærer i utdanningen og det arbeidslivet etterspør. Dette gjelder også i sykepleie. Dersom man antar at profesjonsutdanningers oppgave er å produsere ferdig utlærte utøvere er en slik motsetning et problem. Men man kan også se på utdanning og arbeidsliv som to arenaer der kvalifisering og opplæring skal foregå kontinuerlig. Eraut (1994) har argumentert for at det sentrale spørsmålet innen profesjonskvalifisering er hva som læres best hvor. Noen typer kunnskap tilegnes best i utdanningen, mens andre typer kunnskap læres best i arbeidslivet. Et slikt perspektiv tydeliggjør sammenhengen mellom utdanning og arbeidsliv, og stadfester at det er to

forskjellige arenaer for profesjonskvalifisering som begge er av betydning for kvaliteten på det fremtidige profesjonelle arbeidet. I denne rapporten har det i hovedsak vært fokus på opplæring i arbeidslivet, men det er også trukket inn data fra studietiden i analysene, og dette har tydeliggjort hvilke utfordringer som eksisterer, men også hvilke muligheter.

Når de nyutdannede sykepleierne gir uttrykk for at det å oppleve en motsetning mellom studier og opplæring i arbeidslivet gir en lavere tilfredshet med arbeidet er det ikke sikkert at dette skal fortolkes i den retning at det skal være et 1:1 forhold mellom kunnskap som vektlegges i studiene og hva arbeidslivet krever. For det første var det bare ca. 20 % som var helt eller delvis enig i at de hadde opplevd en slik motsetning. For det andre har det vært påpekt av flere at en viss uenighet i perspektiv mellom disse to kontekstene (arbeidsliv og utdanning) kan være det som skaper dynamikk og utvikling i begge kontekstene. De nyutdannede sykepleierne vil være det man kan kalle grensekryssere ("boundary-crossers") mellom disse kontekstene (Guile & Young, 2003).

Det som noen ganger kalles et praksissjokk eller virkelighetssjokk (Maben, Latter & Clark, 2006; Stronach *et al.*, 2002) forstås ofte som et gap mellom hva utdanningen kan tilby og det arbeidslivet etterspør. I et "grensekryssingsperspektiv" vil dette i stedet fremstå som en mulighet for utvikling for begge arenaer. Det lave antallet sykepleiere som sier at opplæringen likner mye på det de lærte i utdanningen, og det høye antallet som sier at opplæringen i arbeidslivet har videreført det de lærte i utdanningen peker også i denne retningen: motsetningene mellom de ulike læringsarenaene skaper en god mulighet for videre faglig utvikling. Samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike arenaene (skolen der de har utdanning og organisasjonen de jobber i) blir da svært viktig for å legge forholdene til rette for læring.

Tidligere undersøkelser av sykepleierstudentenes svar i StudData har pekt på at nyutdannede sykepleiere opplever et kompetansegap mellom utdanningen og kravene i arbeidslivet (Smeby & Vågan, 2007; Vågan & Terum, 2005), og at sykepleierstudentene opplever en sterk misnøye med utdanningen sin, i form av at de gjerne ville valgt samme utdanning om igjen, men ikke samme lærested (Abrahamsen & Smeby, 2004). En del av funnene i rapporten kan tolkes i retning av at arbeidsplassene til de nyutdannede sykepleierne tar disse utfordringene på alvor, samtidig som kompleksiteten i hva som påvirker opplæring og kunnskapsutvikling

også kommer frem. Funnene kan også tolkes optimistisk i og med at de viser hvilket potensial som faktisk finnes for profesjonell utvikling dersom sykepleierutdanningen og det som ofte refereres til som praksisfeltet samarbeider om den profesjonelle utviklingen av nyutdannede sykepleiere.

Implikasjoner av funnene

Sykepleiekvalifisering er ikke en avgrenset virksomhet som foregår i løpet av de tre årene ved høyskolen, men en utvikling som foregår kontinuerlig gjennom grunnutdanningen og videre i arbeidslivet. Funnene i denne rapporten påpeker noen sammenhenger mellom hva utdanningen kan og bør bidra med og hva arbeidsplassene til de nyutdannede sykepleierne kan og bør bidra med.

Dersom man ser utdanning og arbeidsliv som to arenaer som kan by på gjensidig utfyllende læringsmuligheter, blir det også tydelig at både utdanning og arbeidsliv har et ansvar for kontinuerlig læring. Utdanningene har en viktig jobb å gjøre i form av å forberede og stimulere til kontinuerlig utvikling i arbeidslivet. En del av dette kan være å oppmuntre til selvstendige studievaner og forsøke å dyrke frem studenter som tar ansvar for egen læring. Arbeidsplassene har et ansvar i å tilby gode læringsforhold, og gjennomføre tiltak som fremmer læring. Men like viktig som hva de to arenaene kan få til hver for seg er en forpliktende og velfungerende kontakt mellom utdanningen ved høyskolen og arbeidsplassene til de nyutdannede, i dette tilfellet sykehusene. En enighet om hva som skal læres i hvilken arena, begrunnet ut fra spørsmålet om hva som læres best hvor, bør være et viktig mål for fremtidig samarbeid.

Analysene har vist at det å øke jobbkontroll uten å senke kravene til den enkelte sykepleier har lite for seg, det er økt kontroll og senkede krav som demper stress og øker motivasjonen for læring. Dette innebærer at arbeidsplassene kan spille en viktig rolle både gjennom å kunne tilby et støttende arbeidsmiljø, og gjennom å tillate nyutdannede å være det som har blitt kalt "legitime perifere deltakere", altså deltakere i fellesskapet med redusert intensitet, i form av lavere krav og mer kontroll over eget arbeid (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1998). Dette innebærer også at arbeidsplassene må se på opplæring i arbeidslivet i et mer helhetlig perspektiv, der både arbeidsbelastning og sosialt miljø har innvirkninger på opplæringen.

Tidligere undersøkelser har vist at dette i stor grad er tilfeldig og overlatt til den enkelte i sykepleien, og at tidspress kommer inn som et hinder for dialog og refleksjon (Bjørk, 1999).

Sammenlignet med spesielt allmennlærerne ser likevel sykepleierne ut til å ha kommet svært langt når det gjelder opplæring av nyutdannede, men det betyr ikke at man ikke bør søke forbedring. Satsningsfeltene for fremtiden kan være nettopp de sammenhengene som utmerker seg som viktige i denne rapporten. For eksempel peker den sterke positive effekten av systematisk veiledning fra overordnet eller kollega mot at dette kan være et tiltak for fremtiden. På samme måte understrekes betydningen av at de nyutdannede forstår relevansen med det de lærer i arbeidslivet, og at selv om ikke utdanning og arbeidsliv skal tilby identisk type utdanning, er det viktig at sykepleierne selv opplever at det er en videreføring av kunnskap. Opplæring i arbeidslivet kan by på muligheter for å kontekstualisere det sykepleierne har tilegnet seg i studiene på en måte som viderefører kunnskapen.

Kort oppsummert:

- Sykepleierutdanningen og arbeidsplassene må sørge for at det er klart hvilket ansvar de forskjellige kvalifiseringsarenaene har for læring. En måte å gjøre dette på kan være å få utdanningene i tett dialog med arbeidsplassene, og være med på å utvikle opplæringen i arbeidslivet. Utdanning i arbeidslivet må da sees som en utfyllende kvalifiseringsarena for sykepleiere, og en mulighet for kontinuerlig læring etter "hva læres best hvor"-prinsippet, ikke kun som faglig påfyll. Dette må også systematiseres for kommunehelsetjenesten. Utdanningene bør se det som sitt ansvar også å sikre kontinuerlig læring i arbeidslivet.
- Systematisk veiledning av nyutdannede fra overordnede eller kolleger ser ut til å ha en positiv effekt, og bør videreutvikles.
- Studenter som har en aktiv og selvstendig studiestrategi er også aktive med å skaffe seg kunnskap på egen hånd i arbeidslivet. Dette bør utdanningene etterstrebe og utvikle.
- Et sosialt støttende miljø, som også innbefatter at overordnede oppfordrer til læring og utvikling av ferdigheter, er et grunnlag for fortsatt sykepleiekvalifisering i arbeidslivet.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abrahamsen, B., & Smeby, J.-C. (2004). *Sykepleierstudenten : rekruttering, studietilfredshet og studieutbytte*. HiO-rapport nr 7. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Arnesen, C. Å., & Næss, T. (2000). *Personellsituasjonen i sosialtjenesten og barneverntjenesten*. Nifu-rapport 13. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning.
- Bjørk, Hansen, B. S., Samdal, G. B., Tørstad, S., & Hamilton, G. A. (2007). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 88-94.
- Bjørk, I. T. (1999). *Hands-on nursing new graduates' practical skill development in the clinical setting*. Oslo: Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.
- Bjørk, I. T., Hansen, B. S., Samdal, G. B., & Tørstad, S. (2005). Hva skal en klinisk stige være? *Sykepleien*(1).
- Caspersen, J. (2007). Three aspects of professionalism in Norwegian teaching and nursing. In C. Aili & L. E. Nilsson, *"Tension between profession and organisation"*. Kristianstad: Almqvist & Wiksell.
- Caspersen, J. (under arbeid). Individual and contextual characteristics in novice professionals' participation in continuing professional development.
- Dæhlen, M. (2003). *Motivasjon og framtidstro bilder av sykepleierstudentene*. Hio-rapport nummer 17. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer Press.
- Eriksen, T. R. (2004). Gendered professional identity and professional knowledge in female health education- put into perspective by a follow-up study (1987-2002). *Nora: Nordic journal of womens` studies*, 12(1), 20-30.
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & -McGrath, J. P. (2005). Profiling Canadian Nurses' Preferred Knowledge Sources for Clinical Practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 118-140.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Førland, O. (2005). *Fra student til sykepleier. Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av prosjektet "Sykepleieres yrkesløp og verdier"*. Bergen: Diakonissehjemmets høyskole.
- Guile, D., & Young, M. (2003). Transfer and transition in vocational education: Some theoretical considerations. I T. Tuomi-Gröhn & Y. Engestrom (red), *Between School and Work. New Perspectives on Transfer and Boundary Crossing*. Amsterdam: Pergamon.
- Holm, S. (2007). *Jobbtrivsel og motivasjon blant sosialarbeidere - en kvantitativ undersøkelse av betydningen av arbeidsmiljøforhold for jobbtilfredshet og motivasjon*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Jensen, K. (2007). The desire to learn: an analysis of knowledge-seeking practices among professionals. *Oxford Review of Education*, under trykking.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R. A., Jr. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285.
- Karseth, B., & Nerland, M. (2007). Building professionalism in a knowledge society: Examining discourses of knowledge in four professional associations. *Journal of Education and Work*, under trykking.
- Kirchhoff, J. (2005). Tilfeldig oppdatering. *Sykepleien*(3).
- Kwakman, K. (2001). Work stress and work-based learning in secondary education: testing the Karasek model. *Human Resource Development International*, 4(4), 487-501.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lortie, D. C. (1975/2002). *Schoolteacher: a sociological study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maben, J., Latter, S., & Clark, J. M. (2006). The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477.
- Shulman, L. S., & Wilson, S. M. (2004). *The wisdom of practice : essays on teaching, learning, and learning to teach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Smeby, J.-C., & Vågan, A. (2007). Fra utdanning til arbeid. I H. Alsvåg & O. Førland (Eds.), *Engasjement og læring- fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.

- Stronach, I., Corbin, B., McNamara, O., Stark, S., & Warne, T. (2002). Towards an uncertain politics of professionalism: teacher and nurse identities in flux. *Journal of Education Policy*, 17(1), 109-138.
- Taris, T. W., Kompier, M. A. J., De Lange, A. H., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2003). Learning new behaviour patterns: a longitudinal test of Karasek's active learning hypothesis among Dutch teachers. *Work and Stress*, 17(1), 1-20.
- Vågan, A., & Terum, L. I. (2005). *Fra utdanning til arbeid: sykepleieres vurdering av utdanningen*. HiO-rapport nummer 23. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice : learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Aamodt, P. O. (2005). *Learning outcome in professional education: The influence of institutional and student characteristics*. SPS arbeidsnotat nummer 8. Oslo: Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.

Vedlegg

Metodiske begrensninger og operasjonaliseringer

Selv om longitudinelle undersøkelser av den typen som er foretatt her gir et svært spennende inntak til å studere sammenhenger mellom ulike kontekster, så finnes det likevel begrensninger i analysene. For det første skaper longitudinelle analyser av denne typen noen utvalgmessige problemer, i og med at det vil kun være de som har svart i alle faser som er med i utvalget, og når man undersøker hvilken betydning opplæring har gjør man det ved å undersøke kun de som har mottatt opplæring. Dette skaper mulighet for at det kan være en seleksjon av respondenter og en skjevhet i rapporteringen. Det kan godt være at de som ikke har mottatt opplæring ikke vurderer den som særlig viktig heller, og at den dermed ikke har noen effekt på andre måter for disse respondentene.

I tillegg ligger det selvsagt begrensninger i survey-undersøkelser av den typen StudData er; selv om man spør om subjektive erfaringer vil svarene alltid være begrenset av de foreliggende alternativene. Åpne spørsmål eller andre typer kvalitative studier kan svare bedre på subjektive spørsmål, men mister generaliseringsmuligheten som ligger i større undersøkelser med lukkede spørsmål. Mer spesifikt til temaet som tas opp i denne rapporten, opplæring i arbeidslivet, så er det mange ting som kan hemme og fremme dette som ikke dekkes inn av rapporten. Fysiske observasjoner av arbeidsmiljø og tidsbruk på arbeidsplassen kan være en mulig måte å undersøke dette nærmere på.

Analysene i del to er foretatt ved forskjellige typer regresjoner. Det er viktig å understreke at alle analyser i denne delen av rapporten er basert utelukkende på sykepleiere, og funnene kan altså ikke automatisk generaliseres til andre profesjoner. Dette ville selvsagt vært en interessant sammenligning, men det ligger utenfor rammene til denne rapporten. Der antall verdier på den avhengige variabelen er fem er det foretatt lineære regresjonsanalyser, dersom den avhengige variabelen har færre verdier er det brukt logistisk regresjonsanalyse med en dummy som avhengig variabel.

De uavhengige variablene er bygget opp på forskjellig vis. Kjønn er dikotom med mann= 0 og kvinne=1. Alder er kontinuerlig og er konstruert ut i fra det oppgitte fødselsåret til respondentene. Studiestrategi er konstruert av åtte variabler satt sammen til en indeks (se

tabell v.2) og har en cronbachs alfa på 0,6, noe som må anses som tilfredsstillende. De kontekstuelle variablene for krav, kontroll og sosial støtte er konstruert av forskjellig antall variabler (se tabell v.1) og har alle en cronbachs alfa på over 0,7. I analysene anvendes de som z-scorer, og koeffisientene tilsvarer da en endring på ett standardavvik, i stedet for en endring fra for eksempel verdi 1 til verdi 2 på en skala.

De uavhengige variablene for opplæring i arbeidslivet er stilt til begge panelene som inngår i del to av rapporten, men skalaene er forskjellige. Studentene i panel 2 har vurdert påstandene på skalaen 1(helt enig), 2(delvis enig), 3(delvis uenig) og 4(helt uenig). I tillegg har de fått alternativet "vet ikke". I panel 1 har de blitt bedt om å vurdere påstandene på skalaen 1(i svært stor grad), til 5(ikke i det hele tatt). For å kunne bruke spørsmålene fra begge panelene er svarene omregnet til z-scorer før de er koblet sammen.

Der vurdering av opplæring brukes som avhengig variabel er det kun panel 1, altså de som har fått spørsmålet på ordinal skala med 5 verdier, som er med i analysene. Dette medfører at antallet i disse analysene er noe lavere enn i de andre, og det er ca 230 som er med i disse analysene. Dette er gjort for å lette fortolkningen ved å ikke ha z-scorer som avhengig variabel. I tillegg var antallet som har svart på dette spørsmålet høyt nok til å kun benytte data fra ett panel.

Alle figurer som er presentert fortløpende i teksten i del to er basert utelukkende på signifikante koeffisienter, og alle fullstendige analyser er presentert i vedlegg til sist i rapporten. Referansegruppen i alle grafiske fremstillinger er kvinne, 28 år (modus), scorer 3 i studiestrategi (modus), og scorer 1 på alle uavhengige variabler som inngår i modellen, bortsett fra variabelen det predikeres for.

Tabell v1: Variabler i indekser for krav, kontroll og sosial støtte

Variabler som inngår i indeksene krav, kontroll og støtte		Cronbachs alfa
Krav	Jobben min krever at jeg arbeider svært raskt Jobben min krever at jeg arbeider svært hardt Jeg blir ikke bedt om å gjøre uforholdsmessig mye arbeid (snudd) Jeg har nok tid til å få gjort jobben Jeg er ikke utsatt for motstridende krav fra andre (snudd)	0,731
Kontroll	Jobben min gjør det mulig å treffe mange avgjørelser på egen hånd I jobben min har jeg svært liten frihet til å bestemme hvordan jeg vil utføre arbeidet (snudd) Jeg har mye å si når det gjelder hva som skjer med jobben min Jobben min krever at jeg lærer meg nye ting I jobben min er det mye gjentakelser (snudd) Jobben min krever at jeg er kreativ Jobben min krever et høyt nivå av ferdigheter Jeg gjør mye forskjellig i arbeidet mitt Jeg har mulighet til å utvikle meg videre på områder jeg har anlegg for Jeg diskuterer jevnlig med kolleger hvordan arbeidet bør legges opp Jeg diskuterer jevnlig vanskelige avveininger eller avgjørelser med kolleger. Mine arbeidsoppgaver er av en slik art det er umulig for andre å bedømme hvor god jobb jeg gjør	0,706
Sosial støtte	Jeg arbeider sammen med hjelpsomme kolleger Jeg arbeider sammen med folk som er opptatt av meg som person Min nærmeste overordnede er hjelpsom Min nærmeste overordnede er opptatt av at jeg trives	0,737

Tabell v2: Variabler som inngår i indeks for studiestrategi

Variabler som inngår i indeks for studiestrategi	Cronbachs alfa
Jeg forsøker å ha en kritisk holdning til det fagstoffet som formidles i studiet Jeg forbereder meg gjennomgående godt til undervisningen Jeg får mye ut av å diskutere fag med medstudenter Jeg oppsøker lærere for å klargjøre faglige problemer Mitt studiearbeid består stort sett av å lese pensum og løse obligatoriske oppgaver (snudd) Det er eksamen som først og fremst bestemmer hva jeg konsentrerer meg om (snudd) Jeg har deltatt mye i gruppearbeid som vi studentene selv har organisert Jeg leser ofte fagstoff som ikke står på pensum	0,617

Tabell v3: Studiestrategier blant gruppene. Andel og gjennomsnitt

	Index for studiestrategi (prosent)							Gjennomsnitt
	Passiv	2	3	4	5	6	Selvstendig	
sykepleier	0,9	12,1	39,9	34,9	11,1	0,9	0,1	3,5
allmennlærer	1,2	16,3	42,1	31,0	8,4	1,0	0,0	3,3*
lege	0,3	8,9	31,1	37,7	18,6	3,4	0,0	3,8*
sosialarbeider	0,0	16,9	38,6	29,9	11,7	2,9	0,0	3,5
Total	0,7	14,1	39,2	32,9	11,4	1,7	0,0	3,5

Kjikkvadrat: 76,622, p< 0,01

*=Signifikant forskjellig fra sykepleiere på 0,05 nivå

Tabell v4: Kunnskapskilder og kjønn, alder og studiestrategi for gruppene. Binomisk logistisk regresjon

	Søke på internett			Søke i fagbøker eller tidsskrifter			Konsultere fagfolk utenom jobben			Søke råd hos overordnede eller kollegaer		
	B	S.E	Sig.	B	S.E	Sig.	B	S.E	Sig.	B	S.E	Sig.
Konstant	-4,31	8,21	0,60	1,29	5,87	0,83	1,22	8,98	0,89	-6,41	8,94	0,47
Kjønn (0=mann, 1=kvinne)	-1,73	0,52	0,00	-0,21	0,46	0,65	-1,13	0,57	0,05	0,01	0,80	0,99
Alder	-0,04	0,03	0,12	0,00	0,02	0,99	-0,01	0,03	0,78	-0,07	0,03	0,03
Studiestrategi	0,81	0,17	0,00	0,37	0,13	0,00	-0,07	0,19	0,73	0,33	0,22	0,14
Kontroll	1,60	2,83	0,57	-0,17	2,00	0,93	-1,83	3,14	0,56	3,05	3,15	0,33
Krav	0,80	2,96	0,79	-1,73	2,09	0,41	-0,10	3,05	0,97	1,71	3,25	0,60
Sosial støtte	-0,41	0,33	0,22	-0,53	0,25	0,03	0,26	0,37	0,48	0,21	0,44	0,64
Samspill kontroll og krav	-0,34	1,01	0,73	0,52	0,71	0,46	0,37	1,07	0,73	-0,53	1,16	0,65
N	318			324			319			322		
-2LL	271,52			415,68			213,75			176,28		

Tabell v5: Studiestrategi og kjønn, krysstabell

Studiestrategi og kjønn, krysstabell			
	Kvinne	Mann	Total
Passiv	0,9	0,0	0,8
2	12,2	11,4	12,1
3	40,2	35,7	39,8
4	34,8	37,1	35,0
5	11,0	12,9	11,2
6	0,7	2,9	0,9
Selvstendig	0,1	0,0	0,1
N	679	70	749
Total	100	100	100

Kji-kvadrat= 4,41935 p>0,05

Tabell v6: Studiestrategi og alder, lineær regresjon

	B	S.E	Sig.
Konstant	2,406	0,105	0,000
Alder	0,033	0,003	0,000
r^2	0,039		

Tabell v7: Vurdering av opplæring, lineær regresjon

	Opplæringen har vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb		Opplæringen likner mye på det jeg lærte i utdanningen		Opplæringen har vært lite relevant for arbeidet		Opplæringen har videreført det jeg lærte i utdanningen		Opplæringen har ofte vært stikk i strid med det jeg lærte i utdanningen	
	b	s.e	b	s.e	b	s.e	b	s.e	b	s.e
Konstant	4,48	0,58	0,83	0,57	1,93	0,71	2,18	0,56	1,97	0,57
Kjønn (0=mann, 1=kvinne)	-0,66	0,36	0,41	0,36	-0,08	0,44	0,64	0,35	0,22	0,36
Alder	0,00	0,01	0,05	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	-0,01	0,01
Index for studiestrategi 2	-0,03	0,08	0,01	0,08	-0,10	0,10	0,11	0,08	0,02	0,08
Kontroll (z-score)	0,37	0,09	0,00	0,09	-0,10	0,11	0,12	0,09	-0,09	0,09
Støtte (z-score)	0,19	0,09	0,27	0,09	-0,17	0,11	0,19	0,08	-0,01	0,09
Krav (z-score)	-0,19	0,09	-0,12	0,08	-0,03	0,10	-0,05	0,08	0,19	0,08
Samspill krav og kontroll	-0,06	0,08	-0,08	0,08	0,00	0,10	-0,07	0,08	0,09	0,08
Forklart varians	18,10		13,00		4,00		9,40		3,90	

Signifikante koeffisienter i fet skrift, p<0,05

Tabell v8: Generell tilfredshet med arbeidet, lineær regresjon

Generell tilfredshet med arbeidet, sosialt miljø, deltagelse i opplæringsprogram og kunnskapsstrategier. Lineær regresjonsanalyse														
	b	s.e	b	s.e	b	s.e	b	s.e	b	s.e	b	s.e	b	s.e
Konstant (generell tilfredshet)	4,20	0,33	4,28	0,32	3,83	0,16	3,75	0,18	3,89	0,35	3,70	0,19	3,77	0,42
Kjønn	0,03	0,18	0,07	0,17	0,00	0,06	0,02	0,06	0,08	0,18	0,01	0,07	0,10	0,19
Alder	-0,01	0,01	-0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,01	0,01	-0,01	0,00	0,00	0,01
Index for studiestrategi 2	0,03	0,05	0,00	0,04	0,04	0,02	0,22	0,02	0,01	0,05	0,05	0,03	0,00	0,05
Kontroll (z-score)			0,28	0,05	0,25	0,02	0,24	0,02					0,24	0,06
Støtte (z-score)			0,21	0,05	0,23	0,02	0,24	0,03					0,19	0,05
Krav (z-score)			-0,21	0,04	-0,14	0,02	-0,14	0,02					-0,18	0,05
Samspill krav og kontroll			-0,10	0,04	-0,05	0,02	-0,05	0,02					-0,09	0,05
Systematisk veiledning fra overordnede eller annen kollega					0,08	0,06	0,07	0,06	0,31	0,11			0,23	0,11
Eget opplæringsprogram					0,11	0,06	0,11	0,06	0,08	0,10			0,02	0,11
Kurs organisert av arbeidsgiver					0,01	0,05	0,01	0,05	-0,03	0,11			-0,04	0,11
Deltaking i eksterne kurs					0,01	0,05	0,00	0,05	0,07	0,10			0,06	0,10
Ingen systematisk opplæring					-0,11	0,07	-0,12	0,07	-0,24	0,15			-0,12	0,16
Søke råd hos overordnede eller kolleger							0,05	0,08			0,23	0,08	0,24	0,16
Konsultere fagfolk utenom jobben							0,12	0,07			0,14	0,07	0,09	0,16
Søke i fagbøker eller fagtidsskrifter							0,04	0,05			0,02	0,06	0,05	0,10
Søke på internett							0,07	0,05			0,17	0,06	0,05	0,12
Opplæringen har vært tilstrekkelig for å gjøre en god jobb													0,07	0,05
Opplæringen likner mye på det jeg lærte i utdanningen													-0,14	0,08
Opplæringen har vært lite relevant for arbeidet													-0,13	0,07
Opplæringen har videreført det jeg lærte i utdanningen													-0,04	0,09
Opplæringen har ofte vært stikk i strid med det jeg lærte i utdanningen													-0,18	0,08
Forklart Varians	0,9		22,9		29,5		30,30		9,5		3,10		29,7	

Signifikante koeffisienter i fet skrift (p<0,05)