



Ger Wackers,
avdeling for Helse og Samfunn,
Høgskolen i Narvik.

Mange svake studenter

Nivået er for lavt i medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen.

Spredningen i reell kompetanse i medisinske og naturvitenskapelige emner (MNE) blant sykepleierstudentene er stor, og bunnivået for lavt. I kombinasjon med for liten avstand mellom bestått og ikke-bestått på den formelle karakterskalaen betyr dette at en del studenter som er for svake, men likevel blir tatt opp, klarer seg gjennom utdanningen. Til tross for mange studenter med høy kompetanse utarmes verdien av den formelle kvalifiseringen i bachelor sykepleie.

Ulik organisering

I 2009 publiserte Sykepleien et par artikler om de medisinske og naturvitenskapelige emnene i sykepleierutdanningen. I en fagkronikk argumenterte Foss, Harbin og Sæterdal for en presisering og styrking av de biologiske fagenes betydning som nødvendig grunnlag for å utøve sykepleiefaget (1). Sykepleien Forskning publiserte en original forskningsartikkel, ved Kyte, Kleiven og Elzer; en landsdekkende studie av organiseringen av hovedemnet «medisinske og naturvitenskapelige emner» i sykepleierutdanningen (2). I en kommentar til artikkelen uttrykker Anne Saltnes bekymring over variasjonen mellom ulike sykepleierutdanninger i disse emners organisering i studieplanen, variasjonen i vurderingsformer og variasjonen i strykprosent (3). Sykepleiestudenter får dermed ulike utdanningsforløp med varierende innhold.

For lesere av Sykepleien vil Kyte, Kleiven og Elzers konklusjoner ikke være oppsiktsvekkende. De medisinske og naturvitenskapelige emnene organiseres på mange forskjellige måter. Det er variasjon i strykprosent ved eksamener, men det er ingen signifikant forskjell i strykprosent mellom studiesteder der hovedtyngden av undervisere hadde førstekompetanse og studiesteder der hovedtyngden ikke hadde denne kompetansen. Mer usikkerhet er knyttet til konklusjonen at underviseres yrkesbakgrunn kan ha konsekvenser for valg av vurderingsform (2). I metodologisk forstand mangler den kvantitative studien kontekst og prosess, men dens fortjeneste er at den setter posisjonen til MNE i sykepleierutdanningen på dagsordenen.

Lav strykprosent

Jeg er med i Kyte, Kleiven og Elzers anonymiserte datamateriale. Sannsynligvis er jeg kategorisert som lege, ansatt i en førsteamanuensisstilling, som underviser i sykdomslære i tredje semester. Eksamensformen var en femtimers skoleeksamen under tilsyn og

uten hjelpemidler. Strykprosenten var svært lavt (cirka 40 studenter). Kan man ha det bedre: lege/førsteamanuensis, skoleeksamen, lav strykprosent? Sannsynligvis bidrar jeg til den positive, men ikke fullt ut signifikante korrelasjonen mellom underviserens yrkesbakgrunn og valg av vurderingsform. En kvalitativ tilnærming hadde avslørt at jeg har rukket å bli utdannet til fysiokjemiker, lege og teknikkssosiolog. I et spørreskjema om underviserens faglige yrkesbakgrunn ble jeg sikkert kryssset av som lege, mens fysiokjemikeren og teknikkssosiologen forsvant ut av bildet. Jeg beskriver min egen faglige profil gjerne som mellomfaglig. Men mine didaktiske valg, inklusive valg av vurderingsformer, påvirkes mest av at jeg kommer fra et problembasert læringsmiljø hvor jeg ble utdannet til lege, fikk min doktorgrad og fortsatte som samfunnsvitenskapelig forsker på et kulturvitenskapelig fakultet. Skoleeksamen i sykdomslære i 2007 var ikke mitt valg og sensuren ble gjennomført av to eksterne sensorer. Det tok meg to år å forandre eksamensopplegget i emnet. Karakterene i seg selv og strykprosenten er lite relevant som variabler for å måle kvaliteten i undervisningen og i studentenes læringsprosess. Hvis man da ikke samtidig tar høyde for den eksamenstekniske kvaliteten i kombinasjonen av oppgaver, sensorveiledning og sensur i forhold til nivået man ønsker å opprettholde.

Lav kompetanse

Problemstillingen jeg vil løfte frem her er plasseringen av skillelinjen mellom bestått og strykkarakterer i de norske karakterskalaene. I forhold til den reelle kompetansen man burde kunne forvente ved laveste ståkarakter ligger skillet for lavt.

Kvantitative forskningsmetoder er ikke egnet for problemstillinger og fenomener som har å gjøre med sosiale undervisnings- og læringsprosesser som muliggjøres, begrenses og påvirkes av lov-messige, økonomiske, materielle og faglige rammebetingelser. Jeg støtter behovet for mer forskning, men av en type som er sensitiv til kontekst, rammebetingelser og prosess. Jeg etterlyser mer horisontalt samarbeid mellom sykepleierutdanningene angående fagenes målsettinger, innhold, vurderingsformer og relasjon til de andre hovedemner i rammeplanen. Her skal jeg prøve å forklare hvor jeg ser et behov for mer forskning. Jeg presenterer et debattinnlegg og en forskningsagenda, ikke resultater av et forskningsprosjekt. Jeg ønsker å formidle mine observasjoner fordi de bekymrer meg. For jeg har tilpasset meg for mye.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Sykepleier utdanning
- ▶ Undervisning
- ▶ Sykepleierstudent
- ▶ Ferdigheter





Lav opptaksterskel

Kanskje jeg tar feil, men jeg mener det eksisterer en lavterskelrenne når det gjelder MNE ved sykepleierutdanningene i Norge. Rennene er et resultat av kontekstbetingede rammevilkår for sykepleierutdanningen og påvirkes av skolens interne prosesser. Spredningen i studentenes reelle studiekompetanse ved opptak er stor, med et for lavt bunnivå; lavere enn man skulle forvente ut fra studentenes formelle kvalifikasjoner. På grunn av lavt søkertall og lav opptaksterskel er en relativt stor del av studentmassen svake studenter. Når antall søkere overstiger utdanningens studieplasser, kan høyskolen velge bort de aller svakeste studentene. Når studieplassene ikke fylles opp, tvinges skolen av økonomiske hensyn til å ta inn for svake studenter for å fylle opp kapasiteten.

Lav reell studiekompetanse

Internasjonale undersøkelser som PISA viste at kunnskapsnivået i norsk skole var langt dårligere enn forventet. Forskning viser dessuten at 10–15 prosent av elevmassen sliter med matematikk (4). Videregående skoler rapporterer at en tredjedel av elevene ikke fullfører skolen. Enkelte høyskoleutdanninger har et stort frafall av studenter sent i studieløpet, i femte eller sjette semester. Solli refererer til blant annet Førland, som viser at 35–60 prosent av de nyutdannede sykepleiere skifter arbeidsplass allerede i løpet av det første året (5,6). Fasen som nyutdannet sykepleier er preget av ustabilitet og diskontinuitet i stillinger og arbeidsforhold. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser årlig til at mange helsefaglige personell tar seg arbeid i andre næringer. Det er i denne konteksten vi må se på MNE i sykepleierutdanningen.

Med tanke på MNEs stilling i sykepleierutdanningen ser jeg et behov for forskning på det reelle kunnskapsnivået i relevante (real-) fag og generelle ferdigheter ved utgangen av den videregående

skolen. Dette må sees på i forhold til opptaksnivået som høyskolebaserte sykepleierutdanninger ønsker å forutsette. Reell kompetanse må ikke forveksles med realkompetanse. Reell kompetanse handler om hva studentene faktisk kan på et visst tidspunkt. Våre erfaringer fra undervisningen i anatomi, fysiologi, sykdomslære og medikamentregning viser at flertallet av studentene klarer seg bra, men at relativt mange har et for lavt inngangsnivå i biologiske fag og i praktiske regneferdigheter. Nivået etter videregående sier i seg selv lite om hvor mye studentene kan løfte seg og hva de kan oppnå under studiets løp, men det er åpenbart at de som starter på et lavt nivå har en lang vei å gå på kort tid. Den store spredningen skaper

LAV KOMPETANSE:

Erfaringer fra undervisning i medisinske og naturvitenskapelige fag ved sykepleierutdanningene, viser at studentene har for dårlig kompetanse i disse fagene fra videregående skole. Arkivfoto: Erik M. Sundt

På grunn av lavt søkertall og lav opptaksterskel er en relativt stor del av studentmassen svake studenter.

pedagogiske utfordringer i undervisningen fordi man uunngåelig beveger seg, som Kyte, Kleiven og Elzer sier med Vygotski, utenfor den sonen (en del av) studentene har forutsetninger for å forstå (3).

For lett å bestå

Problemet med spriket mellom formell kvalifisering og reell kompetanse videreføres langt inn i utdanningsløpet. Også i karakterskalaen som høyskolene bruker ligger skillet mellom bestått og ikke-bestått lavt, sammenlignet med andre land. I eksamener i sykdomslære som består av flere oppgaver bruker vi en fempoenngkala for å vurdere oppgavene, for så å regne poengsummen om til bokstavkarakterer. For omregningen bruker vi omregningstabellen som har sitt opphav



i universitets- og høyskolerådet. I den ligger skillet ved 40 prosent. Dette vil si at en skår på 0–39 prosent av mulige poeng gir en F og stryk. 40 prosent gir E og bestått. I en del andre land ligger skillet ved 60 prosent. Dette er et av stedene hvor min faglige overbevisning ikke samsvarer med rammebetingelsene for undervisningen. Etter sensur av besvarelsene teller jeg opp poengsummen og er tvunget til å gi en bestått karakter (E eller D) for et arbeid som jeg ifølge mine faglige vurderinger burde stryke.

Tre eksamensmuligheter

Studentene har dessuten en lovfestet rett til å gå opp til eksamen tre ganger. Når en student trekker seg fra oppmeldt eksamen to uker før eksamensdato kan studenten velge å utsette sin første eksamen og ta det ved en av de neste eksamensmuligheter. Kandidatene ved en ekstraordinær eksamen kan derfor være studenter som tar eksamen i emnet for første gang og studenter som allerede

Mange nyutdannede sykepleiere opplever et realitetssjokk når de begynner i jobb.

har strøket en eller to ganger. Utfordringen for faglæreren som skriver eksamensoppgaver og sensorveiledninger er å oppnå likeverdighet mellom ordinær og ekstraordinære eksamener, samtidig som eksamens diskrimineringssevne skal være i samsvar med en minimumsstandard man vil holde ved like. Eksamensreglementet åpner for muligheten av å søke om ytterlige eksamensmuligheter utover de lovfestede tre. Det ville være interessant å se et regnskap over ressursforbruket i forhold til studiepoengene som produseres på denne måten. Det er ikke vanskelig å se at faglæreren og høyskolen ville spare mye arbeidstid og midler ved å senke listen i eksamensoppgavene, sensorveiledning og sensur. Eller ved å velge en av vurderingsformene som Foss, Harbin og Sæterdal reagerte på: en eksamen hvor studentene selv får velge hva de vil skrive om. Enda en mulighet er integrert eksamen, hvor eksamineringen av anatomi, fysiologi eller sykdomslære integreres med eksamineringen i sykepleiefagene (1). Strykprosenten går ned og det gjør også behovet for kontinueringseksamener. Studiepoengene produseres for mindre penger. Dette er en kraftig økonomisk kostnadsgradient. Jeg ser et behov for forskning som viser hvordan den håndteres på de ulike studiesteder og hvordan den håndteringen påvirker studentenes kunnskapsutvikling i MNE. En del av de svakere studentene er glad for å slippe lettere igjennom, men verdien av karakterene er blitt utarmet. Dette rammer også de gode studentene som får A, B eller C på en eksamen som ikke i tilstrekkelig grad skiller mellom sterke og svake studenter.

Kvalifisering i praksis

Problemet føres videre. Emnebeskrivelsen i praksisperioden stiller krav om gjennomgått undervisning og beståtte eksamener. Som juridisk dokument gjelder kravet i emnebeskrivelsen kun den

formelle kvalifiseringen som oppnås ved å bestå eksamen, selv om det er med en D eller E. I praksis har man ingen muligheter for å stille forkunnskapskrav som gjelder reell kompetanse. Noen studenter går inn i praksis med for svake forkunnskaper i anatomi, fysiologi og sykdomslære. De får et dårligere læringsutbytte og praksisveiledere opplever at studenten er i en gråson. Det vil variere i hvilken grad studentene i en praksisperiode blir utfordret på sine kunnskaper i MNE. Det vil også variere i hvilken grad kunnskapene i MNE blir trukket inn i sluttvurderingen av en praksisperiode. Av åpenbare grunner må den vurderingen være integrert og legge vekt på sykepleiefaglige kunnskaper og ferdigheter og på sosiale og kommunikasjonsferdigheter. Det hender at studenter stryker i praksis og kanskje etter flere stryk velger å trekke seg uten å ha noe igjen for de årene og penger de har brukt på utdanningen. Årsakene til en ikke-bestått vurdering vil være mangfoldig og sammensatt. Jeg skulle gjerne se mer forskning på hvordan disse praksisperiodevurderingene tar høyde for kunnskapen i MNE. Hvordan vurderer kontaktsykepleierne som veileder studentene i praksis det aktuelle kunnskapsnivået, i for eksempel sykdomslære, i forhold til kravene arbeidsplassen stiller? I hvilken grad er manglende kunnskaper i biologiske fag en del av den sammensatte begrunnelse for en ikke-bestått vurdering?

Realitetssjokket

Mange nyutdannede sykepleiere opplever et realitetssjokk når de begynner i jobb. Det er ikke unikt for sykepleieryrket, og dyktige sykepleiere vil også oppleve dette. Det avgjørende vil være hvilke ressurser den nyutdannede sykepleier tar med seg inn i yrket. Studentenes undervurdering av kravene yrkesutøvelsen stiller er en mulig (del-) forklaring på realitetssjokket. Men hvis mine observasjoner er riktige, er en viktig del av forklaringen at det eksisterer et lavterskelnivå ved studieforløpet som gjør det mulig for studenter å slippe igjennom uten at den ønskede balanserte og integrerte kompetansehevingen når opp til nivået som yrkesutøvelsen krever. Studenten har kanskje heller ikke oppfylt sin del av den sosiale kontrakten med utdanningsinstitusjonen ved å ta ansvar for sin andel i læringsprosessen. Hvis de klarer seg gjennom realitetssjokket og det første året kan de fortsatt, etter en bratt læringskurve, bli gode sykepleiere. Jeg skulle gjerne se mer forskning som følger opp nyutdannede sykepleieres erfaringer og utvikling gjennom det første året og på ulike arbeidsplasser, relatert til kompetansenivået i MNE ved studiets slutt.

Jeg etterlyser ikke flere ovenfra og nedføringer gjennom nasjonale rammeplaner. Som faglærer i MNE har jeg behov for at det blir utarbeidet en referanseramme for innhold og nivå av reelle forkunnskapskrav ved de viktigste milepælene i utdanningen: inngang, midtveis og utgang. En slik referanseramme bør utarbeides i et horisontalt samarbeid mellom MNE-faglærere i sykepleierutdanningene. Videre er det viktig at det eksamenstekniske arbeidet styrkes. I en studentpopulasjon med stor spredning og lavt bunnivå i reell studiekompetanse og kunnskap i MNE er en for lav strykprosent ikke troverdig. ■■■

LITTERATUR

1. Foss B, Harbin E, Sæterdal LR. Mer enn støttefag. Solide basiskunnskaper i anatomi og fysiologi er nødvendig for å utøve sykepleiefaget. Sykepleien 2009; 97 (07): 66–8.
2. Kyte L, Kleiven OT, Elzer TO. Medisinske og naturvitenskapelige emner i sykepleierutdanningen. Sykepleien forskning nr. 2, 2009; 4: 134–40.
3. Saltnes A. Flere føringer inn i utdanningen. Organisering av emner og vurderingsformer i sykepleierutdanningen varierer fra studiested til studiested. Sykepleien forskning nr 2, 2009; 4: 141.
4. Johnsen F. Matematikkvansker. En kognitiv tilnærming. I: Johnsen F. Spesifikke matematikkvansker. Statped skriftserie nr. 33. Sortland: PPD for Vesterålen og Lødingen; 2004. s. 13–25.
5. Solli H. Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. Sykepleien Forskning nr 1, 2009; 4: 52–60.
6. Førland O. Yrkesdeltakelse og jobbpreferanser blant nyutdannede sykepleiere ett år etter endt sykepleierutdanning. FoU-rapport 4/2004. Bergen: Diakonissehjemmets Høgskole; 2004.