

www.sintef.no





SINTEF Unimed

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

En kartlegging av praksisstudiene i sykepleierutdanningen

FORFATTER(E)

Jan-W. Lippestad og Christina Hofseth

OPPDRAGSGIVER(E)

Norsk Sykepleierforbund

| | | | |
|-----------------------------|---|--|-----------------------------|
| RAPPORTNR. STF78 A034513 | GRADERING Åpen | OPPDRAGSGIVERS REF. Jarle Grumstad | |
| GRADER. DENNE SIDE Åpen | ISBN 82-14-03246-6 | PROSJEKTNR. 78352301 | ANTALL SIDER OG BILAG 45 |
| ELEKTRONISK ARKIVKODE | PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jan-W. Lippestad | VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Arne H. Eide | |
| ARKIVKODE | DATO 2003-11-21 | GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H. Eide, forskningsjef | |

SAMMENDRAG

SINTEF Unimed legger med dette frem resultatene av en kartlegging av praksisstudiene i sykepleierutdanningen. I kartleggingen har vi søkt å få fram i hvilken grad studentene får den praksisen de har krav på i henhold til utdanningens rammeplan, hva som er årsaken til dette dersom kravene ikke oppfylles, samt studentenes vurdering av sentrale sider ved praksisstudiene. Datainnsamlingen har bestått av spørreskjemaundersøkelse blant avgangstudentene i 2003 med tilhørende pilotundersøkelse i 2002, intervjuundersøkelse blant avgangstudentene i 2003, og en spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige/ kullansvarlige i 2003. Rammenplanens ulike konkrete krav til omfang av praksis – og veiledet praksis – overholdes for 90 - 97 % av studentene, med noe variasjon med hensyn til de ulike kravene. Innenfor svangerskaps- og barselomsorg, hvor kravet til praksis er mindre konkretisert, er det imidlertid grunn til å stille spørsmål om rammeplanens krav oppfylles.

| STIKKORD | NORSK | ENGELSK |
|------------|-----------|----------|
| GRUPPE 1 | Helse | Health |
| GRUPPE 2 | Opplæring | Training |
| EGENVALGTE | Sykepleie | Nursing |
| | | |
| | | |

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 1 | Sammendrag | 4 |
| 1.1 | Bakgrunn | 4 |
| 1.2 | Mål | 4 |
| 1.3 | Oppsummering av resultater og konklusjon..... | 4 |
| 2 | Bakgrunn | 8 |
| 3 | Mål | 8 |
| 4 | Prosjektdesign, metode og utvalg | 8 |
| 4.1 | Spørreskjemaundersøkelse blant avgangsstudentene i 2002..... | 8 |
| 4.2 | Spørreskjemaundersøkelse blant avgangsstudentene i 2003..... | 9 |
| 4.3 | Nærmere om utvalg og metode i spørreskjemaundersøkelsene blant studentene | 9 |
| 4.4 | Intervjuundersøkelse blant avgangsstudentene i 2003 | 11 |
| 4.5 | Spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige/kullansvarlige i 2003 | 12 |
| 5 | Organisering av prosjektet | 12 |
| 6 | Problemstillinger | 13 |
| 7 | Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen blant sykepleierstudentene | 14 |
| 7.1 | Innledning..... | 14 |
| 7.2 | Omfang av praksis..... | 14 |
| 7.3 | Praksis på poliklinikk | 16 |
| 7.4 | Oppfylles rammeplanen?..... | 16 |
| 7.5 | Lærerkontaktens veiledning | 18 |
| 7.6 | Sykepleierkontaktens veiledning..... | 22 |
| 7.7 | Erfaring med tiltak/oppgaver innen sykepleie i praksisstudiene..... | 24 |
| 8 | Resultater fra intervjuundersøkelse blant avgangsstudentene | 33 |
| 8.1 | Generell vurdering av praksisutdanningen..... | 33 |
| 8.2 | De enkelte oppgavene, tiltakene..... | 33 |
| 8.3 | Om sikkerhet med hensyn til å gå ut i arbeidslivet | 35 |
| 8.4 | Oppsummering | 35 |
| 9 | Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen blant praksisansvarlige og kullansvarlige | |
| 2003 | | 36 |
| 9.1 | Innledning..... | 36 |
| 9.2 | Bakgrunnsinformasjon | 36 |
| 9.3 | Generell vurdering av kvaliteten på praksisstudiene..... | 36 |
| 9.4 | Tilgangen til praksisplasser | 37 |
| 9.5 | Endringer siste 5 år med hensyn til tilgangen til praksisplasser og grunner til dette | 37 |
| 9.6 | Kurs for praksisveiledere..... | 38 |
| 9.7 | Kvaliteten på veiledningen..... | 38 |
| 9.8 | Studentenes vurdering av egen kompetanse..... | 39 |
| 9.9 | Studentenes tro på egne evner og høgskolenes betydning som holdningsskapere..... | 40 |
| 9.10 | Betydning av overgang fra gammel til ny rammeplan..... | 40 |
| 9.11 | Hva karakteriserer en god praksisplass | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 10 Oppsummering og konklusjon..... | 42 |
| 10.1 Innledning..... | 42 |
| 10.2 Får sykepleierstudentene den praksisen som de har krav på i henhold til rammeplanen? Hvis ikke; hva er grunnene til dette? | 42 |
| 10.3 Er praksisstudiene av tilfredsstillende kvalitet slik studentene vurderer det? | 43 |
| 10.4 I hvilken grad har studentene i praksisstudiene fått befatning med oppgaver og situasjoner som er sentrale i sykepleieryrket? | 43 |
| 10.5 Sikkerhet og valg av arbeidssted | 44 |

1 Sammendrag

1.1 Bakgrunn

SINTEF Unimed har på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund gjennomført en kartlegging av praksisstudiene i sykepleierutdanningen. Rapporten som her legges frem utgjør sluttrapporten i dette kartleggingsarbeidet og omfatter resultatene fra spørreskjemaundersøkelse blant avgangsstudentene i 2003 med tilhørende pilotundersøkelse i 2002, intervjuundersøkelse blant avgangsstudentene i 2003, og en spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige/ kullansvarlige i 2003. Rapporten er utarbeidet av forsker Jan- W. Lippestad (prosjektleder) og cand. polit. Christina Hofseth. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Arbeidet er gjennomført i perioden 1. april 2002 – 15. november 2003.

1.2 Mål

Målet med undersøkelsen har vært å gi en beskrivelse av omfanget av og utvalgte sider ved innholdet i praksisstudier i sykepleierutdanningen. I dette har også ligget en kartlegging av variasjoner i sykepleierstudentenes praksisstudier. Utgangspunktet for undersøkelsen har vært spørsmålet om hvor god praksisundervisningen er, og i hvilken grad praksisstudiene gjennomføres i henhold til de kravene som stilles i rammeplan både med hensyn til studienes varighet, hvilke fagområder som omfattes av praksisstudiene, og i hvilken grad høgskole og praksissted ivaretar veiledning og oppfølging av studentene.

1.3 Oppsummering av resultater og konklusjon

Målet med undersøkelsen har vært å gi en beskrivelse av omfanget av og utvalgte sider ved innholdet i praksisstudier i sykepleierutdanningen. I dette har også ligget en kartlegging av variasjoner i sykepleierstudentenes praksisstudier. Utgangspunktet for undersøkelsen har vært spørsmålet om hvor god praksisundervisningen er, og i hvilken grad praksisstudiene gjennomføres i henhold til de kravene som stilles i rammeplan både med hensyn til studienes varighet, hvilke fagområder som omfattes av praksisstudiene, og i hvilken grad høgskole og praksissted ivaretar veiledning og oppfølging av studentene. I oppsummeringen og konklusjonene har vi tatt utgangspunkt i hovedproblemstillingene i prosjektet. Drøftingen baserer seg på resultatene fra de undersøkelsen som er gjennomført som deler av kartleggingsarbeidet.

Får sykepleierstudentene den praksisen som de har krav på i henhold til rammeplanen? Hvis ikke, hva er grunnene til dette?

Spørreskjemaundersøkelsen blant avgangsstudentene i 2003 viser at 8,6% av studentene *ikke* hadde praksistid på til sammen 16 uker på de to praksisområdene medisinsk- og kirurgisk sengepost (jf. krav i ny rammeplan). Innenfor hvert av de to praksisområdene var det 2,9% som ikke oppfylte kravet om 6 ukers praksis på medisinsk sengepost, mens 2,7% ikke oppfylte kravet om 6 uker på kirurgisk sengepost. I sammenligning med resultatene fra 2002 viser det seg at andelen studenter som hadde 6-7 uker praksis ved henholdsvis medisinsk og kirurgisk sengepost var høyere i 2002, noe som trolig gjenspeiler at den nye rammeplanen stiller krav om 6 ukers praksis. Det er 13,6% av studentene som ikke oppfyller rammeplanens krav om minst 12 ukers praksis i "*kommunehelsetjeneste, eldreomsorg og hjemmesykepleie*". Kravet om minst 8 uker praksis i hjemmebaserte tjenester oppfylles av 84,7% av studentene. Kravet til praksis "*i tilknytning til psykisk helsearbeid*" er i den nye rammeplanen på minst 8 uker. Når vi slår sammen praksistiden i spesialist- og kommunehelsetjenesten, finner vi at dette kravet ble oppfylt for 95,6% av studentene. Det vil si at for 4,4% ble kravet ikke oppfylt. Videre er det krav til at studentene skal ha hatt *veiledet* praksis i minst 8 uker innenfor hvert av fagområdene medisin, kirurgi, psykisk helsearbeid og kommunehelsetjeneste. I dette inngår veiledning fra høgskolens

undervisningspersonell, og kontinuerlig veiledning av sykepleier ved praksisstedet. Undersøkelsen viste at følgende andel studenter oppfyller kravet om minst 8 uker *veiledet* praksis innenfor de ulike kategoriene:

| | |
|--|-------|
| Medisin – sengepost og poliklinikk samlet | 91,6% |
| Kirurgi – sengepost og poliklinikk samlet | 90,7% |
| Psykisk helsearbeid – Spesialist- og kommunehelsetjeneste samlet | 92,3% |
| Kommunehelsetjeneste - Svangerskaps- og barselomsorg, psykisk helsevern, hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger og "øvrig kommunehelsetjeneste" samlet | 97,1% |

Våre undersøkelser viser med andre ord at for er stort flertall av avgangsstudentene så er de kravene som er formulert i rammeplanen oppfylt. Men som vi har vært inne på også tidligere i rapporten, så vil det på en del praksisområder være vanskelig å gi noe entydig, tallmessig svar på hvilke krav som faktisk stilles i planen. Der vi i presentasjonen ovenfor har slått sammen praksis innenfor i utgangspunktet ulike praksisområder, så er dette basert på tilbakemeldinger fra avgangsstudentene og høyskolene når det gjelder lokale variasjoner med hensyn til hvordan helsetjenestene er organisert. Rammeplanen stiller ikke krav til et bestemt omfang av praksis innen *svangerskaps- og barselomsorg*, men stiller derimot krav til at studentene skal "*ha kunnskaper om og oppnå sykepleiererfaring og erfaring med sykepleiers samarbeid med andre fagområder i forebyggende helsearbeid og i svangerskaps- og barselomsorg*". Undersøkelsen viser at 72% av studentene hadde hatt mindre enn 1 ukes veiledet praksis i svangerskaps- og barselomsorg *både* i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette gir grunn til å stille seg tvilende til om rammeplanenes krav kan sies å bli oppfylt på dette området.

Undersøkelsen blant kullansvarlige og praksisansvarlige på høyskolene viser at det er innen psykisk helsevern (både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten), svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten og kirurgisk sengepost hvor det er særlig vanskelig å finne praksisplasser. Det pekes her på at det er et generelt problem å skaffe praksisplasser, noe som skyldes færre senger på sengepostene, samt nedbemanning, noe som gjør det vanskelig å skaffe veiledere på praksisstedene. Denne utviklingen har skjedd samtidig med at en har store studentkull. Behovet for flere praksisplasser har med andre ord vært økende, samtidig som tilbudet er blitt redusert. Usikkerheten omkring det å skaffe praksisplasser fører til at en i noen situasjoner må benytte praksisplasser som er uegnet eller ikke tilstrekkelig relevante. Til tross for dette, blir vår konklusjon at basert på tilbakemeldingene fra studentene og at en legger til grunn de vurderingene som er presentert ovenfor, så har sykepleierstudentene i hovedsak fått den praksisen de har krav på i henhold til rammeplanen.

Er praksisstudiene av tilfredsstillende kvalitet slik studentene vurderer det?

Undersøkelsene viser at et klart flertall av de studentene som har fått veiledning fra sykepleierkontakt, er godt fornøyd eller meget godt fornøyd med veiledningen. Jevnt over ble sykepleierkontaktens veiledning vurdert noe bedre enn veiledning gitt av lærerkontaktene. Både når det gjelder lærerkontaktene og sykepleierkontaktene så er det i forhold til svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten at færrest vurderer veiledningen som god. Som tilfellet var for lærerkontaktene, vurderte flere av 2002-studentene sykepleierkontaktens veiledning som "Meget god" enn hva studentene i 2003 gjorde. Lærerkontaktens tilgjengelighet og kompetanse, og sykepleierkontaktens tilstedeværelse og kompetanse vektlegges av studentene på den positive siden. Når det gjelder de delene av veiledningen som studentene er mindre fornøyd med, så går dette i hovedsak på lærerkontaktens tilstedeværelse på praksisstedet. I vurderingene av sider ved

sykepleierkontaktens veiledning som studentene er misfornøyd med, så gir ikke resultatene noe entydig bilde.

I intervjuundersøkelsen blant avgangstudentene kom det frem at erfaringene fra praksistiden varierer fra student til student og fra praksissted til praksissted, men svarene harmonerer langt på vei med det som kommer frem i spørreskjemaundersøkelsen. Et gjennomgående trekk i de undersøkelsene som er gjennomført i dette prosjektet, er en generell påpekning av problemer med å få praksisplasser, som forklares med organisatoriske endringer både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kombinert med store studentkull. Til tross påpekning av uheldige utviklingstrekk med hensyn til praksisstudiene, så får langt de fleste studentene den praksisen de har krav på, og et klart flertall er fornøyd med den veiledningen som blir gitt.

I hvilken grad har studentene i praksisstudiene fått befatning med oppgaver og situasjoner som er sentrale i sykepleieryrket?

Svaret på dette spørsmålet må bli at et stort flertall av sykepleierstudentene har fått befatning med de oppgavene og tiltakene som var oppgitt i spørreskjemaet, og som må ansees som sentrale i sykepleieryrket. På mange av de oppgitte områdene var andelen som svarte at de har kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre oppgaven/tiltaket på egen hånd, høyere enn andelen som svarte at de hadde erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning. Erfaring fra selvstendig arbeid synes med andre ord ikke å være noen forutsetning for at sykepleierstudentene mener at de kan utføre oppgaven på egen hånd. Intervjuene har imidlertid avdekket at bak resultatene eksisterer en viss grad av usikkerhet, dels av generell karakter og dels knyttet til enkeltoppgaver og enkelttiltak. Spørsmålene er oppfattet forskjellig, noe som igjen har ført til at svarene er basert på forskjellig grunnlag. På spørsmål om studentene innenfor hvert av områdene mener å ha kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre tiltaket/oppgaven på egen hånd, så viser undersøkelsen i 2003 at et klart flertall av studentene svarer ja på dette spørsmålet. Undersøkelsen har imidlertid avdekket at på visse områder så er det en relativt stor andel som svarer at dette har de ikke kunnskap og erfaring nok til å gjøre på egen hånd. Dette gjelder bl.a. for områder som; informasjon og veiledning til diabetespasienter, smerteutredning og behandling, terminalomsorg, ivaretagelse av pårørende i krise og sorg, samt ivaretagelse av pasienter i kardiovaskulært sjokk. Som hovedgrunn til dette, viser et klart flertall av studentene til "utilstrekkelig praktisk erfaring". Resultatene er interessante sett i lys av det som er presentert ovenfor hvor et klart flertall av studentene synes å få den praksisen de har krav på (målt i antall uker) samtidig som et klart flertall er fornøyd med den veiledningen studentene får på praksisstedene. For noen av tiltakene og oppgavene vil påpekning av manglende praktisk erfaring ha sin naturlige forklaring i og med at aktuelle og relevante situasjoner ikke har oppstått under praksistiden (f.eks. behandling av pasienter i sjokk). For andre områder igjen, avdekker imidlertid resultatene det en må kunne kalle mangler ved praksisstudiene. I den grad de skisserte tiltakene og oppgavene ansees som sentrale i sykepleiefaget og er tiltak/oppgaver som sykepleiere skal kunne utføre på egen hånd, så gir resultatene fra undersøkelsen grunn til ettertanke.

Sikkerhet og valg av arbeidssted

I hvilken grad en har krysset av for om en kan utføre enkeltoppgaver/enkelttiltak på egen hånd, kan også finne sin forklaring en mer generell usikkerhet blant sykepleierstudentene knyttet til overgangen fra en studiesituasjon (samvær med medstudenter og støtte fra veileder) til en arbeidssituasjon hvor en overlatt til seg selv skal omsette ervervet kunnskap i praktisk pasientarbeid. Temaet "usikkerhet" er noe som opptar studentene, og er dels knyttet til det ansvaret som følger med jobben, dels til at man nå slippes ut på egen hånd. Undersøkelsen viser også at en del av denne usikkerheten skapes gjennom praksisstudiene og da som et resultat av dårlig veiledning, tvetydighet i det som gis av råd og veiledning, samt holdningene til studenter

blant ansatte på praksisstedene. For mange av studentene vil slike erfaringer fra praksisstedene kunne virke avgjørende for senere valg av arbeidssted.

Praksisstudienes betydning for følelse av sikkerhet og senere valg av arbeidssted, bekreftes langt på vei av tilbakemeldingene fra høgskolene hvor det pekes på at sosialisering til sykepleierfaget skjer lite i skolen, og mest i praksis. Selv om en legger opp til at studentene skal bli ansvarsbevisste og reflekterte basert på ervervede kunnskaper, så viser erfaringen at det ikke er alle studentene som når så langt. Intensjonen er klar i forhold til å bygge på studentens ressurser, men i krysningpunktet mellom praksis og skole kan selvtilliten reduseres fremfor å vokse. I denne sammenheng etterlyses det en faglig diskusjon om hva som er målet for læring, og en diskusjon om fokus på pensum versus det å lære faget slik sykepleiefaget er forankret. Holdninger og verdier som preger sykepleierstudentene skapes også i stor grad i praksisfeltet, mange av studentene konfronteres her med det som beskrives som gapet mellom teori og praksis. Vårt inntrykk er at såvel studentene som ansatte på høgskolene legger vekt på praksisstudienes betydning, både når det gjelder å påvirke holdninger, redusere usikkerhet og å skape grunnlag for senere valg av arbeidssted. Resultatene fra denne kartleggingen kan i så henseende gi nyttig informasjon i det videre arbeidet med utvikling av sykepleierutdanningen generelt og praksisstudiene spesielt.

2 Bakgrunn

SINTEF Unimed har på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund gjennomført en kartlegging av praksisstudiene i sykepleierutdanningen. Rapporten som her legges frem utgjør sluttrapporten i dette kartleggingsarbeidet og omfatter resultatene fra følgende undersøkelser:

- *Spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg avgangsstudenter ved 20 høyskoler våren 2002 (gammel rammeplan for sykepleierutdanningen).*
- *Spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg avgangsstudenter ved 17 høyskoler våren 2003 (ny rammeplan for sykepleierutdanningen).*
- *Intervjuundersøkelse blant et utvalg avgangsstudenter ved 5 høyskoler våren 2003.*
- *Spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige/kullansvarlige ved 18 høyskoler 2003.*

Rapporten er utarbeidet av forsker Jan- W. Lippestad (prosjektleder) og cand. polit. Christina Hofseth. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Arbeidet er gjennomført i perioden 1. april 2002 – 15. november 2003.

3 Mål

Målet med undersøkelsen har vært å gi en beskrivelse av omfanget av og utvalgte sider ved innholdet i praksisstudier i sykepleierutdanningen. I dette har også ligget en kartlegging av variasjoner i sykepleierstudentenes praksisstudier. Utgangspunktet for undersøkelsen har vært spørsmålet om hvor god praksisundervisningen er, og i hvilken grad praksisstudiene gjennomføres i henhold til de kravene som stilles i rammeplan både med hensyn til studienes varighet, hvilke fagområder som omfattes av praksisstudiene, og i hvilken grad høyskole og praksissted ivaretar veiledning og oppfølging av studentene.

4 Prosjektdesign, metode og utvalg

4.1 Spørreskjemaundersøkelse blant avgangsstudentene i 2002

Det er 31 høyskoler med eksamensrett for utdanning i sykepleie (26 offentlige og 5 private). Videre viser "Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998 – 2001. Rett person på rett plass" (Sosial- og helsedepartementet) at opptaket til sykepleierutdanningen ved høyskolene har ligget på mellom 4.000 og 5.000 studenter årlig i perioden 1998 – 2001. I utvalget av studenter til spørreskjemaundersøkelsen tok vi utgangspunkt i at undersøkelsen skulle dekke et så bredt spekter av utdanningsinstitusjoner som mulig, og at utvalget av informanter skulle kunne gi en dekkende beskrivelse av gjennomføringen av praksisstudiene ved hver av høyskolene. Vi sendte en henvendelse til samtlige høyskoler med eksamensrett for sykepleierutdanningen med forespørsel om deltakelse i undersøkelsen. 20 høyskoler i 17 fylker svarte positivt. Spørreskjema ble sendt ut til samtlige av avgangsstudentene ved de 20 skolene, noe som utgjør et utvalg på 2.066 studenter.

Spørreskjemaet baserte seg på lukkede spørsmål med oppgitte svaralternativer. I utviklingsarbeidet valgte vi en fremgangsmåte hvor vi dels baserte oss på informasjon fra rammeplanene og forskrift, fagartikler og annen dokumentasjon som omhandlet ulike aspekter av praksisstudiene i sykepleierutdanningen. I tillegg benyttet vi referansegruppen (se kapittel 5 nedenfor) til å gi innspill til tematikk og spørsmålsformuleringer i undersøkelsen, samt til å velge ut konkrete oppgaver og situasjoner som er sentrale i sykepleien. Det ble her tatt utgangspunkt i den listen som "NSF Student" har utarbeidet som et minimumskrav til hvilke *sykepleieprosedyrer* man som student opparbeider seg handlingskompetanse overfor. (Listen er å finne i sin helhet i et hefte utarbeidet av NSF Student i 2001.) Noen av punktene på denne listen ble brukt uforandret i prosjektets spørreskjema, mens andre ble bearbeidet i form av avgrensning/konkretisering eller

omformet til å omfatte en situasjon i stedet for enn en oppgave. I tillegg valgte vi å trekke inn samlekategorier av sentrale sykepleieroppgaver (f.eks. "Sårstell"), supplere med noen mer konkrete/avgrensede oppgaver ("Intravenøs væskebehandling"), og trekke inn situasjoner som er relativt vanlige innen psykisk helsevern. Disse supplementene ble gjort ut fra et ønske om å inkludere oppgaver og situasjoner som dekker ytterligere områder som er sentrale og grunnleggende i sykepleie, og som involverer innsikt i sentrale pleieprinsipper.

Et utkast til spørreskjema i studentundersøkelsen ble pilottestet blant et utvalg på 8 studenter ved Lovisenberg Diakonale høgskole i Oslo. Gjennom pilottestingen fikk studentene anledning til å kommentere skjemaet, foreslå justeringer av spørsmålsformuleringer, komme med forslag til nye temaer som ikke er berørt i undersøkelsen, osv.

Når det gjelder utsendelse av spørreskjemaene til studentene, forholdt høgskolene seg til dette på ulik måte. Fra noen av skolene fikk vi tilsendt navn- og adresselister over samtlige avgangstudenter. Utsendelse av spørreskjema ble her foretatt av oss. Når det gjelder de skolene som ikke ønsket å gi fra seg navn- og adresseoversikter, ble utsendelse av skjemaet foretatt av skolene.

4.2 Spørreskjemaundersøkelse blant avgangstudentene i 2003

Undersøkelsen i 2003 var i all hovedsak en gjentakelse av 2002-undersøkelsen. Vi fant likevel, i samråd med oppdragsgiver og referansegruppen, tilstrekkelig tungtveiende metodiske grunner til å foreta noen endringer i spørreskjemaet. I tillegg måtte flere endringer gjøres som følge av at dette årskullet fulgte ny rammeplan. Noen av spørsmålene ble omformulert, samtidig som spørsmål med liten eller ingen informasjonsverdi ble fjernet. Dette har den konsekvens at 2002-undersøkelsen i en viss grad får status som en pilotundersøkelse for undersøkelsen gjennomført i 2003. På de områdene hvor undersøkelsene de to årene er identiske og direkte sammenlignbare vil samtidig resultatene fra 2002 bidra til å underbygge eller reise spørsmål ved resultatene fra 2003. Siden de to studentkullene har hatt ulike rammeplaner, vil også sammenligninger mellom de to kullene kunne være interessante med tanke på hvilke faktiske endringer dette kan ha medført i omfang av praksis, og også vurderinger av innholdet i praksisstudiene.

Vi sendte en henvendelse om deltakelse til de høgskolene som hadde deltatt i 2002-undersøkelsen. 18 høgskoler svarte positivt, noe som utgjør et utvalg på 1.822 studenter.

4.3 Nærmere om utvalg og metode i spørreskjemaundersøkelsene blant studentene

Utvalg og svarprosent

Undersøkelsen i 2003 resulterte i svar fra 538 studenter ved 17 av de 18 høgskolene som sa seg villige til å delta. Dette betyr at vi mottok svar fra 32% av de studentene som spørreskjema ble distribuert til. Svarprosenten varierte mye høgskolene i mellom, fra 5% til 77%.

Der det i rapporten blir vist til resultater fra undersøkelsen i 2002, baserer dette seg på svar fra studenter ved de samme 17 høgskolene. Dette omfatter svar fra 569 studenter, som gir en svarprosent på 32. Svarprosenten varierte fra 18% til 62 % skolene i mellom. Når resultater fra 2003 understøttes av resultatene fra 2002, bygger altså disse resultatene på svar fra til sammen 1.099 studenter fordelt på to årskull.

Samlet sett er svarprosenten lav, noe som innebærer at det hefter noe usikkerhet ved de resultatene som legges frem. På grunn av den meget lave svarprosenten ved flere av skolene, finner vi det vanskelig å foreta sammenligninger skolene i mellom. Vi har derfor funnet det riktig å konsekvent presentere resultatene fra undersøkelsene samlet for hele utvalget.

At svarprosenten er lav kan skyldes flere forhold. Ved flere av skolene har vi ikke hatt tilgang til adresselister over studentene. Studentene har da fått utdelt spørreskjema på skolen. Vi har hatt liten kontroll over måten dette har blitt gjort på, og dette kan ha variert skolene imellom. Ved noen skoler har det blitt avsatt tid på skolen til utfylling av skjema, ved andre skoler har studentene fått skjemaet med seg hjem. Uavhengig av dette har vi her å gjøre med studenter hvorav noen er inne i en eksamensperiode ved studiets slutt, og kanskje derfor ikke har tatt seg tid til å svare på spørreskjemaundersøkelser. Praksisperiodene strakk seg også langt mot slutten av skoleåret ved noen av skolene. Dette medførte at disse studentene var vanskeligere å nå fram til, og at svarfristen derfor ble knapp for noen. Motivasjonen til å delta er kanskje heller ikke så stor akkurat i den fasen hvor man holder på å avslutte studiet, og helst bare ønsker å bli ferdig. Det har gjennom intervjuundersøkelser også kommet fram at det ved noen av skolene har pågått flere spørreskjemaundersøkelser i samme periode. Det er derfor grunn til å regne med noe "undersøkelsestretthet" blant studentene.

Ulikheter i de to undersøkelsene

Spørreskjemaundersøkelsene ble gjennomført for to årskull som hadde to ulike rammeplaner. Det er grunn til å anta at endringer i rammeplanen vil gjenspeiles i omfang av praksis for de to kullene. Samtidig kan vi ikke med sikkerhet si i hvilken grad forskjeller i resultatene kan tilskrives dette alene. De to rammeplanene benytter også noe ulike kategorier av praksisperioder. Da vi har benyttet oss av rammeplanenes benevelser på de ulike praksisperiodene, betyr dette at kategoriene ikke er helt identiske i de to undersøkelsene. Rammeplanen for 2002-studentene opererte med "Eldreomsorg" som en egen kategori. Dette er ikke et eget praksisområde i rammeplanen for 2003-studenten. Det som i rammeplanen for 2002-studentene ble kalt "Sykepleie utenfor institusjon", er erstattet med "Hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger" i rammeplanen for 2003-studentene. Det som for 2003-studentene ble kalt "Føde/barsel", ble for 2003-studentene kalt "Svangerskaps- og barselomsorg".

Spørreskjemaene som ble brukt i 2002 og 2003 varierer også i den delen av undersøkelsen som omfatter studentenes erfaringer fra praksis og vurdering av egen handlingskompetanse. I 2002 var svaralternativet "kunnskap og erfaring nok til å gjøre på egen hånd" lagt inn som ett av fem svaralternativer, selv om det innholdsmessig inneholder en egen vurdering av handlingskompetanse, mens de andre alternativene mer omhandlet hva studentene har sett og gjort under praksisstudiene. I 2003 ble svaralternativet som gikk på egen vurdering av handlingskompetanse omformulert til et spørsmål: "Har du kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd?" Svaralternativene var *Ja* og *Nei*. I tillegg ble de som svarte *Nei* bedt om å begrunne svaret ut fra svaralternativene: "Utilstrekkelig teoretisk kunnskap" og "Utilstrekkelig praktisk erfaring". Det ble også gjort endringer i instruksjer til utfylling av skjemaet.

Der vi i resultatpresentasjonen gjør sammenligninger mellom resultatene fra 2003 og 2002, er dette hvor vi mener at disse er sammenlignbare på tross av endringene som er gjort. Det vil også bli kommentert dersom vi finner dette diskutabelt.

Forklaringer til tabellene i resultatpresentasjon i kapittel 7

I utgangspunktet er tallene i tabellene prosent av alle svar avgitt på de ulike spørsmålene. Når N f.eks. oppgis til å være 533, så betyr dette at 533 har svart på dette spørsmålet, og at prosenttallet/ene i den aktuelle linjen i tabellen er prosent av dette. Det er verd å merke seg at i mange av tabellene variere N mye. Når spørsmålene gjelder hvor lang praksistid eller hvor mange timer veiledning studentene har hatt, er det åpenbart at noen av studentene har svart "0" når de ikke har hatt slik praksis, mens andre da ikke har svart noe. De som har svart "0" vet vi da ikke har hatt slik praksis, eller slik veiledning. For de andre er det usikkert om de har hatt dette, men ikke kan huske hvor mye, og derfor ikke har svart. Dette representerer en metodisk svakhet, som i

hovedsak består i at andelen som oppgis å ha "0" uker praksis innen et område, eller "0" timer veiledning, blir noe lavere enn den sannsynligvis reelt sett er.

Når det gjelder antall timer veiledning fra lærerkontakt (tabell 7.3), har vi ekskludert svar fra de som på tidligere spørsmål har oppgitt at de har hatt "0" uker veiledet praksis innen det enkelte praksisområdet. I tabell 7.3 og 7.6 er tallene i tabellen prosent av antall studenter som har oppgitt minst ett av svaralternativene på det aktuelle spørsmålet. I tabell 7.4 og 7.5 har vi beregnet prosentgrunnlaget (N) på følgende måte: Inkludert i prosentgrunnlaget er de som på tidligere spørsmål har oppgitt antall uker veiledet praksis eller antall timer veiledning med lærerkontakt. I tillegg har vi ekskludert svar fra de som på tidligere spørsmål hadde oppgitt at de ikke hadde hatt veiledning av fast lærerkontakt. I tabell 7.7 og 7.8 har vi inkludert i prosentgrunnlaget de som på tidligere spørsmål har oppgitt antall uker veiledet praksis, og ekskludert de som på tidligere spørsmål hadde oppgitt at de ikke hadde hatt veiledning av fast sykepleierkontakt.

Svakheter ved retrospektive studier

Noen typer informasjon er mest hensiktsmessig å få gjennom å spørre personer om hva de har opplevd, noe vi gjør i denne undersøkelsen. Alle metoder har sine styrker og svakheter, og en innebygd svakhet ved denne metoden er at menneskers hukommelse ikke alltid er helt nøyaktig. Vi mener samtidig at den informasjonen som vi innhenter er av en slik type at vi har tilstrekkelig tillit til at studentenes hukommelse vil være nøyaktig nok til at vi kan basere oss på den for å få et rimelig godt bilde av de sider ved praksisstudiene som vi ønsker å belyse.

4.4 Intervjuundersøkelse blant avgangsstudentene i 2003

Som et supplement til spørreskjemaundersøkelsen, gjennomførte vi individuelle intervjuer med et begrenset antall avgangsstudenter hvor vi satte søkelyset på erfaringer med praksisstudiene mer generelt, hvordan de hadde forstått et utvalg spørsmål i spørreskjemaundersøkelsen, samt at vi ba informantene gi en generell vurdering av hvor godt forberedt eller godt rustet de mente å være i møte med arbeidslivet etter endt sykepleierutdanning. Spørreskjemaundersøkelsen i 2002 hadde gitt grunnlag for å anta at studentene etter endt studium i stor grad hadde en opplevelse ikke å ha kunnskap og erfaring nok til å utføre sentrale tiltak og oppgaver i sykepleieryrket. Dette gjelder tiltak og oppgaver som inngår som deler av praksisutdanningen. Det ble da av særlig interesse å belyse dette temaet nærmere. Intervjuundersøkelsens målsetting ble med det å framskaffe kunnskap om hvordan studentene hadde forstått spørsmålene på dette området, og om vi kunne ha tillit til de foreløpige resultatene fra 2002-undersøkelsen. Videre ble intervjuundersøkelsens sentrale målsetting å framhente studentenes begrunnelser for og deres meninger om årsaker til denne usikkerheten, dersom dette skulle vise seg å bli bekreftet i de videre undersøkelsene. Undersøkelsen ble gjennomført i form av semistrukturerte individuelle intervjuer med et utvalg på 17 avgangsstudenter ved 5 utvalgte høyskoler. Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med referansegruppen. Utvalg av informanter og inngåelse av intervjuavtaler ble gjort i et samarbeid med NSF-students fylkesrepresentanter.

I intervjuundersøkelsen tok vi utgangspunkt i spørreskjemaets siste del som omhandlet et utvalg tiltak/oppgaver innen sykepleie som studentene ble bedt om å beskrive sine erfaringer med fra praksisstudiene. Alle tiltakene/oppgavene, med unntak av én, må sies å være innenfor områder hvor det i følge rammeplanen "*forutsettes at utdanningen har ansvar for å bidra til yrkesutøverens selvstendige fungering*", altså handlingskompetanse. Dette i motsetning til områder hvor utdanningens mål er å bidra til handlingsberedskap. I spørreskjemaet som blir benyttet i 2003-undersøkelsen, ble studentene under hvert tiltak/hver oppgave spurt om de hadde kunnskap og praktisk erfaring nok til å gjennomføre tiltaket/oppgaven på egen hånd. Hvis de svarte nei på dette spørsmålet, ble de bedt om å krysse av for om dette skyldes utilstrekkelig teoretisk kunnskap og/eller utilstrekkelig praktisk erfaring. På denne måten ønsket vi å innhente data om studentenes oppfatning av hva den eventuelle mangelen på handlingskompetanse kunne

skyldes. Samtidig ville disse svarene bare kunne gi en begrenset innsikt i spørsmålet om årsakene til at avgangsstudenter oppga at de ikke har kunnskap og erfaring nok til å utføre et utvalg tiltak og oppgaver på egen hånd. (F.eks. vil det kunne skje at studentene oppgir både utilstrekkelig teoretisk kunnskap og praksis som årsaker.) Gjennom intervjuer av studenter ønsket vi å supplere denne innsikten betydelig, og dermed styrke det diskusjonsgrunnlaget som denne type kunnskap representerer. I denne delen av undersøkelsen satte vi fokus på følgende spørsmål:

1. Hvordan forstår studentene spørsmålet? Hva forstås med "å ha nok kunnskap og kompetanse til å kunne gjennomføre på egen hånd"? Betyr det f.eks. at man da skal være helt sikre på at resultatet vil bli bra eller like bra som om en erfaren sykepleier gjennomførte det samme? Hvor reell er mangelen på handlingskompetanse?
2. Når henholdsvis "Utilstrekkelig teoretisk kunnskap" og "Utilstrekkelig praksis erfaring" oppgis som årsaksforklaring, kan dette konkretiseres? Er det f.eks. praksisens varighet, type praksissted, organiseringen av praksisen eller annet som det knyttes mangler til? Er det forholdet mellom teori og praksis?
3. Kan den tilsynelatende mangelen på handlingskompetanse forstås som et uttrykk for en mer generell manglende tro på egne evner blant sykepleierstudentene? Dersom dette bildet framkommer, så vil det være interessant å få beskrevet dette nærmere. I hvor sterk grad framkommer dette blant studentene? Vurderes det som svakhet eller styrke? Hvilke konsekvenser mener studentene at dette kan ha for f.eks. valg av type arbeid og arbeidssted? Hva er studentenes tanker om hva som bidrar til dette? Hvilken rolle spiller utdanningsstedet i denne sammenheng?

4.5 Spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige/kullansvarlige i 2003

I 2003 gjennomførte vi en spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige, kullansvarlige og tilsvarende ved høgskolene. I denne undersøkelsen satte vi søkelys på teamer som kvaliteten på og tilgangen til praksisplasser, vurdering av veiledningen gitt på praksisstedene, samt i hvilken grad overgangen fra gammel til ny rammeplan har hatt betydning for studentenes kunnskap/kompetanse – for å nevne noe. Vi henvendte oss til de 18 høgskolene som ble omfattet av spørreskjemaundersøkelsen blant avgangsstudentene. 15 høgskoler ga tilbakemelding hvor det ble oppgitt navn på ansatte som ble ansett som relevant for undersøkelsen. Bruttoutvalget besto av 70 praksisansvarlige, kullansvarlige eller tilsvarende ved de 15 høgskolene. Spørreskjemaet ble utviklet i samarbeid med oppdragsgiver og referansegruppen. I spørreskjemaet ble informantene innledningsvis bedt om å oppgi høgskole og stilling slik at vi skulle kunne danne oss et bilde av representativitet med hensyn til geografi og stillingskategorier. Resultatene fra denne undersøkelsen er anonymisert og presenteres på aggregert nivå.

5 Organisering av prosjektet

Arbeidet er gjennomført forsker Jan-W. Lippestad (prosjektleder), cand. polit. Christina Hofseth og forskningssjef Arne H. Eide (prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig). I tillegg ble det opprettet en referansegruppe med følgende sammensetning:

| | |
|---------------------------|--|
| <i>Fra høgskolene:</i> | <i>Høgskolelektor Vidar Frigstad, Høgskolen i Oslo</i> |
| | <i>Høgskolelektor Inga Gullhav, Diakonhjemmets høgskole</i> |
| <i>Fra praksisstedene</i> | <i>Seksjonsleder Catrine Selnes, Økern Alders- og sykehjem</i> |
| <i>Fra NSF student</i> | <i>Morten Kristoffersen</i> |
| <i>Fra NSF</i> | <i>Jarle Grumstad, fagpolitisk avdeling</i> |
| | <i>Wenche Jensen, fagpolitisk avdeling</i> |

Prosjektgruppen har samarbeidet med referansegruppen gjennom hele prosjektperioden – både som gruppe og som enkeltpersoner. Referansegruppens medlemmer har kommet med innspill

både med hensyn til utvalg av informanter, utvikling av spørreskjemaer og intervjuguide, samt kommentert resultater fra undersøkelsene og rapportutkast.

6 Problemstillinger

Utgangspunktet for undersøkelsen er spørsmålet om hvor god praksisundervisningen er, og i hvilken grad praksisstudiene gjennomføres i henhold til de kravene som stilles i rammeplanene både med hensyn til studienes varighet, hvilke fagområder som omfattes av praksisstudiene, og i hvilken grad høgskole og praksissted ivaretar veiledning og oppfølging av studentene. Problemstillingene i prosjektet - som ble utarbeidet i samråd med oppdragsgiver - baseres derfor i stor grad på kravene til praksisstudiene som stilles i rammeplanene for sykepleierutdanningen. Rammeplanene er på en rekke områder relativt generelle i sin karakter, og det åpnes for lokale løsninger og samarbeidsordninger innenfor et sett av minimumskrav til praksisstudienes omfang og innhold. En undersøkelse av i hvilken grad studentene får den praksisen de i henhold til rammeplanen har krav på, vil således i første omgang bli en vurdering av om høgskolene i samarbeid med praksisstedene oppfyller de minimumskravene som går fram av rammeplanene, og da spesielt med hensyn til praksislengde ved de ulike praksisstedene. I tillegg til disse mer direkte målbare størrelsene, inneholder bl.a. den nye rammeplanen krav av kvalitativ karakter av typen; studentene skal oppnå en *optimal handlingskompetanse*, høgskolens ansvar for *veiledningens kvalitet*, undervisningspersonell skal veilede og tilrettelegge *gode læresituasjoner*, for å nevne noen. På denne bakgrunn la vi opp til en spørreskjemaundersøkelse som dels omhandlet i hvilken grad studentene hadde fått det minimum av omfang praksis innenfor de ulike praksisområdene som er skissert i planen, dels hvilke konkrete oppgaver og situasjoner studentene hadde vært i befatning med, og dels studentenes vurderinger av praksisstudienes relevans og kvalitet. I undersøkelsen tok vi utgangspunkt i følgende hovedproblemstillinger:

1. *Får sykepleierstudentene den praksisen som de har krav på i henhold til rammeplanene?*
2. *Hvis ikke; hva er grunnene til dette?*
3. *Er praksisstudiene av tilfredsstillende kvalitet slik studentene vurderer det?*
4. *I hvilken grad har studentene i praksisstudiene fått befatning med oppgaver og situasjoner som er sentrale i sykepleieryrket?*
5. *Er det variasjoner mellom avgangsstudentene i 2002 og 2003 mht spørsmålene 1,3 og 4?*

Da spørreskjemaundersøkelsen blant studentene i 2002 fikk status som en pilotundersøkelse, ble problemstilling 5) mindre sentral i undersøkelsen. Samtidig ble det besluttet å gjennomføre en intervjuundersøkelse blant avgangsstudentene i 2003. Gjennom denne ble det satt særlig fokus på praksisstudienes funksjon i forhold til avgangsstudentenes opplevelse av kunnskap og erfaring for på egen hånd å kunne utføre tiltak og oppgaver som anses som sentrale i sykepleieryrket.

7 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen blant sykepleierstudentene

7.1 Innledning

Som nevnt i kapittel 4.2, har vi i stor grad valgt å se 2002-undersøkelsen som en pilotundersøkelse. Det er derfor resultatene fra 2003 som presenteres som hovedresultater i denne rapporten. På de områdene hvor undersøkelsene de to årene er direkte sammenlignbare, vil samtidig resultatene fra 2002 bidra til å underbygge eller reise spørsmål ved resultatene fra 2003. I resultatpresentasjonen peker vi også på forskjeller i resultatene fra de to undersøkelsene der hvor forskjellen synes å ha interesse i seg selv, altså ut over det rent metodiske. (Når vi viser til slike forskjeller er disse statistisk signifikante.) For metodiske forklaringer og diskusjoner, se kapittel 4.3.

7.2 Omfang av praksis

Studentene ble bedt om å oppgi hvor mange uker *veiledet* praksis de hadde hatt innen ulike praksisområdene i løpet av alle tre studieårene, og også hvor mange uker praksis de hadde hatt *totalt*, både veiledet og ikke-veiledet. I den følgende tabellen er svarene kategorisert i tidsintervaller.

Tabell 7.1. Antall uker praksis i de ulike praksisområdene. % av N

| Praksisområde | Totalt/ veiledet | Antall uker | | | | | | Totalt prosent | N |
|---|---------------------|-------------|------|-----|------|------|------|-------------------|-----|
| | | 0 | 1-3 | 4-5 | 6-7 | 8-12 | 12> | | |
| Medisinsk sengepost | Totalt | 1,7 | 0,2 | 1,0 | 9,5 | 74,0 | 15,7 | 100 | 526 |
| | Veiledet | 3,9 | 2,1 | 1,2 | 12,0 | 73,9 | 6,9 | 100 | 518 |
| Kirurgisk sengepost | Totalt | 1,7 | 0,2 | 0,8 | 12,9 | 75,1 | 9,3 | 100 | 527 |
| | Veiledet | 3,1 | 2,3 | 1,3 | 14,9 | 73,8 | 4,6 | 100 | 522 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, spesialisthelsetjenesten | Totalt | 51,6 | 39,6 | 5,8 | 1,4 | 0,4 | 1,2 | 100 | 502 |
| | Veiledet | 79,0 | 16,2 | 3,1 | 0,8 | 0,6 | 0,2 | 100 | 481 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, kommunehelsetjenesten | Totalt | 71,7 | 19,7 | 4,1 | 0,4 | 3,7 | 0,4 | 100 | 492 |
| | Veiledet | 82,8 | 10,0 | 3,1 | 0,4 | 3,3 | 0,4 | 100 | 458 |
| Psykisk helsevern, spesialisthelsetjenesten | Totalt | 12,5 | 0,2 | 0,4 | 2,7 | 81,7 | 2,5 | 100 | 518 |
| | Veiledet | 12,2 | 1,6 | 1,2 | 3,0 | 79,7 | 2,4 | 100 | 508 |
| Psykisk helsevern, kommunehelsetjenesten | Totalt | 76,5 | 0,0 | 0,2 | 1,5 | 21,2 | 0,6 | 100 | 472 |
| | Veiledet | 74,5 | 0,2 | 0,7 | 2,1 | 21,8 | 0,7 | 100 | 436 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | Totalt | 11,0 | 0,6 | 0,2 | 3,5 | 77,4 | 7,3 | 100 | 518 |
| | Veiledet | 11,2 | 1,8 | 1,2 | 4,7 | 76,5 | 4,7 | 100 | 510 |
| Øvrig kommunehelsetjeneste (inkl. eldreomsorg) | Totalt | 10,5 | 0,6 | 5,8 | 10,1 | 55,6 | 17,5 | 100 | 486 |
| | Veiledet | 12,5 | 1,3 | 7,4 | 8,9 | 57,1 | 12,9 | 100 | 473 |

Ingen praksis

Det første vi kan merke oss i tabellen er kolonnen som oppgir andel studenter som har hatt 0 uker, dvs. mindre enn 1 uke, praksis innenfor de ulike praksisområdene. For praksisområdene medisinsk sengepost og kirurgisk sengepost gjelder dette relativt få av studentene, særlig når vi ser på total praksistid, både veiledet og ikke-veiledet.

Praksis i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten har også de fleste hatt, dvs. at tallene for 0 uker praksis er relativt lave. Her er også tallene nærmest identiske for total praksistid og tid for veiledet praksis. Det betyr at det er svært få som har hatt kun ikke-veiledet praksis. Når det gjelder praksis i kommunalt psykisk helsevern, så er det imidlertid hele 76,5% av studentene som ikke har hatt slik praksis av en varighet på minst en uke.

At det er langt færre studenter som har hatt minst én uke praksis innen svangerskaps- og barselomsorg i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten ser vi av at svarprosenten for 0 uker er relativt høy for disse praksisområdene. Det er f.eks. 82,2% som har hatt mindre enn en ukes veiledet praksis i svangerskaps- og barselomsorg i kommunehelsetjenesten, og 79,0% som har hatt mindre enn en ukes veiledet praksis innen det samme i spesialisthelsetjenesten. Uten at det framkommer av tabellen, kan vi legge til at 72,4% av studentene oppga 0 uker veiledet praksis i svangerskaps- og barselomsorg både i kommune- og spesialisthelsetjenesten (N=453). Om vi ser på omfanget av både veiledet og ikke-veiledet praksis var dette tallet 40,9% (N=474).

Innen svangerskaps- og barselomsorg i både spesialist- og kommunehelsetjenesten finner vi en relativt stor forskjell på tallene for veiledet praksis og praksis totalt. Det betyr at det er relativt mange som har hatt praksis som ikke har vært veiledet.

Om vi ser på veiledet praksis i kommunehelsetjenesten samlet sett, finner vi at det i 2003 var 8,4% av studentene som oppga 0 uker praksis for *alle* disse praksisområdene (hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger, svangerskaps- og barselomsorg i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten (N=407).

Praksistidens lengde

Resultatene viser at for praksis på medisinsk- og kirurgisk sengepost, så er andelen av studentene som har hatt 8 uker veiledet praksis eller mer relativt lik, og omfatter ca. 80% av studentene. (Dette finner man ved å legge sammen de to tidsintervallene 8-12 uker og over 8 uker). For begge praksisområdene gjelder det at når praksistiden kommer opp i over 12 uker blir forskjellen på total og veiledet praksis tydeligere. Praksistid ut over 12 uker er altså oftere ikke-veiledet.

Også innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten har over 80% av studenten hatt 8 uker praksis eller mer, men her ser vi at nesten all praksistiden har vært veiledet. På den andre siden er det innenfor dette praksisområdet flere som ikke har hatt praksis i det hele tatt. Langt færre har hatt praksis i kommunalt psykisk helsevern, men også her ser det ut til at hovedsaklig all praksis har vært veiledet.

Omtrent halvparten av studentene har hatt praksis i svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten, men bare drøyt 20% har her hatt veiledet praksis. I tillegg ser vi at for de fleste som har hatt slik praksis, så har praksistiden vært på fra 1 til 3 uker. Knappe 30% av studentene har hatt veiledet praksis i kommunal svangerskaps- og barselomsorg, og under 20% har der hatt veiledet praksis.

Nærmere 90% av studentene har hatt praksis i hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger, og over 80% har hatt 8 uker praksis eller mer. Her synes tilnærmet all praksisen å ha vært veiledet.

Sammenligninger med undersøkelsen i 2002

Når vi sammenligner resultatene fra 2003 med 2002, må vi holde oss til omfanget av veiledet praksis, da det i 2003 bare ble spurt om dette. (Et unntak her gjelder for praksis i svangerskaps- og barselomsorg.) Vi finner da at det samlet sett for praksisområdene er en tendens til at det i 2003 var færre som oppga 0 ukers praksis innenfor de forskjellige praksisområdene. Unntaket her er svangerskaps- og barselomsorg i kommunehelsetjenesten, hvor det praktisk talt var ingen forskjell.

Videre finner vi at det i medisinsk og kirurgisk sengepost i 2002 var noe flere som hadde hatt 8 uker veiledet praksis eller mer, mens andelen som hadde hatt 6-7 uker var større i 2003. Dette kan gjenspeile en tilsvarende endring i rammeplanens krav til omfang av praksis på disse områdene. (Se kapittel 7.4.) Samtidig var det i 2003 litt færre som ikke hadde hatt veiledet praksis innen disse praksisområdene. Ellers kan det nevnes at det i 2003 var noen flere (48,4%) som hadde hatt minst en ukes praksis i svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjeneste, enn hva tilfellet var i 2002-undersøkelsen (36,5%). I 2003 var det imidlertid flere som hadde hatt veiledet praksis i hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger enn hva som var tilfelle for den tilsvarende kategorien "Sykepleie utenfor institusjon" i 2002-undersøkelsen (88,8 mot 70,9%). Det var her også klart flere av studentene i 2003 som hadde hatt 8 uker praksis eller mer (81,2 mot 54,3%).

I all hovedsak er det imidlertid grunn til å si at resultatene fra de to undersøkelsene er godt sammenfallende.

7.3 Praksis på poliklinikk

Av studentene var det 24,8% som oppga at de hadde hatt praksis på *medisinsk poliklinikk* i løpet av studietiden (N=525). Dette omfatter både veiledet og ikke-veiledet praksis. Dette tallet er noe høyere enn i 2002, da det var 13,4% av studentene som hadde hatt praksis i medisinsk poliklinikk. Blant de studentene som hadde hatt slik praksis, var varigheten på praksisperioden under en uke for 67,2%.

Det var 22,8% som oppga at de hadde hatt praksis på *kirurgisk poliklinikk* i løpet av de tre skoleårene (N=521). Blant de som hadde hatt slik praksis, var varigheten på praksisperioden på under en uke for 59,6%.

For både medisinsk og kirurgisk poliklinikk var det flere av studentene i 2003 som hadde hatt slik praksis, enn blant studentene i 2002. Det bør legges til at studentene ble bedt om å ikke inkludere praksistid som var integrert i den praksistiden som de hadde oppgitt for henholdsvis medisinsk og kirurgisk sengepost.

7.4 Oppfylles rammeplanen?

Rammeplanen stiller følgende krav til omfang av praksisstudier med pasienter og pårørende:

| Praksisområde | Praksistid |
|--|---|
| Spesialisthelsetjenesten: medisinsk/kirurgisk sengepost (minst omfang 6 uker) | Minst 16 uker |
| Kommunehelsetjeneste, eldreomsorg og hjemmesykepleie (herav hjemmebaserte tjenester /omsorgsboliger minst 8 uker) | Minst 12 uker |
| Spesialist – eller kommunehelsetjenesten: <ul style="list-style-type: none"> - Praksisstudier første studieår - Praksis i tilknytning til psykisk helsearbeid - Øvrige praksisstudier | Minst 4 uker Minst 8 uker Maks. 10 uker |

Det stilles ikke krav til at dette skal være *veiledet* praksis. Kravene til omfang av veiledet praksis kommer vi tilbake til.

Vi kan først se på kravet om minst 16 uker praksis til sammen i medisinsk og kirurgisk sengepost, og at hvert av disse to praksisområdene må ha et omfang på minst 6 uker. Vi finner da at 8,6% av studentene *ikke* hadde praksistid på til sammen 16 uker på disse to praksisområdene (N=523). Innenfor hvert av de to praksisområdene var det 2,9% som ikke oppfylte kravet om 6 ukers praksis på medisinsk sengepost (N=527), mens 2,7% ikke oppfylte kravet om 6 uker på kirurgisk sengepost (N=527). I sammenligning med resultatene fra 2002 viser det seg at andelen studenter som hadde 6-7 uker praksis ved henholdsvis medisinsk og kirurgisk sengepost var klart høyere i 2002, noe som trolig gjenspeiler den nye rammeplanens krav om 6 ukers praksis.

Rammeplanen stiller krav om minst 12 ukers praksis i "*kommunehelsetjeneste, eldreomsorg og hjemmesykepleie*" oppfylles. Når vi ser samlet på de praksisområdene dette gjelder (svangerskaps- og barselomsorg, psykisk helsevern, og hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger og øvrige kommunehelsetjenester i tabell 7.1), finner vi at 86,4% av studentene oppfyller dette kravet (N=427). Det vil altså si at 13,6 % *ikke* oppfyller kravet.

Kravet om minst 8 uker praksis i hjemmebaserte tjenester oppfylles av 84,7% av studentene (jf tabell 7.1. N=518).

Kravet til praksis "*i tilknytning til psykisk helsearbeid*" er på minst 8 uker. Når vi slår sammen praksistiden i spesialist- og kommunehelsetjenesten, finner vi at dette kravet ble oppfylt for 95,6% av studentene (N=459). Det vil si at for 4,4% ble kravet ikke oppfylt.

Videre er det krav til at studentene skal ha hatt *veiledet* praksis i minst 8 uker innenfor hvert av fagområdene medisin, kirurgi, psykisk helsearbeid og kommunehelsetjeneste. I dette inngår veiledning fra høgskolens undervisningspersonell, og kontinuerlig veiledning av sykepleier ved praksisstedet. For å finne ut om disse kravene oppfylles, må vi lage andre kategorier av praksisområdene enn de som oppgis i tabell 7.1. Vi finner da at følgende andel studenter oppfyller kravet om minst 8 uker *veiledet* praksis innenfor de ulike kategoriene.

| | |
|---|---------------|
| Medisin – Sengepost og poliklinikk samlet: | 91,6% (N=513) |
| Kirurgi – Sengepost og poliklinikk samlet: | 90,7% (N=515) |
| Psykisk helsearbeid – Spesialist- og kommunehelsetjeneste samlet: | 92,3% (N=414) |
| Kommunehelsetjeneste – Svangerskaps- og barselomsorg, psykisk helsevern, hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger og "øvrig kommunehelsetjeneste" samlet: | 97,1% (N=380) |

Rammeplanen stiller ikke krav til et bestemt omfang av praksis innen *svangerskaps- og barselomsorg*, men stiller derimot krav til at studentene skal "ha kunnskaper om og oppnå sykepleierfaring og erfaring med sykepleiers samarbeid med andre fagområder i forebyggende helsearbeid og i svangerskaps- og barselomsorg". I kapittel 7.2. framkom det at 72% av studentene hadde hatt mindre enn 1 ukes veiledet praksis i svangerskaps- og barselomsorg *både* i kommune- og spesialisthelsetjenesten (N=453). Dette gir grunn til å stille seg tvilende til om rammeplanens krav kan sies å bli oppfylt på dette området.

I spørreskjemaundersøkelsen hadde vi imidlertid også inkludert direkte spørsmål om erfaring på bestemte områder hvor rammeplanen stiller krav om at det skal "oppnås erfaring", uten at omfanget av praksis spesifiseres. I tillegg til svangerskaps- og barselomsorg gjelder dette

dagkirurgi, operasjonsavdeling, overvåkingsavdeling og forebyggende helsearbeid. Tabell 7.2 gir en oversikt over hvor stor andel av studentene som har erfaring på disse områdene.

Tabell 7.2 Erfaring med ulike virksomhetsområder. % av N

| Virksomhetsområde | Prosent | N |
|-------------------------------|---------|-----|
| Dagkirurgi | 54,3 | 511 |
| Operasjonsavdeling | 89,6 | 521 |
| Overvåkingsavdeling | 66,2 | 519 |
| Forebyggende helsearbeid | 73,0 | 515 |
| Svangerskaps- og barselomsorg | 56,5 | 515 |

Vi ser at et stort flertall av studentene har erfaring fra en operasjonsavdeling (89,6%), mens bare drøyt halvparten har erfaring fra dagkirurgi. Rammeplanens krav til erfaring med dagkirurgi tilfredstilles altså ikke for nærmere halvparten av studentene. Drøyt 33% av studentene mangler erfaring fra overvåkingsavdeling. Det er 73 % av studentene som oppgir erfaring fra forebyggende helsearbeid, og dermed 27% som mangler dette. Svar på spørsmål om erfaring fra svangerskaps- og barselomsorg bekrefter at en stor del av studentene ikke har hatt praksis fra svangerskaps- og barselomsorg. Mer presist oppgir 43,5% av studentene å mangle erfaring på dette området.

Det framkommer altså at rammeplanens krav til erfaring på bestemte områder tilfredstilles i klart mindre grad på disse områdene hvor det ikke stilles krav til et bestemt omfang av praksis.

7.5 Lærerkontaktens veiledning

Tabellen viser antall timer veiledning elevene anslo at de hadde hatt med sin lærerkontakt i de ulike praksisperiodene. Tallene viser altså til anslått antall timer veiledning for en hel praksisperiode. (Hvis studentene hadde hatt flere praksisperioder innen det samme praksisområdet, ble de bedt om å anslå et gjennomsnitt.) Vi har ekskludert svar fra de elevene som har oppgitt at de har hatt 0 uker veiledet praksis, dvs. under en ukes veiledet praksis, innen det aktuelle praksisområdet.

Tabell 7.3. Timer veiledning fra lærerkontakt. % av N

| Praksisområde | Antall timer | | | | | Totalt prosent | N |
|--|--------------|------|------|------|-----|----------------|-----|
| | 0 | 1-3 | 4-6 | 7-10 | 11> | | |
| Medisinsk sengepost | 1,6 | 35,6 | 35,4 | 20,1 | 7,3 | 100 | 492 |
| Kirurgisk sengepost | 1,4 | 35,7 | 37,3 | 19,3 | 6,3 | 100 | 502 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, spesialisthelsetjeneste | 64,4 | 27,2 | 5,9 | 0,0 | 2,0 | 100 | 101 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, kommunehelsetjeneste | 40,5 | 38,0 | 11,4 | 5,1 | 5,1 | 100 | 79 |
| Psykisk helsevern, spesialisthelsetjeneste | 1,1 | 32,2 | 39,9 | 21,6 | 5,2 | 100 | 444 |
| Psykisk helsevern, kommunehelsetjeneste | 1,8 | 40,5 | 37,8 | 15,3 | 4,5 | 100 | 111 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 2,7 | 43,1 | 36,1 | 13,9 | 4,2 | 100 | 452 |

Når det gjelder de praksisområdene som flest elever har gjennomført, og som har hatt lengst varighet, ser vi at de fleste har hatt fra 1 til 6 timer veiledning, relativt jevnt fordelt mellom de to intervallene "1-3 timer" og "4-6" timer. Dette gjelder medisinsk og kirurgisk sengepost, og

psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Vi ser da f.eks. at 39,9% av studentene med praksis innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten anslår at de har fått fra 4 til 6 timer veiledning av lærerkontakt. Omfanget av veiledning er også klart størst innen disse tre praksisområdene. I hjemmebaserte tjenester hadde så mange som 43,1% hatt kun 1-3 timer veiledning med lærerkontakt på tross av at praksisperioden var lang i disse tjenestene.

Det er betraktelig færre som har fått veiledning av fast lærerkontakt i svangerskaps- og barselomsorg enn innen de øvrige praksisområdene. Vi ser av tabellen at 40,5% av studentene oppgir 0 timer veiledning fra lærerkontakt i svangerskaps- og barselomsorg i kommunehelsetjenesten, mens tallet for spesialisthelsetjenesten er hele 64,4%.

I sammenligning med undersøkelsen i 2002, ser vi en viss tendens til at det i 2002 var flere som hadde hatt over 7 timer veiledning, og tendensen omfatter alle praksisområdene.

Tabell 7.4. Vurdering av lærerkontaktens veiledning. % av N

| Praksisområde | Meget god/ god | Mindre god/ dårlig | Totalt | N |
|---|-------------------|-----------------------|--------|-----|
| Medisinsk sengepost | 77,5 | 22,5 | 100 | 512 |
| Kirurgisk sengepost | 78,8 | 21,2 | 100 | 510 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, spesialisthelsetjeneste | 66,6 | 33,4 | 100 | 66 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, kommunehelsetjeneste | 75,4 | 24,6 | 100 | 57 |
| Psykisk helsevern, spesialisthelsetjeneste | 79,0 | 21,0 | 100 | 453 |
| Psykisk helsevern, kommunehelsetjeneste | 78,0 | 22,0 | 100 | 109 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 78,6 | 21,4 | 100 | 455 |

Et klart flertall av elevene (varierende mellom ca. 77% og 83% for de ulike praksisområdene) vurderer lærerkontaktens veiledning som "Meget god" eller "God". Det er på området svangerskaps- og barselomsorg at elevene er minst fornøyd med veiledningen. Vi minner om at dette var et praksisområde hvor antall timer veiledning var lavt. (Antall studenter med slik veiledning er også lite, og resultatet her baserer seg derfor på få svar.) For øvrig er det ikke stor forskjell på vurderingen av lærerkontaktens veiledning på de ulike praksisområdene. Avgangselevne i 2002 vurderte oftere lærerkontaktens veiledning som "Meget god" enn hva 2003-elevne gjorde.

Tabell 7.5. Sider ved veiledning av lærerkontakt som vurderes som meget god eller god. % av N¹

| Praksisperiode | Tilstrekkelig til stede på praksissted | Tilstrekkelig tilgjengelig | Tilstrekkelig kompetanse | Andre grunner | N |
|---|--|----------------------------|--------------------------|---------------|-----|
| Medisinsk sengepost | 21,8 | 55,6 | 55,2 | 7,7 | 509 |
| Kirurgisk sengepost | 28,7 | 56,1 | 60,6 | 10,0 | 508 |
| Svangerskaps- og barselomsorg. Spesialisthelsetjenesten | 7,1 | 39,3 | 32,1 | 21,4 | 56 |
| Svangerskaps- og barselomsorg. Kommunehelsetjenesten | 21,8 | 56,4 | 40,0 | 12,7 | 55 |
| Psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten | 27,9 | 56,1 | 63,9 | 12,2 | 451 |
| Psykisk helsevern. Kommunehelsetjenesten | 24,1 | 63,0 | 55,6 | 11,1 | 108 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 25,2 | 57,6 | 56,3 | 13,2 | 453 |

Lærerkontaktens *tilstedeværelse* på praksisstedet er den siden ved veiledningen som færrest av studentene vil beskrive som meget god eller god. Særlig er det få som er fornøyd med lærerkontaktens tilstedeværelse innen svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten, hvor vi ser at bare 7,1% av studentene anser dette som en meget god eller god side ved veiledningen. Samtidig er det innenfor de fleste praksisområdene over halvparten av studentene som karakteriserer lærerkontaktens *tilgjengelighet* som god. Med unntak for svangerskaps- og barselomsorg, vurderer også over halvparten av studentene lærerkontaktens *kompetanse* som en god side ved veiledningen. Nærmere bestemt varierende fra 55,2% til 63,9% mellom de ulike praksisområdene.

Svangerskaps- og barselomsorg utmerker seg som det praksisområdet hvor færrest av studentene er villig til å karakterisere de oppgitte sidene ved veiledningen som gode. Vi skal samtidig merke oss at i svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten oppgir hele 21,4% at det var "Andre grunner", altså andre sider ved veiledningen, som var meget god eller god. Det er altså her en annen viktig, eller flere andre viktige, positiv(e) faktor(er) til stede i veiledningen, uten at vi kan si hva dette er.

I sammenligning med undersøkelsen i 2002 finner vi at resultatene fra de to årene i all hovedsak er svært sammenfallende. Det er likevel en tendens til at det i 2002 var flere som viste til lærerkontaktens tilstedeværelse på praksisstedet som en positiv side ved veiledningen. Dette kan gi grunnlag for å reise spørsmål om lærerkontaktene i 2003 er mindre til stede på praksisstedene, og hva dette i så fall kan skyldes. Én mulighet er at dette kan knyttes til det lærerveilederne har av kapasitet til rådighet for oppfølging av hver student. En annen forskjell i resultatene er at i 2002 pekte ikke svangerskaps- og barselomsorg seg ut i negativ retning, slik som vi ser en relativt klar tendens til i 2003.

¹ Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer. Summen av prosenttallene for hver rad blir derfor ikke 100. Se for øvrig kapittel 4.3 vedrørende prosentberegningen.

Tabell 7.6. Sider ved lærerkontakts veiledning som vurderes som mindre god eller dårlig. % av N

| Praksisperiode | Ikke tilstrekkelig til stede på praksissted | Ikke tilstrekkelig tilgjengelig | Ikke tilstrekkelig kompetanse | Andre grunner | N |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------|---------------|-----|
| Medisinsk sengepost | 21,6 | 13,0 | 8,4 | 17,3 | 509 |
| Kirurgisk sengepost | 18,7 | 13,8 | 7,3 | 18,1 | 508 |
| Svangerskaps- og barselomsorg Spesialisthelsetjenesten. | 28,6 | 28,6 | 7,1 | 17,9 | 56 |
| Svangerskaps- og barselomsorg Kommunehelsetjenesten | 18,2 | 20,0 | 5,5 | 20,0 | 55 |
| Psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten | 16,9 | 13,5 | 7,5 | 18,6 | 451 |
| Psykisk helsevern. Kommunehelsetjenesten | 16,7 | 13,0 | 7,4 | 22,2 | 108 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 17,7 | 12,6 | 7,7 | 19,0 | 453 |

Tabellen gir mulighet til å si noe mer om *hvor* misfornøyd studentene var med disse sidene av lærerkontaktens veiledning. Det første vi kan merke oss er at i denne tabellen er prosenttallene jevnt over lavere enn i tabell 7.5, som viser hvor mange som karakteriserte de samme sidene ved veiledningen som meget god eller god. Det betyr at det er flere som karakteriserte de ulike sidene ved veiledningen som meget god eller god, enn som karakteriserte de som mindre god eller dårlig.

Tallene i tabellen gjenspeiler til en viss grad trekk ved forrige tabell. *Tilstedeværelsen* på praksisstedet vurderes jevnt over som en mindre tilfredsstillende side ved veiledningen enn de to andre faktorene. Samtidig er det en viss variasjon mellom de ulike praksisområdene. Men vi ser også at lærerkontaktens *tilgjengelighet* framstår som en faktor det relativt sett er knyttet noe større misnøye til enn hva forrige tabell kunne indikere. Utilstrekkelig *kompetanse* hos veileder er det relativt få som viser til. Det er på områdene psykisk helsevern og kirurgisk sengepost at flest studenter uttrykker misnøye med lærerkontaktens kompetanse.

Resultatene fra undersøkelsen i 2002 framviser i all hovedsak de samme resultatene. Men også svarene på disse spørsmålene bekrefter en tendens til at det i 2003 var flere som var misfornøyd med lærerkontaktens tilstedeværelse på praksisstedet.

7.6 Sykepleierkontaktens veiledning

Tabell 7.7. Vurdering av sykepleierkontaktens veiledning. % av N

| Praksisområde | Meget god/ god | Mindre god/ dårlig | Totalt | N |
|---|-------------------|-----------------------|--------|-----|
| Medisinsk sengepost | 82,2 | 17,8 | 100 | 500 |
| Kirurgisk sengepost | 80,0 | 20,0 | 100 | 495 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, spesialisthelsetjeneste | 72,5 | 27,5 | 100 | 113 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, kommunehelsetjeneste | 85,8 | 14,2 | 100 | 99 |
| Psykisk helsevern, spesialisthelsetjeneste | 81,4 | 18,6 | 100 | 450 |
| Psykisk helsevern, kommunehelsetjeneste | 78,1 | 21,9 | 100 | 105 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 81,6 | 18,4 | 100 | 456 |

Et klart flertall av de studentene som har fått veiledning fra sykepleierkontakt, er godt fornøyd eller meget godt fornøyd med veiledningen (fra 72,5 til 82,2%). Jevnt over ble sykepleierkontaktens veiledning vurdert noe bedre enn veiledning gitt av lærerkontaktene. Som tilfellet var for lærerkontaktene, er det svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten som er det området hvor færrest vurderer veiledningen som god. Som tilfellet var for lærerkontaktene, vurderte flere av 2002-studentene sykepleierkontaktens veiledning som ”Meget god” enn hva studentene i 2003 gjorde.

Tabell 7.8. Sider ved sykepleierkontaktens veiledning som vurderes som meget god eller god. % av N

| Praksisperiode | Tilstrekkelig til stede på praksissted | Tilstrekkelig tilgjengelig | Tilstrekkelig kompetanse | Andre grunner | N |
|--|---|-------------------------------|-----------------------------|------------------|-----|
| Medisinsk sengepost | 57,1 | 50,2 | 72,4 | 6,4 | 482 |
| Kirurgisk sengepost | 56,5 | 50,3 | 74,5 | 12,0 | 483 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, Spesialisthelsetjenesten | 37,3 | 32,8 | 67,2 | 6,0 | 67 |
| Svangerskaps- og barselomsorg, Kommunehelsetjenesten | 56,3 | 50,0 | 73,4 | 4,7 | 64 |
| Psykisk helsevern, Spesialisthelsetjenesten. | 55,8 | 48,5 | 69,4 | 11,8 | 441 |
| Psykisk helsevern, Kommunehelsetjenesten | 59,6 | 51,0 | 67,3 | 9,6 | 104 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 60,4 | 51,9 | 66,0 | 13,0 | 447 |

Når vi sammenligner denne tabellen med tabell 7.5, finner vi at studentene er mer tilfreds med sykepleierkontaktene enn lærerkontaktene for de forholdene det er spurt etter. Dette gjelder også spørsmålet om tilstrekkelig *kompetanse*, hvor det kanskje var mindre forventet enn for de to andre faktorene. Sykepleierkontaktens kompetanse er også den faktoren som studentene sier seg mest fornøyd med.

Svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten framstår som det praksisområdet hvor studentene er minst tilfredse med de utvalgte sidene ved sykepleierkontaktens veiledning. Resultatene i 2002-undersøkelsen sammenfaller i stor grad med resultatene i 2003-undersøkelsen. Et unntak består i at studentene i 2003 ga mer positive svar på disse sidene ved sykepleierkontaktens veiledning enn hva studentene i 2002 gjorde. Sykepleierkontaktens tilgjengelighet og tilstedeværelse på praksisstedet ble også vurdert som bedre av studentene i 2002 enn i 2003.

Tabell 7.8. Sider ved sykepleierkontaktens veiledning som vurderes som mindre god eller dårlig. % av N²

| Praksisperiode | Ikke tilstrekkelig til stede på praksissted | Ikke tilstrekkelig tilgjengelig | Ikke tilstrekkelig kompetanse | Andre grunner | N |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------|---------------|-----|
| Medisinsk sengepost | 15,8 | 15,1 | 7,3 | 18,9 | 482 |
| Kirurgisk sengepost | 15,3 | 15,9 | 9,3 | 18,0 | 483 |
| Svangerskaps- og barselomsorg. Spesialisthelsetjenesten | 11,9 | 25,4 | 0,0 | 25,4 | 67 |
| Svangerskaps- og barselomsorg. Kommunehelsetjenesten | 12,5 | 18,8 | 3,1 | 12,5 | 64 |
| Psykisk helsevern. Spesialisthelsetjenesten | 14,7 | 15,9 | 10,7 | 20,0 | 441 |
| Psykisk helsevern. Kommunehelsetjenesten | 14,4 | 7,7 | 11,5 | 20,2 | 104 |
| Hjemmebaserte tjenester/ omsorgsboliger | 13,4 | 12,8 | 11,9 | 19,0 | 447 |

Blant de oppgitte vurderingsfaktorene er det manglende kompetanse som i minst grad framstår som en svakhet ved kontaktsykepleiernes veiledning. Et interessant trekk er at tabellen bare delvis gjenspeiler elevenes besvarelse i tabell 7.7 med hensyn til negative vurderinger innen svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten. Innenfor dette praksisområdet framstår i følge tabell 7.8 sykepleierkontaktens tilgjengelighet som det forholdet studentene vurderer som minst tilfredsstillende, mens sykepleierkontaktens kompetanse over hodet ikke vurderes som dårlig. Samtidig er det på dette praksisområdet mange som har oppgitt at "Andre grunner", dvs. andre sider ved veiledningen, er mindre god.

I sammenligning med tabell 7.5, som viser uttrykk for misnøye med de samme sidene ved lærerkontaktens veiledning, ser vi at det ikke er markante forskjeller mellom de to tabellene når det gjelder veilederens tilgjengelighet og tilstedeværelse på praksisstedet, mens det innen flere av praksisområdene er en større del studenter som uttrykker misnøye med sykepleierkontaktens kompetanse enn hva tilfellet er for lærerkontaktens kompetanse. Tabell 7.8. viser også at det er flere studenter som oppgir "Andre grunner" til at veiledningen er mindre god.

² Prosentberegningen er det gjort nærmere rede for i kommentarene til tabell 7.4 og i kapittel 4.3.

7.7 Erfaring med tiltak/oppgaver innen sykepleie i praksisstudiene

I undersøkelsen ønsket vi å få kartlagt i hvilken grad sykepleierstudentene gjennom praksisstudiene hadde fått befatning med oppgaver og situasjoner som er sentrale i sykepleieryrket (jf. problemstilling 4). I spørreskjemaet ble studentene forelagt en liste over oppgaver og tiltak, og skulle for hver av disse krysse ved de former for erfaringer de hadde med disse fra praksisstudiet. Studentene skulle også gjøre en vurdering av hvorvidt de opplevde å ha tilstrekkelig kunnskap og erfaring til å utføre oppgavene og tiltakene på egen hånd. Kun på dette siste spørsmålet skulle studentene svare "Ja" eller "Nei". De som svarte "Nei" ble bedt om å begrunne dette med svarene "Utilstrekkelig teoretisk kunnskap", "Utilstrekkelig praktisk erfaring" eller begge disse årsakene. Resultatene fra hver enkelt oppgave eller tiltak er i det følgende presentert i hver som sin egen tabell.

Vi understreker at svarene ikke gir grunnlag for å trekke slutninger om studentenes kompetansenivå i forhold til de avgrensede, og løsebare oppgaver og situasjoner som er valgt ut. Svarene gir primært kunnskap om læringssituasjoner studentene har vært i. Sekundært gir de et bilde av studentenes egen opplevelse av handlingskompetanse i forhold til disse.

Som nevnt kapittel 4 og 6, ble det i 2003 gjennomført intervjuer med 17 avgangsstudenter hvor vi bl.a. satte søkelys på de tiltakene og oppgavene som er presentert nedenfor. En av hensiktene med disse intervjuene var å danne et bilde av hvordan studentene hadde forstått og forholdt seg til spørsmålene og svaralternativene i spørreskjemaundersøkelsen. Resultater fra disse intervjuene er trukket inn i drøftingen og analysen av det som er presentert nedenfor

Tabell 7.10. Samle data og registrere avvik om pasienters ressurser og grunnleggende behov. % av N (= 538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 5.2 | 28 |
| Observert andre gjennomføre | 39.2 | 211 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 64.7 | 348 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 75.1 | 404 |

Fra tabellen ser vi at 64, 7% av alle studentene i undersøkelsen hadde deltatt i gjennomføring av denne oppgaven under veiledning, mens 75,1% har erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning. På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 85,7 % "Ja", og 11,3 % "Nei" (N=522). Samtlige av de som svarte "Nei" viste til "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 11,3 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.11. Koordinering av sykepleien til flere pasienter. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 1.5 | 78 |
| Observert andre gjennomføre | 47.0 | 253 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 71.2 | 383 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 66.5 | 358 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 84,0 % "Ja", og 16,0 % "Nei" (N=512). Alle de som svarte "Nei" mente dette skyldtes mangel på pratisk erfaring. Dette betyr at 15,2 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.12. Gi mat/drikke til pasienter som ikke spiser/drikker selv. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 1.5 | 8 |
| Observert andre gjennomføre | 37.7 | 203 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 53.7 | 289 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 90.9 | 489 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 96,6 % "Ja", og 3,4 % "Nei" (N=529). Spørsmål til de som svarte "Nei" (18 studenter) viste at 88,9% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. I intervjuene kom det frem at de fleste nok ville ha krysset av for at de kunne utføre dette på egen hånd, selv om det ble vist til at det kan oppstå vanskelige situasjoner bl.a. i forbindelse med pasienter med svelgeproblemer.

Tabell 7.13. Munnstell. % av N (= 538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 3.3 | 18 |
| Observert andre gjennomføre | 38.1 | 205 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 56.3 | 303 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 85.3 | 459 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 95,8 % "Ja", og 4,2 % "Nei" (N=530). Også her oppgir et klart flertall av de som svarte nei (95,5%) at grunnen var mangel på praktisk erfaring. Resultatene viser at 3,9 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.14. Fullt stell. % av N (= 538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 0.9 | 5 |
| Observert andre gjennomføre | 37.9 | 204 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 61.3 | 330 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 92.4 | 497 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 99,4 % "Ja", og 0,6 % "Nei" (N=530).

Tabell 7.15. Trykksårforebyggende tiltak. % av N (538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 0.7 | 4 |
| Observert andre gjennomføre | 44.2 | 238 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 67.3 | 362 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 81.2 | 437 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 93,4 % "Ja", og 6,5 % "Nei" (N=526). Spørsmål til de som svarte "Nei" (34 studenter) viste at 85,3% disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. 5,4 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.16. Kateterisering. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 1.5 | 8 |
| Observert andre gjennomføre | 50.6 | 272 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 78.1 | 420 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 54.5 | 293 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 95,8 % "Ja", og 4,2 % "Nei" (N=530). Spørsmål til de som svarte "Nei" (22 studenter) viste at 21 av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn. Dette betyr at 3,9 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). Mangelen på praktisk erfaring på dette området trekkes også frem i forbindelse med studentintervjuene.

Tabell 7.17. Sette klyx og/ eller klyster. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 6.3 | 34 |
| Observert andre gjennomføre | 39.8 | 214 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 60.8 | 327 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 68.4 | 368 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 85,4% "Ja", og 14,6 % "Nei" (N=522). 72 av de 76 studentene som svarte "Nei" oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette, noe som betyr at 13,4 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.18. Prøvetaking av urin og avføring. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 2.0 | 11 |
| Observert andre gjennomføre | 46.5 | 250 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 66.2 | 356 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 71.9 | 387 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 85,7 % "Ja", og 14,3 % "Nei" (N=518). Spørsmål til de som svarte "Nei" (74 studenter) viste at 72 av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. 13,9 % av alle studentene i undersøkelsen oppgir at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.19. Sårstell. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 0.9 | 5 |
| Observert andre gjennomføre | 49.4 | 266 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 75.1 | 404 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 71.5 | 386 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 73,5% "Ja", og 26,3% "Nei" (N=525). Spørsmål til de som svarte "Nei" (138 studenter) viste at 92,8% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr

at 23,8 % av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). Av studentintervjuene går det fram at dette tiltaket eller denne oppgaven omfatter såvidt mye at studentene kan ha vært usikre med hensyn til hva de skal svare: *"Vi vil nok kunne greie de fleste sårstell på egen hånd, men vil ha problemer med bl.a. omfattende kreftsår. Skal vi da krysse av for Ja eller Nei?"* Et annet forhold som trekkes inn, er at veiledning og rådgivning f.eks. når det gjelder sårstell ikke er entydig, noe som skaper usikkerhet.

Tabell 7.20. Administrering av forordnede doser insulin. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 3.2 | 17 |
| Observert andre gjennomføre | 43.7 | 235 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 70.1 | 377 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 73.0 | 393 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 88,7% "Ja", og 11,3% "Nei" (N=522). Av de 59 som svarte "Nei", begrunnet 48 studenter dette med utilstrekkelig praktisk erfaring. Dette betyr at 8,9% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.21. Informasjon/veiledning til diabetespasienter. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 33.1 | 178 |
| Observert andre gjennomføre | 37.7 | 203 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 40.7 | 219 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 27.5 | 303 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 42,0% "Ja", og 58,0% "Nei" (N=522). Spørsmål til de som svarte "Nei" (303 studenter) viste at 73,6% av disse svarte "utilstrekkelig praktisk erfaring", noe som betyr at 41,4% av alle studentene i undersøkelsen oppga utilstrekkelig praktisk erfaring som grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.22. Smerteutredning og behandling. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 8.9 | 48 |
| Observert andre gjennomføre | 52.0 | 280 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 70.6 | 380 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 29.2 | 157 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 42,1% "Ja", og 57,9% "Nei" (N=515). Spørsmål til de som svarte "Nei" (298 studenter) viste at 83,6% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 46,3% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). Dette er et av de tiltakene/en av de oppgavene i undersøkelsen med lavest andel som har erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning, og med lavest andel som svarte at de hadde kunnskap/erfaring nok til å gjøre på egen hånd. I studentintervjuene ble det også pekt på at "smerteutredning og

behandling” er en kategori som rommer mye, noe som skaper usikkerhet omkring hva en skal svare.

Tabell 7.23. Medikamenthåndtering. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 0.4 | 2 |
| Observert andre gjennomføre | 46.1 | 248 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 77.5 | 417 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 71.7 | 386 |

På spørsmål om de hadde ”*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*” svarte 88,1% ”Ja”, og 11,9% ”Nei” (N=520). 56 av de 62 som svarte nei oppga ”utilstrekkelig praktisk erfaring” som en grunn til dette. 10,4% av alle studentene i undersøkelsen oppgir at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). I intervjuene kom det frem at dette er et omfattende område, samtidig som det pekes på at undervisningen på dette området var intensiv og konsentrert, og i liten grad integrert i andre deler av studiene.

Tabell 7.24. Intramuskulær injeksjon. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 0.9 | 5 |
| Observert andre gjennomføre | 48.0 | 258 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 77.1 | 415 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 64.3 | 337 |

På spørsmål om de hadde ”*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*” svarte 87,9% ”Ja”, og 12,1% ”Nei” (N=522). Også her opp gir et klart flertall ”utilstrekkelig praktisk erfaring” som en grunn til at de svarte nei. Dette betyr at 11,5% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.25. Intravenøs væskebehandling. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 0.6 | 3 |
| Observert andre gjennomføre | 48.1 | 259 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 77.7 | 418 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 62.6 | 337 |

På spørsmål om de hadde ”*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*” svarte 83,5% ”Ja”, og 14,7% ”Nei” (N=524). Spørsmål til de som svarte ”Nei” (77 studenter) viste at 92,2% av disse oppga ”utilstrekkelig praktisk erfaring” som en grunn til dette. Dette betyr at 13,2% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.26. Terminalomsorg. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 12.8 | 69 |
| Observert andre gjennomføre | 45.0 | 242 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 61.9 | 333 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 42.4 | 228 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 53,6% "Ja", og 46,2% "Nei" (N=523). Spørsmål til de som svarte "Nei" (242 studenter) viste at 94,6% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 42,6% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). Studentintervjuene viser at det er en viss usikkerhet omkring hva som inngår i dette spørsmålet. Videre pekes det på at terminalomsorg er noe man sjelden eller aldri vil bli satt til å gjøre på egen hånd.

Tabell 7.27. Ivaretagelse av pårørende i krise eller sorg. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 21.0 | 113 |
| Observert andre gjennomføre | 47.2 | 254 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 42.2 | 227 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 32.2 | 173 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 41,3% "Ja", og 58,5% "Nei" (N=524). Spørsmål til de som svarte "Nei" (307 studenter) viste at samtlige av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 57,1% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). I studentintervjuene pekes det på at dette området "inneholder så mye" og at det sjelden er slik at en vil måtte gjøre dette på egen hånd. Dette har nok påvirket svarene som studentene har gitt i spørreskjemaundersøkelsene.

Tabell 7.28. Ivaretagelse av pasient i sjokk (kardiovaskulært). % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 66.7 | 359 |
| Observert andre gjennomføre | 18.6 | 100 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 19.7 | 106 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 10.0 | 54 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 20,4% "Ja", og 79,6% "Nei" (N=511). Spørsmål til de som svarte "Nei" (407 studenter) viste at 91,6% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 69,3% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). "Ivaretagelse av pasient i sjokk" er den oppgaven i undersøkelsen med størst andel studenter som svarer at de ikke har observert dette i praksis, og med lavest andel som svarer at de kan gjennomføre dette på egen hånd. Intervjuene viste at flere av studentene svarte at dette var en situasjon de ikke hadde stått overfor, og at manglende undervisning og praktisk erfaring gjorde at flere av studentene spurte seg om de ville se eller forstå at pasienten var i sjokk når en slik situasjon skulle oppstå.

Tabell 7.29 Validering i arbeidet med demente. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 19.7 | 106 |
| Observert andre gjennomføre | 37.5 | 202 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 46.1 | 248 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 51.3 | 276 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 63,0% "Ja", og 36,8% "Nei" (N=507). Spørsmål til de som svarte "Nei" (187 studenter) viste at 87,2% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 30,3% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). Dette var et spørsmål som flere av informantene i intervjuundersøkelsen var litt usikre på hvordan de skulle forstå, altså hva "validering" betydde i denne sammenheng.

Tabell 7.30 Egostøttende sykepleie. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 14.5 | 78 |
| Observert andre gjennomføre | 46.8 | 252 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 54.5 | 293 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 42.2 | 227 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 57,1% "Ja", og 42,9% "Nei" (N=503). Spørsmål til de som svarte "Nei" (216 studenter) viste at 83,3% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 33,5% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Tabell 7.31. Skjerming. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 20.8 | 112 |
| Observert andre gjennomføre | 44.6 | 240 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 50.0 | 269 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 38.5 | 207 |

På spørsmål om de hadde "*Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd*" svarte 55,9% "Ja", og 44,1% "Nei" (N=517). Spørsmål til de som svarte "Nei" (228 studenter) viste at 88,6% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 37,5% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). Av intervjuene kom det frem at dette også var et område som var lite omtalt i pensum.

Tabell 7.32. Miljøterapeutisk arbeid. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 13.4 | 72 |
| Observert andre gjennomføre | 46.3 | 249 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 57.2 | 308 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 46.7 | 251 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 65,5% "Ja", og 34,5% "Nei" (N=504). Spørsmål til de som svarte "Nei" (174 studenter) viste at 87,9% av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 28,4% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538). I intervjuene pekte studentene på at dette også var lite omtalt i pensum, og enkelte hadde knapt nok hørt om dette området.

Tabell 7.33. Grunnleggende hjerte- og lungeredning. % av N (=538)

| | % av N | Antall svar |
|---|--------|-------------|
| Ikke observert i praksis | 45.2 | 243 |
| Observert andre gjennomføre | 30.9 | 166 |
| Deltatt i gjennomføring under veiledning | 38.1 | 205 |
| Erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning | 16.9 | 91 |

På spørsmål om de hadde *"Kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd"* svarte 68,9% "Ja", og 31,1% "Nei" (N=517). Spørsmål til de som svarte "Nei" (161 studenter) viste at samtlige av disse oppga "utilstrekkelig praktisk erfaring" som en grunn til dette. Dette betyr at 29,9% av alle studentene i undersøkelsen har oppgitt at utilstrekkelig praktisk erfaring er en grunn til at de ikke føler seg kompetente til å gjennomføre dette på egen hånd (N=538).

Sammenligning med 2002-undersøkelsene

Resultatene fra de to undersøkelsene viser på dette området relativt store forskjeller fra 2002 til 2003. Det kan være flere forklaringer på disse forskjellene:

- En mulig forklaring kan være at avgangsstudentene i 2003 reelt sett har bredere erfaring fra praksisstudiene enn avgangsstudentene i 2002. Med andre ord at en tildels betydelig større andel av studentene i 2003 enn i 2002 har erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning på en rekke av de tiltakene og oppgavene som presenteres i undersøkelsene.
- Svarprosenten i begge undersøkelsene er lav (omkring 30%). En forklaring på de påviste forskjellene kan være at gruppen av respondenter varierer fra 2002 til 2003. Vi har imidlertid ingen bakgrunnsvariabler som kan fortelle oss hva disse forskjellene eventuelt består i (som f.eks. alder, tidligere arbeidserfaring osv). I og med at det er hele 7 av 10 som ikke har svart i de to undersøkelsene, så kan forklaringen på forskjellene være å finne i ulik sammensetning av respondentgruppene.

Forskjellene i resultatene fra de to spørreskjemaundersøkelsene gir seg særlig store utslag på spørsmålet om studentene opplever å ha kunnskap og erfaring nok til å utføre de ulike tiltakene/oppgavene på egen hånd. Foruten de forklaringene som er nevnt ovenfor, så kan forklaringen være å finne i forskjellene i hvordan spørsmålet ble stilt i 2002 og 2003. I 2002 var *"Kunnskap og erfaring nok til å gjøre på egen hånd"* ført opp som et svaralternativ under de alternativene som går frem av tabellene ovenfor. I 2003-undersøkelsen ble dette presentert som et eget spørsmål med svaralternativene *Ja* og *Nei*: *"Har du kunnskap og praktisk erfaring nok til å gjennomføre dette på egen hånd?"* Denne forskjellen kan ha hatt betydning for de svarene som er gitt.

Resultatene fra de to undersøkelsene er med andre ord beheftet med en stor grad av usikkerhet, både med tanke på å generalisere svarene fra respondentgruppen til populasjonen innenfor hvert av undersøkelsesårene, og når det gjelder sammenlikninger av resultatene fra det ene året til det andre. Når resultatene leses er det etter vår mening nødvendig å ta hensyn til de forbeholdene og usikkerhetsmomentene som her er nevnt.

For å få ytterligere innsikt i studentenes opplevelse av mestring i tilknytning til typer av oppgaver innen sykepleie, ble studentene bedt om å vurdere dette i forhold til de kategoriene av oppgaver som er gjengitt i tabell 7.34 under. Kategoriene av oppgaver gjenspeiler sentrale funksjoner innenfor sykepleieres ansvarsområder. For å ivareta disse grunnleggende funksjonene er det et mål for utdanningen at studentene gjennom studiet skal tilegne seg handlingskompetanse til å ivareta og utøve oppgaver innenfor disse funksjonsområdene (jf pkt 7.1 i rammeplan av-2000). Spørsmålet vi stilte var i hvilken grad studentene opplever at de ved avsluttet utdanning kan mestre de oppgitte oppgavene. Som målestokk for vurderingene ble det gitt en skala fra 1 til 5, hvor 1 var "I liten grad" og 5 var "I stor grad".

Tabell 7.34. Vurdering av mestring av ulike typer oppgaver. % av N

| 2002 | I liten grad | | | | I stor grad | Totalt | N |
|--|--------------|------|------|------|-------------|--------|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Helsefremmende og forebyggende oppgaver | 0,8 | 4,8 | 36,3 | 47,2 | 10,6 | 100 | 604 |
| Iverksetting og oppfølging av behandling | 0,2 | 2,5 | 28,6 | 52,0 | 16,7 | 100 | 604 |
| Lindrende oppgaver | 0,3 | 5,1 | 36,3 | 46,5 | 11,6 | 100 | 605 |
| Rehabiliterende og habiliterende oppgaver | 1,8 | 9,3 | 43,8 | 39,0 | 6,1 | 100 | 605 |
| Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende | 1,8 | 14,2 | 43,6 | 31,2 | 8,8 | 100 | 603 |
| Administrative oppgaver | 4,3 | 17,3 | 40,9 | 29,7 | 7,6 | 100 | 605 |

| 2003 | I liten grad | | | | I stor grad | Totalt | N |
|--|--------------|------|------|------|-------------|--------|-----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Helsefremmende og forebyggende oppgaver | 1.5 | 4.2 | 38.5 | 46.3 | 9.5 | 100 | 527 |
| Iverksetting og oppfølging av behandling | 0.2 | 2.1 | 20.3 | 55.5 | 22.0 | 100 | 528 |
| Lindrende oppgaver | 0.6 | 5.7 | 31.9 | 46.8 | 15.6 | 100 | 526 |
| Rehabiliterende og habiliterende oppgaver | 1.7 | 9.1 | 38.1 | 42.1 | 8.9 | 100 | 527 |
| Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende | 1.7 | 13.5 | 36.1 | 38.0 | 10.6 | 100 | 526 |
| Administrative oppgaver | 3.8 | 12.7 | 36.4 | 36.9 | 10.2 | 100 | 528 |

Resultatene fra de to undersøkelsene viser at tyngdepunktet i besvarelsene har endret seg i retning av at studentene oppgir en større grad av mestring i 2003 enn i 2002. Disse endringene kan nok til en viss grad forklares med resultatene presentert i tabellene 7.9 – 7.32 ovenfor. Hovedtendensen i de resultatene var at en tildels betydelig større andel av studentene hadde krysset av for "erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning" i 2003 enn i 2002 på samtlige av de tiltakene/oppgavene som ble oppgitt. Den oppgaven studentene svarer at de mestrer best, er både i 2002 og 2003 "Iverksetting og oppfølging av behandling".

8 Resultater fra intervjuundersøkelse blant avgangstudentene

8.1 Generell vurdering av praksisutdanningen

Innledningsvis spurte vi studentene om de var misfornøyd med noe i praksisutdanningen. Av generelle kommentarer er studentene opptatt av at det er mye opp til den enkelte student hvor mye en får ut av praksisstudiene, og at det i for liten grad drives oppfølging i forhold til den enkelte med tanke på hvor mye man har fått med seg. Videre er det en generell oppfatning at personalet på praksisstedene er dårlig forberedt når studentene kommer: "*Vi kommer til steder hvor personalet ikke er klar over at vi kommer*", at det er store forskjeller med hensyn til hvor mye de forventer av studentene, samtidig som studentene innenfor enkelte fagområder burde ha fått trent mer (f.eks. i øvingslokaler) før de kom til praksisstedene. Videre har studentene en opplevelse av å bli sett på og behandlet som arbeidshjelp og gratis arbeidskraft på noen av praksisstedene.

Erfaringene fra praksistiden i kommunehelsetjenesten varierer fra student til student: Enkelte av studentene fremhever praksisen på sykehjem som den delen av praksisstudiene de er mest fornøyd med ("*veileder hadde god tid*"), mens andre peker på at de ble "*utnyttet som billig arbeidskraft*" på sykehjemmet og at det var for mange studenter på hver veileder. Flere av studentene har hatt negative erfaringer med praksis i hjemmesykepleien. Dels skyldes dette stort arbeidspress og mangelfull veiledning, at en ble overlatt for mye til seg selv, at en fikk veiledning av annet personell enn sykepleier (f.eks. pleieassistent), og at en også her ble sett på som arbeidshjelp. Det å i stor grad bli overlatt til seg selv ble på enkelte praksissteder begrunnet med at det var en fordel for studentene å måtte gå inn i selvstendig arbeid. Noen av studentene mener også at dette gjorde at de fikk prøvd seg – noe som blir vurdert som positivt. Flere av studentene peker på at praksistiden i hjemmesykepleien er for lang, sett i forhold til de faglige utfordringene en her blir stilt overfor. De erfaringene som høstes fra praksisperiodene, vil ha betydning for fremtidig valg av arbeidssted. Noen av studentene peker på at de vil velge bort hjemmesykepleien ut fra de erfaringene en har fra praksisstudiene.

Når det gjelder praksis på sykehus, er det en gjennomgående innvending at det er satt av for lite tid til veiledning "*i en hektisk hverdag*", og at en ved flere av sykehusavdelingene skiftet veileder/kontaktsykepleier flere ganger, noe som førte til manglende kontinuitet i veiledningen: "*De forskjellige veilederne hadde ikke oversikt over hva vi kunne og hva vi hadde vært i gjennom*". Videre blir det innvendt mot praksisen på sykehus at det generelt sett burde ha vært avsatt mer tid til dette i studiene, at en burde ha praksis ved flere avdelinger, at sykehuspraksisen burde vært lagt til 3. og ikke 2. studieår ("*Da har man bedre forståelse av hva man skal gjøre*"), og at korttidshospitering på enkelte avdelinger gir lite læring.

8.2 De enkelte oppgavene, tiltakene

Studentene ble bedt om å kommentere de oppgavene/tiltakene som vi hadde oppgitt i spørreskjemaet, både med hensyn til hvordan de forsto spørsmålene og hva de hadde svart/ville ha svart. Vi har nedenfor presentert de kommentarene studentene hadde til enkelte av oppgavene/tiltakene som ble oppgitt i spørreskjemaet med vekt på hvorfor de ikke ville ha krysset av for svaralternativet: "Kunnskap og erfaring nok til å gjøre på egen hånd".

Et generelt inntrykk fra intervjuene er for det første at noen av de oppgitte oppgavene/tiltakene er lite presise - at "de inneholder så mye", og for det andre at noen av oppgavene er knyttet til å håndtere situasjoner som vil forekomme relativt sjelden under praksisstudiene.

Enkelte av studentene har i sine kommentarer til oppgaven samle data og registrere avvik om pasienters ressurser og grunnleggende behov pekt på manglende erfaring, samt at "det er ikke noe

standardskjema på dette området” eller ”har ikke sett eller brukt et slikt avviksskjema”. Når det gjelder å gi mat/drikke til pasienter som ikke spiser/ drikker selv, oppgir studentene at de nok ville ha krysset av for at de vil kunne gjøre dette på egen hånd, selv om enkelte mener at det kan oppstå vanskelige situasjoner bl.a. i forbindelse med pasienter med svelgeproblemer. Håndtering av oppgaver som munnstell og fullt stell, mener flere av studentene vil være situasjonsbestemt. På området sårstell svarer flere at de har manglende praktisk erfaring og/eller teoretisk kunnskap. Videre mener studentene svaret vil avhenge av situasjonen: ”Vi vil greie de fleste situasjonene på egen hånd, men vil ha problemer med bl.a. omfattende kreftår. Skal vi da svare at vi kan gjøre dette på egen hånd?”. Videre vises det til at de råd og den veiledning som gis ikke er entydig, og at svaret dels vil avhenge av om det foreligger prosedyrer som kan følges.

Når det gjelder kateterisering og å sette klyx/klyster svarer flere av studentene at mangelen på praktisk erfaring gjør at de mener at de ikke har kunnskap og erfaring nok til å gjøre det på egen hånd. Usikkerheten omkring hva en skal svare med hensyn til administrering av forordnede doser insulin og informasjon/veiledning til diabetespasienter knytter studentene både til manglende teoretisk kunnskap og praktisk erfaring.

Studentenes usikkerhet på området smerteutredning og behandling er dels knyttet til manglende teoretisk undervisning og praktisk erfaring, og dels til at området er bredspektret og at det derfor er vanskelig å forstå hva som inngår i tiltaket/oppgaven i denne undersøkelsen. Også på området medikamentadministrering viser studentene til at dette rommer så mye/ inneholder så mye forskjellig, noe som gjør det vanskelig å svare om en kan utføre dette på egen hånd. Videre gis det uttrykk for at undervisningen på dette området var intensiv og konsentrert, og i liten grad integrert i andre deler av studiene.

På området terminalomsorg fremkommer det at studentene mangler praktisk erfaring, samt at det er noe uklart hva som inngår i denne oppgaven. Videre er det enkelte som mener at dette er en oppgave man ikke blir satt til å gjøre på egen hånd. Ivaretakelse av pårørende i krise og sorg er en situasjon som flere av studentene ikke har stått overfor i løpet av praksisstudiene. Videre pekes det på at hvis en slik situasjon skulle oppstå, så vil det ved noen praksissteder være slik at studentene ikke trekkes inn. Og hvis studenten trekkes inn, så vil dette være en oppgave han eller hun ikke vil bli satt til å ”gjøre på egen hånd”.

Også når det gjelder ivaretakelse av pasient i sjokk (kardiovaskulært), viser flere av studentene til at en ikke har vært ute for dette i praksisstudiene, og at en ikke vet hvordan en vil kunne håndtere situasjonen. På bakgrunn av manglende undervisning og praktisk erfaring, er det enkelte som spør seg om de vil se eller forstå at pasienten er i sjokk når situasjonen skulle oppstå.

Av kommentarene til oppgaven/tiltaket validering i arbeidet med demente går det fram at flere av studentene har liten erfaring med demente, og enkelte har problemer med å forstå begrepet validering. Noe av den samme usikkerheten med hensyn til begrepsbruken finner en når det gjelder oppgaven/tiltaket egostøttende sykepleie: ”Er det når du jobber alene og ikke i team?” Også på dette området er det flere av studentene som har lite praktisk erfaring. Når det gjelder skjerming, peker studentene på at dette er lite omtalt i pensum og at en har lite praktisk erfaring. Videre stilles det spørsmålsteget ved om dette er en oppgave en settes til å gjøre på egen hånd. Studentene gir videre uttrykk for usikkerhet omkring hva som menes med oppgaven miljøterapeutisk arbeid, at det er lite omtalt i pensum, at en har lite praktisk erfaring med dette tiltaket og enkelte svarer at de knapt nok har hørt uttrykket før.

Når det gjelder grunnleggende hjerte- og lungeredning gir studentene uttrykk for at dette er situasjoner en vil kunne håndtere, selv om flere kun har erfaring fra øvelse med dukke.

8.3 Om sikkerhet med hensyn til å gå ut i arbeidslivet

Med utgangspunkt i resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen i 2002, hvor det på enkelte oppgaver/tiltak var en relativt stor andel av studentene som ikke hadde krysset av for at de mente å ha kunnskap og erfaring til å kunne utføre oppgaven/tiltaket på egen hånd, ønsket vi studentenes vurderinger av hvor sikre de følte seg i møtet med arbeidslivet.

Resultatene fra intervjuene viser at dette er et tema som opptar studentene mye. Usikkerheten beskrives i hovedsak som håndterlig og som en naturlig del av det å gå fra en studiesituasjon til en arbeidssituasjon – uansett yrke. Mange av studentene har arbeidsavtaler ved siden av studiene, noe som har gitt dem erfaring fra spesialisthelsetjenesten og/eller kommunehelsetjenesten ut over det praksisstudiene har gitt dem. Dette bidrar til å redusere ”angstnivået”. Usikkerheten beskrives som dels knyttet til det ansvaret som følger med jobben, og dels til at man nå ”slippes ut på egen hånd”, uten den støtte og det fellesskapet som følger av studietilværelsen. Noen av studentene peker på at en del av denne usikkerheten skapes gjennom praksisstudiene og da som et resultat av dårlig veiledning, tvetydighet i det som gis av råd og veiledning, samt holdningene til studenter blant ansatte på praksisstedene. Studentene er opptatt av at man ved overgangen til arbeidslivet er godt forberedt på å være tydelige på hva en er sikre på og hva en er usikre på, hva som er grensene for ens kompetanse.

Ønskene om arbeidssted etter studiene varierer mye studentene i mellom, og begrunnelsene for valgene er forskjellige. Dels begrunnes dette ut fra rent faglige interesser (*”Jeg skal begynne å jobbe på kirurgisk avdeling på sykehus. Liker å være et sted hvor det skjer noe”*), og dels ut fra ønske om å redusere grad av usikkerhet (*”Jeg skal begynne i sykehjem til høsten. Sykehus er mer skremmende”*). Noen avdelinger og typer av arbeid omtales blant studentene som *”skumlerer enn andre”*, samtidig som arbeidsstedene og arbeidsoppgavene varierer med hensyn til hvor høy status de har blant studentene. Valgene som studentene foretar, vil med andre ord avhenge av hva en vektlegger; behovet for å redusere usikkerhet eller ønske om utfordringer og status.

8.4 Oppsummering

Resultatene fra intervjuene viser at studentene har oppfattet spørsmålene og de oppgitte oppgavene/tiltakene forskjellig. Dette gjelder både oppgavene/tiltakenes innhold, og hva som ligger i å kunne gjennomføre på egen hånd. For en del av studentene er svaret avgitt ut fra en tanke om at; Ja, dette vil jeg stort sett kunne greie på egen hånd. Med andre ord at en i de fleste situasjoner vil kunne utføre oppgaven. Andre igjen har svart nei på dette spørsmålet ut fra den tolkning at vi er ute etter studentenes vurderinger av om de i enhver situasjon vil kunne mestre eller håndtere oppgaven uten hjelp, råd eller veiledning fra andre. Videre viser tilbakemeldingene fra studentene at de har lagt til grunn for sin besvarelse at når det gjelder noen av de oppgitte oppgavene/tiltakene, så vil en aldri komme i den situasjonen at en står helt alene. Årsaksforklaringene på hvorfor studentene mener ikke å ha kunnskap og erfaringer nok til å gjøre oppgitte oppgaver og tiltak på egen hånd, knytter studentene dels til praksisens varighet, når praksisperiodene er lagt inn i sykepleierutdanningen, praksisplassenes ivaretagelse av studentene, samt ulike aspekter knyttet til kvaliteten på veiledningen. Videre synes det å være klart at for en del av oppgavene og tiltakene, så er de av en så spesiell karakter og er så sjelden forekommende at mulighetene studentene har til å observere eller utøve dette i praksis er meget begrenset. Slik sett vil studentene kun ha en teoretisk forståelse av og kjennskap til en del av oppgavene/tiltakene. Et stykke på vei mener vi det er grunnlag for å hevde den tilsynelatende mangelen på handlingskompetanse kan forstås som et uttrykk for en viss grad av manglende tro på egne evner blant sykepleierstudentene. Tilbakemeldingene viser at forklaringene på at studentene svarer som de gjør, også er å finne i en mer generell usikkerhet som studentene føler ved overgangen fra studietilværelsen til utøvelse av sykepleierfaget.

9 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen blant praksisansvarlige og kullansvarlige 2003

9.1 Innledning

Undersøkelsen ble gjennomført i august 2003. Vi sendte en henvendelse til de høgskolene som deltok i spørreskjemaundersøkelsen blant avgangsstudentene, hvor vi ba om å få oversendt navn på praksisansvarlige, kullansvarlige eller tilsvarende. 15 høgskoler ga tilbakemelding hvor det ble oppgitt navn på ansatte som ble ansett som relevant for undersøkelsen. Bruttoutvalget besto av 70 praksisansvarlige, kullansvarlige eller tilsvarende ved de 15 høgskolene. Spørreskjemaet ble utarbeidet i samarbeid med oppdragsgiver og referansegruppen. Vi mottok svar fra 31 ansatte (44%) ved 14 høgskoler (93%). Høgskoler i Hedmark, Vestfold, Hordaland, Møre- og Romsdal, Oppland, Østfold, Oslo, Sogn- og Fjordane, Troms, Agderfylkene, Finnmark og Buskerud er representert blant respondentene. Den geografiske spredningen utgjør styrken i undersøkelsen, mens antallet respondenter utgjør undersøkelsens svakhet. Resultatene presentert nedenfor må leses i lys av dette.

9.2 Bakgrunnsinformasjon

De som har besvart spørreskjemaet, har i hovedsak stillingsbetegnelsen høgskolelektor. Videre har vi mottatt svar fra studieledere, høgskolelærere og praksiskonsulenter. Informantenes utdanning varierer noe, men med enkelte unntak så har de fleste sykepleie som en del av sin utdanningsplattform. 16 av 31 har hovedfag i helsefag/sykepleievitenskap, samtidig som et stort flertall har (tilleggs)utdanning innenfor områdene pedagogikk, ledelse og administrasjon.

9.3 Generell vurdering av kvaliteten på praksisstudiene

Informantene ble innledningsvis bedt om å gi en kortfattet generell vurdering av kvaliteten på praksisstudiene i sykepleierutdanningen. Hovedinntrykket er at informantene vurderer praksisstudiene som gode, om enn varierende. Et problem som flere trekker fram, er at det er et misforhold mellom antallet studenter i forhold til tilgangen på veiledere, noe som går ut over oppfølgingen av den enkelte student. Videre pekes det på at det er store variasjoner med hensyn til kontaktsykepleiernes veiledningskompetanse. Stor gjennomtrekk av sykepleiere på avdelingene og at veiledningen overlates til sykepleiere med liten erfaring trekkes fram som et problem. Veiledningens kvalitet blir med dette varierende og preget av en viss grad av tilfeldighet, samtidig som det generelle arbeidspresset på avdelingene til tider går ut over oppfølging av studentene. En svært hektisk praksishverdag går ut over omsetting av studentenes kunnskaper og vurderinger i praksis. Enkelte av informantene mener at kvaliteten på praksisstudiene varierer ut fra hvilken innstilling ledelsen ved institusjon og avdeling har til det å ivareta veiledning av sykepleierstudenter. Et par av informantene peker på at praksisopplæring/utøvelse av sykepleie overfor pasientene og den teoretiske kunnskapen i for liten grad betraktes som integrerte deler i sykepleierutdanningen og at utdanningen i for liten grad baseres på "kunnskapsbasert praksis". Praksisstudiene preges mye av sosialisering inn i sykepleierollen uten klart fokus på hva som skal læres.

9.4 Tilgangen til praksisplasser

Informantene ble spurt om det er fagområder i praksisstudiene det er særlig vanskelig å skaffe praksisplasser til. Det var anledning til å krysse av for flere svaralternativer.

Tabell 9.1. Fagområder i praksisstudiene hvor det er særlig vanskelig å skaffe praksisplasser. Antall svar

| Praksissteder/fagområder | Antall svar |
|--|-------------|
| Medisinsk sengepost | 8 |
| Medisinsk poliklinikk | 2 |
| Kirurgisk sengepost | 11 |
| Kirurgisk poliklinikk | 2 |
| Svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten | 9 |
| Svangerskaps- og barselomsorg i kommunehelsetjenesten | 6 |
| Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten | 14 |
| Psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten | 15 |
| Hjemmesykepleie i kommunehelsetjenesten | 6 |
| Sykehjem/bo- og behandlingshjem i kommunehelsetjeneste | 4 |

I tabellen ovenfor har vi kun tatt med svarene fra de informantene som peker ut fagområder hvor de opplever at det er særlig vanskelig å skaffe praksisplasser. Resultatene viser at det er innen psykisk helsevern (både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten), svangerskaps- og barselsomsorg i spesialisthelsetjenesten og kirurgisk sengepost hvor det er særlig vanskelig å finne praksisplasser. Når det gjelder psykisk helsevern vises det bl.a. til at praksisstedene kvier seg for å ta inn mange studenter av hensyn til brukernes behov og sårbarhet. I kommentarene er det flere av informantene som peker på et generelt problem med å skaffe praksisplasser, noe som bl.a. forklares med færre senger på sengepostene, samt nedbemanning, noe som gjør det vanskelig å skaffe veiledere på praksisstedene. Denne utviklingen har skjedd samtidig med at en har store studentkull. Behovet for flere praksisplasser har med andre ord vært økende, samtidig som tilbudet er blitt redusert.

Videre pekes det på at "praksismarkedet" er presset og at det er mange ulike grupper som konkurrerer om de samme plassene. I en slik konkurransesituasjon vises det til at det er de som kan tilby den beste honoreringen som vinner, "og det er ikke sykepleierutdanningen". Usikkerheten omkring det å skaffe praksisplasser kan være "usikker helt frem til det siste", noe som kan føre til at en må benytte praksisplasser som er uegnet eller ikke tilstrekkelig relevante.

9.5 Endringer siste 5 år med hensyn til tilgangen til praksisplasser og grunner til dette

Informantene ble spurt om det har skjedd noen endringer i de siste årene med hensyn til å skaffe praksisplasser.

Tabell 9.2. Endringer siste 5 år med hensyn til tilgang til praksisplasser. Antall svar

| | Antall svar |
|---|-------------|
| Nei, ingen endringer | 5 |
| Det er generelt sett blitt enklere å skaffe praksisplasser | 3 |
| Der er generelt sett blitt vanskeligere å skaffe praksisplasser | 21 |
| | 29 |

Et klart flertall mener at det generelt sett er blitt vanskeligere å skaffe praksisplasser de siste fem årene. I kommentarene trekker informantene fram forholdet mellom redusert tilgang til praksisplasser kombinert med store studentkull. Omorganisering av helsetjenesten generelt, redusert antall senger spesielt på sykehusene, større satsing på poliklinikk og dagbehandling, og

nedleggelse av avdelinger er grunner som trekkes fram. Dette fører til at en ved enkelte høgskoler må ty til det en kaller ”alternative og ikke fullt så relevante løsninger” for gjennomføring av praksisstudiene. Videre ser en på en del praksissteder at andelen nytilsatte sykepleiere øker, noe som øker motstanden på praksisstedene mot å ta inn studenter, samtidig som kvaliteten på den veiledningen som gis reduseres. Flere av informantene viser til at de har inngått samarbeidsavtaler med praksisstedene som skal sikre et visst antall praksisplasser. Flere høgskoler erfarer imidlertid at praksisstedene oftere gir tilbakemelding om at de ikke kan ta i mot avtalt antall studenter, og at det må forhandles om dette – ved en del høgskoler må dette gjøres hvert semester.

9.6 Kurs for praksisveiledere

For å danne oss et bilde av i hvilken grad høgskolene bidrar til å sikre og høyne kvaliteten på praksisveiledningen, spurte vi informantene om høgskolene holder kurs for veilederne (sykepleierkontaktene).

Tabell 9.3. Kurs for veiledere (sykepleierkontakter) i regi av høgskolene. Antall svar

| | Antall svar |
|--|-------------|
| Ja, for veiledere ved alle praksisstedene | 28 |
| Ja, for veiledere ved noen av praksisstedene | 1 |
| Nei | 1 |
| | 30 |

Alle som avholder kurs svarer at deltakelse er frivillig. Omfanget av kursene varierer, men det er vanskelig å si noe eksakt om hvor store variasjonene er i og med at noen høgskoler oppgir antall timer og noen antall dager. Materialet gir likevel grunnlag for å fastslå at det er relativt store forskjeller høgskolene i mellom med hensyn til hvor mye tid som settes av til kurs for veiledere (kontaktsykepleiere) ved praksisstedene: Fra ett dagskurs til kurs som går over fire dager, fra 10 timers kurs til 32 timers kurs – for å trekke frem noen eksempler.

9.7 Kvaliteten på veiledningen

Kvaliteten på veiledningen som blir gitt på praksisstedene varierer mye – både fra person til person og fra praksissted til praksissted. Dette går dels på veilederens motivasjon og interesse for veiledningsoppgaven, veilederens praksis, erfaring og egnethet, og hvor mye tid veileder og praksissted synes en kan avse til denne oppgaven. Det er med andre ord vanskelig å si noe entydig om kvaliteten på veiledningen, ei heller om sykepleierkontaktene/veilederne synes å ta veiledningsoppgaven på alvor. Informantene svarer at mange av veilederne er interessert i studentene og hvordan de trives, er opptatt av hvordan studentene lærer og mestrer ulike situasjoner i praksis, møter opp til avtalte timer, viser interesse for studentenes refleksjoner og deltar aktivt i praksisplansamtaler i forhold til hvilke spesielle utfordringer den enkelte avdeling har å by på. På den annen side pekes det også på at det nødvendigvis ikke har noe med den enkelte veilederens holdninger og interesse å gjøre når veiledningen vurderes som dårlig en del steder. Forklaringene er langt på vei å finne i arbeidssituasjonen på praksisstedet, pågangen av pasienter, og avdelingsledelsens interesser for å slippe til studenter.

9.8 Studentenes vurdering av egen kompetanse

I undersøkelsen presenterte vi resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen blant avgangsstudentene i 2002 som viste andelen av studentene som svarte at de ikke hadde kunnskap eller erfaring nok til å utføre enkelte oppgaver og tiltak på egen hånd. Med utgangspunkt i disse resultatene ba vi informantene gi sin vurdering av hva grunnene kunne være til at studentene svarte som de gjorde.

Tabell 9.4. Hovedgrunner til at studentene svarer at de ikke har nok kunnskap eller praktisk erfaring til å gjennomføre utvalgte tiltak/oppgaver innen sykepleie på egen hånd. Antall svar

| Hovedgrunn | Antall svar |
|---|-------------|
| Studentene har utilstrekkelig teoretisk kunnskap | 2 |
| Studentene har utilstrekkelig praktisk erfaring | 5 |
| Studentene har både utilstrekkelig teoretisk kunnskap og utilstrekkelig praktisk erfaring | 22 |
| | 29 |

Som tabellen viser, så mener et klart flertall av informantene at resultatene fra 2002-undersøkelsen skyldes en kombinasjon av utilstrekkelig teoretisk kunnskap og utilstrekkelig praktisk erfaring. Informantene peker på at noe av forklaringen ligger i for lite fordypning i den teoretiske delen av faget, mens andre mener det er tilfeldig hva studentene får erfart gjennom praksis. Andre igjen mener det er en kombinasjon av disse to forklaringene; studentene leser for lite i pensum og klarer ikke å finne igjen det de har lest i en praktisk situasjon. Videre pekes det på at forklaringen er å finne i utilstrekkelig praktisk erfaring kombinert med svært høye krav til funksjonsdyktighet i praksis: *"Det er i liten grad lov å være ny og usikker"*. Samtidig har en eksempler på at sykepleierkontaktene på praksisstedene er lite tålmodig med den usikkerheten mange nyutdannede representerer. Det vises også til at studentene kan ha både teoretisk kunnskap og praktisk erfaring nok til å takle flere av disse oppgavene, men at ansvaret skremmer dem, samtidig som noen av de oppgitte oppgavene er av en slik vanskelighetsgrad at det kreves lengre erfaring som ferdig sykepleier til å bli trygg i slike situasjoner. Videre er studentene gjennom praksisstudiene vant til å jobbe i team og bruke teamet aktivt for å hente støtte, samtidig som de kan hente faglig kunnskap der det er nødvendig. Enkelte av informantene hevder at for å kunne ivareta pasientene i noen av de nevnte oppgavene/tiltakene (f.eks. pasienter i kardiologisk sjokk), så må en ha håndtert en slik situasjon flere ganger for å kunne føle seg trygg. Dette er det vanskelig *"å få skikkelig i hendene"* gjennom utdanningen

Noen av informantene peker også på at en har sett en endring i studentsammensetningen når det gjelder holdninger til studiene og til sykepleierfaget, noe en mener kan skyldes endringer i opptakskravene: *"Kvaliteten på studentene har sunket etter at søkertallet gikk ned og alle får tilbud om studieplass"*. Videre vises det til at mange av studentene har arbeidsavtaler ved siden av studiet og at de ikke tar studiet alvorlig nok. Det pekes også på at studentene i større grad må læres opp til å se teori og praksis som en helhet og ikke som separate, adskilte deler av studiet, noe informantene mener en ser tendenser til i dag. Skippertak og sprenglesing før eksamen fremmer ikke denne nødvendige helheten til faget. Informantene viser også til at en del studenter satser *"på å skli gjennom studiet"* og at de ikke forstår ansvaret fullt ut *"før de står der"*.

En av informantene peker på at hva studentene har svart vil avhenge av hva studentene lærer ved den enkelte skolen – om skolen trekker i akademisk retning eller i praktisk retning: *"Hvor mange timer med undervisning skal studentene ha i vitenskapsteori kontra smertelindring for kroniske smertepasienter?"*

9.9 Studentenes tro på egne evner og høgskolenes betydning som holdningsskaper

Vi spurte informantene om sykepleierstudentene "læres opp til å tro på egne evner" slik utdanningen foregår i dag. Blant informantene pekes det på at sosialisering til faget skjer lite i skolen, og mest i praksis. Videre pekes det på at mange av studentene har arbeid ved siden av studiene, og at mye av sosialiseringen skjer her. Informantene mener at studentene læres opp til å tro på egne evner, samtidig som det er et mål at de læres opp til å vite hva de evner slik at de ikke går ut over egen kompetanse, men søker hjelp når det er nødvendig. Flere peker på at selv om en legger opp til at studentene skal bli ansvarsbevisste og reflekterte basert på ervervede kunnskaper, så er det ikke alle studentene som når så langt. Dette forklares bl.a. med endringene i opptakskravene og store studentkull. Intensjonen er klar i forhold til å bygge på studentens ressurser, men det hevdes at i krysningpunktet mellom praksis og skole, så kan selvtilliten reduseres fremfor å vokse. Noen av informantene etterlyser en faglig diskusjon lærerne i mellom om hva som er målet for læring, og en diskusjon om fokus på pensum versus det å lære faget slik sykepleiefaget er forankret.

I forlengelsen av spørsmålet om sykepleierstudentene læres opp til å tro på egne evner, spurte vi informantene om hvilken betydning høgskolene har som holdningsskaper i så henseende. 23 av 31 informanter mener at høgskolen har stor betydning som holdningsskaper, selv om en del påpeker at dette mer er et uttrykk for et håp og et ønske, enn faktisk viten. Det hersker med andre ord en viss usikkerhet omkring dette spørsmålet. Flere betoner skolens betydning som holdningsskaper, men blant enkelte av informantene uttrykkes det en bekymring for om høgskolene tilrettelegger for et læringsløp som tilfredsstillende dagens ungdoms behov for læring og om en makter å tilrettelegge for metoder som engasjerer og bidrar til at studentene ønsker å bli i yrket. Blant de som mener at høgskolene har liten betydning som holdningsskaper, blir det hevdet at de holdninger og verdier som preger sykepleierstudentene i hovedsak skapes i praksisfeltet, og at mange av studentene her "konfronteres med gapet mellom teori og praksis".

9.10 Betydning av overgang fra gammel til ny rammeplan

Vi spurte informantene om overgangen fra gammel rammeplan (fastsatt i 1987/ ajourført i 1992) og ny rammeplan (fastsatt i 2000) har hatt betydning for den kunnskap/ kompetanse som studentene har ved avsluttet utdanning.

Tabell 9.5. Betydningen av overgang fra gammel til ny rammeplan for studentenes kunnskap/kompetanse. Antall svar

| | Antall svar |
|-----------------------|-------------|
| Ja, i positiv retning | 10 |
| Ja, i negativ retning | 2 |
| Nei | 9 |
| | 21 |

12 av 21 informanter mener overgangen fra gammel til ny rammeplan har hatt betydning for studentenes kunnskap og kompetanse, med en klar overvekt i positiv retning. Informantene er imidlertid enige om at det generelt sett er vanskelig å peke på noen direkte og klar sammenheng mellom endring i rammeplan og betydningen for studentenes kunnskap og kompetanse. Fra informantene pekes det på at en aldri har hatt mer kunnskap enn i dag. Kompetansen er stor innenfor høgskolene, men en spør seg om all den kunnskap som formidles til enhver tid forbereder studentene på den virkelighet de skal ut i. Det er til syvende og sist opp til den enkelte høgskole å legge forholdene til rette, og dette er igjen avhengig av kullenes størrelse og tilbudet i helsevesenet i nærheten. Rammeplanen kan aldri bli mer enn veiledende innenfor gitte rammer. Andre peker på at studentene kan mer i dag enn tidligere, men at det skorter på analytisk evne til å se de ulike fagene i sammenheng. Slik rammene for teori og praksis er i dag, er det nesten umulig

å gi et teoretisk grunnlag som er godt. Det pekes i den forbindelse på at den gamle rammeplanen ga mulighet for større bruk av praksisrelatert undervisning i høgskolen; enn nåværende rammeplan.

Det blir videre pekt på at den nye rammeplanen gir klarerer retningslinjer for somatisk sykepleie, men i forhold til psykiatri og geriatri (sykehjem) oppleves det som negativt at krav om praksis er redusert: ”Studentene får for lite pleieerfaring”.

Blant de som mener at det har hatt betydning i positiv retning, pekes det bl.a. på at det er lagt mer vekt på at studentene lærer å lære, at de lærer å ta ansvar for seg selv. Tilbakemeldinger til høgskolene tyder på at studentene har blitt mer bevisst og kan ta ansvar.

9.11 Hva karakteriserer en god praksisplass

Avslutningsvis ba vi informantene gi en beskrivelse av hva som karakteriserer en god praksisplass. Stikkord som går igjen i besvarelsene er: *tid, tilstedeværelse, kompetanse og samarbeid mellom lærer og veileder*. Informantene mener en god praksisplass skal gi trygghet for studentene i læresituasjonen, at det tilrettelegges for at studentene får øve opp sine ferdigheter, og at sykepleierkontaktene delegerer både ansvar og oppgaver i forhold til studentenes kvalifikasjoner. Det at det gis en tett oppfølging av praksisveileder, har størst betydning for å gi trygghet, samtidig som veileder må kjenne til den enkelte students lærebehov som grunnlag for å gi den enkelte mulighet for nye utfordringer. Når det gjelder forholdet til praksislærer, så er det viktig med regelmessig kontakt for å se om studenten har et forventet forløp og en forventet læringskurve. Videre fremheves det betydningen av at studentene blir sett og tatt på alvor og at studenten opplever at han eller hun er ønsket på praksisstedet. Sykepleierkontaktens veiledningskompetanse og interesse for dette arbeidet fremheves også av mange av informantene. Dyktige kontaktsykepleiere er en forutsetning for å kvalitetssikre utdanningen til sykepleierstudentene. Med dette i bunn blir også samarbeidet med skolen enklere og gir en total situasjon som gir studentene det de trenger.

10 Oppsummering og konklusjon

10.1 Innledning

Målet med undersøkelsen har vært å gi en beskrivelse av omfanget av og utvalgte sider ved innholdet i praksisstudier i sykepleierutdanningen. I dette har også ligget en kartlegging av variasjoner i sykepleierstudentenes praksisstudier. Utgangspunktet for undersøkelsen har vært spørsmålet om hvor god praksisundervisningen er, og i hvilken grad praksisstudiene gjennomføres i henhold til de kravene som stilles i rammeplan både med hensyn til studienes varighet, hvilke fagområder som omfattes av praksisstudiene, og i hvilken grad høgskole og praksissted ivaretar veiledning og oppfølging av studentene. I oppsummeringen og konklusjonene har vi tatt utgangspunkt i hovedproblemstillingene i prosjektet. Drøftingen baserer seg på resultatene fra de undersøkelsen som er gjennomført som deler av kartleggingsarbeidet:

- *Spørreskjemaundersøkelser blant avgangsstudentene i 2002 og 2003*
- *Intervjuundersøkelse blant et utvalg avgangsstudentene i 2003*
- *Spørreskjemaundersøkelse blant praksisansvarlige/kullansvarlige i 2003*

10.2. Får sykepleierstudentene den praksisen som de har krav på i henhold til rammeplanen? Hvis ikke; hva er grunnene til dette?

Spørreskjemaundersøkelsen blant avgangsstudentene i 2003 viser at 8,6% av studentene *ikke* hadde praksistid på til sammen 16 uker på de to praksisområdene medisinsk- og kirurgisk sengepost (jf. krav i ny rammeplan). Innenfor hvert av de to praksisområdene var det 2,9% som ikke oppfylte kravet om 6 ukers praksis på medisinsk sengepost, mens 2,7% ikke oppfylte kravet om 6 uker på kirurgisk sengepost. I sammenligning med resultatene fra 2002 viser det seg at andelen studenter som hadde 6-7 uker praksis ved henholdsvis medisinsk og kirurgisk sengepost var høyere i 2002, noe som trolig gjenspeiler at den nye rammeplanen stiller krav om 6 ukers praksis. Det er 13,6% av studentene som ikke oppfyller rammeplanens krav om minst 12 ukers praksis i "kommunehelsetjeneste, eldreomsorg og hjemmesykepleie". Kravet om minst 8 uker praksis i hjemmebaserte tjenester oppfylles av 84,7% av studentene. Kravet til praksis "i tilknytning til psykisk helsearbeid" er i den nye rammeplanen på minst 8 uker. Når vi slår sammen praksistiden i spesialist- og kommunehelsetjenesten, finner vi at dette kravet ble oppfylt for 95,6% av studentene. Det vil si at for 4,4% ble kravet ikke oppfylt. Videre er det krav til at studentene skal ha hatt *veiledet* praksis i minst 8 uker innenfor hvert av fagområdene medisin, kirurgi, psykisk helsearbeid og kommunehelsetjeneste. I dette inngår veiledning fra høgskolens undervisningspersonell, og kontinuerlig veiledning av sykepleier ved praksisstedet. Undersøkelsen viste at følgende andel studenter oppfyller kravet om minst 8 uker *veiledet* praksis innenfor de ulike kategoriene:

| | |
|--|-------|
| Medisin – sengepost og poliklinikk samlet | 91,6% |
| Kirurgi – sengepost og poliklinikk samlet | 90,7% |
| Psykisk helsearbeid – Spesialist- og kommunehelsetjeneste samlet | 92,3% |
| Kommunehelsetjeneste - Svangerskaps- og barselomsorg, psykisk helsevern, hjemmebaserte tjenester/omsorgsboliger og "øvrig kommunehelsetjeneste" samlet | 97,1% |

Våre undersøkelser viser med andre ord at for er stort flertall av avgangsstudentene så er de kravene som er formulert i rammeplanen oppfylt. Men som vi har vært inne på også tidligere i rapporten, så vil det på en del praksisområder være vanskelig å gi noe entydig, tallmessig svar på hvilke krav som faktisk stilles i planen. Der vi i presentasjonen ovenfor har slått sammen praksis

innenfor i utgangspunktet ulike praksisområder, så er dette basert på tilbakemeldinger fra avgangsstudentene og høgskolene når det gjelder lokale variasjoner med hensyn til hvordan helsetjenestene er organisert. Rammeplanen stiller ikke krav til et bestemt omfang av praksis innen *svangerskaps- og barselomsorg*, men stiller derimot krav til at studentene skal "ha kunnskaper om og oppnå sykepleiererfaring og erfaring med sykepleiens samarbeid med andre fagområder i forebyggende helsearbeid og i svangerskaps- og barselomsorg". Undersøkelsen viser at 72% av studentene hadde hatt mindre enn 1 ukes veiledet praksis i svangerskaps- og barselomsorg både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette gir grunn til å stille seg tvilende til om rammeplanenes krav kan sies å bli oppfylt på dette området.

Undersøkelsen blant kullansvarlige og praksisansvarlige på høgskolene viser at det er innen psykisk helsevern (både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten), svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten og kirurgisk sengepost hvor det er særlig vanskelig å finne praksisplasser. Det pekes her på at det er et generelt problem å skaffe praksisplasser, noe som skyldes færre senger på sengepostene, samt nedbemanning, noe som gjør det vanskelig å skaffe veiledere på praksisstedene. Denne utviklingen har skjedd samtidig med at en har store studentkull. Behovet for flere praksisplasser har med andre ord vært økende, samtidig som tilbudet er blitt redusert. Usikkerheten omkring det å skaffe praksisplasser fører til at en i noen situasjoner må benytte praksisplasser som er uegnet eller ikke tilstrekkelig relevant. Til tross for dette, blir vår konklusjon at basert på tilbakemeldingene fra studentene og at en legger til grunn de vurderingene som er presentert ovenfor, så har sykepleierstudentene i hovedsak fått den praksisen de har krav på i henhold til rammeplanen.

10.3 Er praksisstudiene av tilfredsstillende kvalitet slik studentene vurderer det?

Undersøkelsene viser at et klart flertall av de studentene som har fått veiledning fra sykepleierkontakt, er godt fornøyd eller meget godt fornøyd med veiledningen. Jevnt over ble sykepleierkontaktens veiledning vurdert noe bedre enn veiledning gitt av lærerkontaktene. Både når det gjelder lærerkontaktene og sykepleierkontaktene så er det i forhold til svangerskaps- og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten at færrest vurderer veiledningen som god. Som tilfellet var for lærerkontaktene, vurderte flere av 2002-studentene sykepleierkontaktens veiledning som "Meget god" enn hva studentene i 2003 gjorde. Lærerkontaktens tilgjengelighet og kompetanse, og sykepleierkontaktens tilstedeværelse og kompetanse vektlegges av studentene på den positive siden. Når det gjelder de delene av veiledningen som studentene er mindre fornøyd med, så går dette i hovedsak på lærerkontaktens tilstedeværelse på praksisstedet. I vurderingene av sider ved sykepleierkontaktens veiledning som studentene er misfornøyd med, så gir ikke resultatene noe entydig bilde.

I intervjuundersøkelsen blant avgangsstudentene kom det frem at erfaringene fra praksistiden varierer fra student til student og fra praksissted til praksissted, men svarene harmonerer langt på vei med det som kommer frem i spørreskjemaundersøkelsen. Et gjennomgående trekk i de undersøkelsene som er gjennomført i dette prosjektet, er en generell påpekning av problemer med å få praksisplasser, som forklares med organisatoriske endringer både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kombinert med store studentkull. Til tross påpekning av uheldige utviklingstrekk med hensyn til praksisstudiene, så får langt de fleste studentene den praksisen de har krav på, og et klart flertall er fornøyd med den veiledningen som blir gitt.

10.4 I hvilken grad har studentene i praksisstudiene fått befatning med oppgaver og situasjoner som er sentrale i sykepleieryrket?

Svaret på dette spørsmålet må bli at et stort flertall av sykepleierstudentene har fått befatning med de oppgavene og tiltakene som var oppgitt i spørreskjemaet, og som må ansees som sentrale i sykepleieryrket. På mange av de oppgitte områdene var andelen som svarte at de har kunnskap og

erfaring nok til å gjennomføre oppgaven/tiltaket på egen hånd, høyere enn andelen som svarte at de hadde erfaring fra selvstendig arbeid uten veiledning. Erfaring fra selvstendig arbeid synes med andre ord ikke å være noen forutsetning for at sykepleierstudentene mener at de kan utføre oppgaven på egen hånd. Intervjuene har imidlertid avdekket at bak resultatene eksisterer en viss grad av usikkerhet, dels av generell karakter og dels knyttet til enkeltoppgaver og enkelttiltak. Spørsmålene er oppfattet forskjellig, noe som igjen har ført til at svarene er basert på forskjellig grunnlag. På spørsmål om studentene innenfor hvert av områdene mener å ha kunnskap og erfaring nok til å gjennomføre tiltaket/oppgaven på egen hånd, så viser undersøkelsen i 2003 at et klart flertall av studentene svarer ja på dette spørsmålet. Undersøkelsen har imidlertid avdekket at på visse områder så er det en relativt stor andel som svarer at dette har de ikke kunnskap og erfaring nok til å gjøre på egen hånd. Dette gjelder bl.a. for områder som; informasjon og veiledning til diabetespasienter, smerteutredning og behandling, terminalomsorg, ivaretagelse av pårørende i krise og sorg, samt ivaretagelse av pasienter i kardiovaskulært sjokk. Som hovedgrunn til dette, viser et klart flertall av studentene til "utilstrekkelig praktisk erfaring". Resultatene er interessante sett i lys av det som er presentert ovenfor hvor et klart flertall av studentene synes å få den praksisen de har krav på (målt i antall uker) samtidig som et klart flertall er fornøyd med den veiledningen studentene får på praksisstedene. For noen av tiltakene og oppgavene vil påpeking av manglende praktisk erfaring ha sin naturlige forklaring i og med at aktuelle og relevante situasjoner ikke har oppstått under praksistiden (f.eks. behandling av pasienter i sjokk). For andre områder igjen, avdekker imidlertid resultatene det en må kunne kalle mangler ved praksisstudiene. I den grad de skisserte tiltakene og oppgavene ansees som sentrale i sykepleiefaget og er tiltak/oppgaver som sykepleiere skal kunne utføre på egen hånd, så gir resultatene fra undersøkelsen grunn til ettertanke.

10.5 Sikkerhet og valg av arbeidssted

I hvilken grad en har krysset av for om en kan utføre enkeltoppgaver/enkelttiltak på egen hånd, kan også finne sin forklaring en mer generell usikkerhet blant sykepleierstudentene knyttet til overgangen fra en studiesituasjon (samvær med medstudenter og støtte fra veileder) til en arbeidssituasjon hvor en overlatt til seg selv skal omsette ervervet kunnskap i praktisk pasientarbeid. Temaet "usikkerhet" er noe som opptar studentene, og er dels knyttet til det ansvaret som følger med jobben, dels til at man nå slippes ut på egen hånd. Undersøkelsen viser også at en del av denne usikkerheten skapes gjennom praksisstudiene og da som et resultat av dårlig veiledning, tvetydighet i det som gis av råd og veiledning, samt holdningene til studenter blant ansatte på praksisstedene. For mange av studentene vil slike erfaringer fra praksisstedene kunne virke avgjørende for senere valg av arbeidssted.

Praksisstudienes betydning for følelse av sikkerhet og senere valg av arbeidssted, bekreftes langt på vei av tilbakemeldingene fra høgskolene hvor det pekes på at sosialisering til sykepleierfaget skjer lite i skolen, og mest i praksis. Selv om en legger opp til at studentene skal bli ansvarsbevisste og reflekterte basert på ervervede kunnskaper, så viser erfaringen at det ikke er alle studentene som når så langt. Intensjonen er klar i forhold til å bygge på studentens ressurser, men i krysningspunktet mellom praksis og skole, kan selvtilliten reduseres fremfor å vokse. I denne sammenheng etterlyses det en faglig diskusjon om hva som er målet for læring, og en diskusjon om fokus på pensum versus det å lære faget slik sykepleierfaget er forankret. Holdninger og verdier som preger sykepleierstudentene skapes også i stor grad i praksisfeltet, mange av studentene konfronteres her med det som beskrives som gapet mellom teori og praksis. Vårt inntrykk er at såvel studentene som ansatte på høgskolene legger vekt på praksisstudienes betydning, både når det gjelder å påvirke holdninger, redusere usikkerhet og å skape grunnlag for senere valg av arbeidssted. Resultatene fra denne kartleggingen kan i så henseende gi nyttig informasjon i det videre arbeidet med utvikling av sykepleierutdanningen generelt og praksisstudiene spesielt.

