

KLINISK SLUTEXAMINATION

i Sjuksköterskeprogrammet 120 p

Försöksverksamhet vid fyra lärosäten

år 2003-2005



Förord

Frågan om en nationell klinisk slutexamination efter fullgjorda studier i Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng har väckts i olika sammanhang under senare år. En sådan examination har av många ansetts kunna fylla behovet av att få en helhetsbild av den blivande sjuksköterskans kliniska kompetens strax före ansökan om legitimation och inträde i yrkeslivet. Sjuksköterskeutbildningens uppläggning, bland annat vad gäller omfattning och innehåll i kliniska delar, varierar kraftigt mellan olika lärosäten men leder till samma yrkesexamen. En väl genomförd slutexamination med tydliga kriterier för bedömning av studentens kliniska kompetens borde stärka underlaget inför ansökan om legitimation.

Med detta som utgångspunkt startades ett nationellt projekt under hösten år 2003 för att ta fram en modell för en försöksverksamhet med klinisk slutexamination i den avslutande terminen i Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng. Projektet var ett samverkansprojekt mellan sjuksköterskeutbildningarna vid Karlstads Universitet, Umeå universitet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst (tidigare Högskolan i Trollhättan/Uddevalla) samt Svensk sjuksköterskeförening.

Syftet med samverkansprojektet var att utveckla, pröva och utvärdera en gemensam modell för klinisk slutexamination, där studentens kliniska kompetens examineras utifrån förväntade krav på yrkeskompetens hos en nyexaminerad sjuksköterska. Detta är nu genomfört och det samlade intrycket är att projektet har varit lyckosamt. Det har väckt stort intresse och fått starkt gehör från såväl flertalet andra lärosäten som utbildar sjuksköterskor som från den kliniska vårdverksamheten. Många lärosäten har inspirerats av arbetet och deltar nu som partneruniversitet/högskolor för att själva införa klinisk slutexamination i sina sjuksköterskeutbildningar.

Det är uppenbart att det finns ett behov av den här formen av klinisk slutexamination för att därigenom få ett verktyg för en säker och likvärdig bedömning på nationell nivå. Det är också tydligt att det både inom professionen och bland studenterna finns en önskan om att visa var "ribban" ligger för godtagbar kompetens hos en nyexaminerad sjuksköterska, för att därigenom säkra en god kvalitet i hälso- och sjukvården.

Ett stort tack riktas härmed till alla studenter, sjuksköterskor och lärare som så engagerat och uthålligt bidragit till detta arbete. Vi vill också tacka Svensk sjuksköterskeförening som har givit sitt ovärderliga stöd till projektet samt till våra fyra samverkande lärosäten för det ekonomiska stöd som gjort det möjligt att utföra projektet.

Stockholm, november 2006

För projektgruppen

Elsy Athlin
Projektledare

Förord	2
Sammanfattning	5
Bakgrund	11
Sjuksköterskeutbildningen	11
Verksamhetens förväntningar och krav	12
Samhällets kontroll och sanktion	12
Sammanfattning av problemområdet	13
Samverkansprojektet	14
Syftet med projektet	14
Projektets genomförande	14
Projektgrupp och arbetsgrupper	15
Utveckling av modell för klinisk slutexamination	15
Arbetsprocess: Stegvis utveckling och prövning av modellen	15
Preliminär modell för klinisk slutexamination	16
Framtagning av del II – praktiskt prov/bedside-test	17
Bedömningsunderlaget	18
Pilottest 1	19
Resultat från utvärderingen av pilottest 1	20
Diskussioner och korrigeringar av modellen efter pilottest 1	22
Framtagning av del I – patientfall för skriftligt prov	23
Pilottest 2	24
Resultat från utvärderingen av pilottest 2	24
Diskussioner och korrigeringar av modellen efter pilottest 2	28
Prövning och utvärdering av den slutliga modellen för klinisk slutexamination	30
Slutlig modell för klinisk slutexamination	30
Urvalskriterier gällande vid bedside-testet	30
Bedside-testets utformning	31
Bedömningsunderlag för bedside-testet	32
Utvärderingens syfte och genomförande	33
Datainsamling och databearbetning	33
Examinationens genomförande och deltagare	34
Resultat	35
Information och förankring	35
Modellens praktiska genomförande, relevans och värde	36
Sammanfattning av resultatet angående klinisk slutexaminations användbarhet, relevans och värde	41
Korrigeringar av modellen efter den slutliga utvärderingen	42
Införandet av klinisk slutexamination på nationell nivå	44
Central styrgrupp	44
Partneruniversitet/-högskolor	44
Framtida samverkansorganisation	45

Avslutande reflektioner	46
Referenser	50

Sammanfattning

Bakgrund

Sjuksköterskor har av tradition en nyckelroll inom svensk hälso- och sjukvård och förväntningarna på dem är stora. Traditionellt omfattar sjuksköterskeyrket hälsofrämjande och förebyggande arbete, omvårdnad, medicinskt arbete, planering, ledning, undervisning, forskning och utvecklingsarbete. Sjuksköterskor har även administrativt ansvar och ansvar för resursanvändningen, vilket gör att deras insatser har betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi. Forskning har också visat att medicinska behandlingsresultat kan påverkas av sjuksköterskans kompetens och av den omvårdnad som ges.

Sjuksköterskeprogrammet anordnas vid 29 universitet och högskolor i landet. Utbildningen regleras av Högskoleförordningen samt av EU/EES-direktiven, som föreskriver att minst hälften av utbildningstiden ska utgöras av klinisk utbildning. Sjuksköterskeutbildningens utformning, bland annat vad gäller omfattning och innehåll i de kliniska delarna, varierar starkt mellan olika lärosäten men leder till samma yrkesexamen. En debatt har sedan årtionden pågått, såväl nationellt som internationellt, kring frågan huruvida akademiseringen av sjuksköterskeutbildningen har skett på bekostnad av de praktiska färdigheterna. Eftersom utbildningen är en akademisk utbildning som leder till en yrkesexamen måste examinationerna mäta om studenterna uppnått såväl vetenskaplig som praktisk kompetens på en godtagbar nivå innan examen utfärdas.

Både inom utbildnings- och vårdverksamhet har det sedan länge pågått diskussioner om sjuksköterskeutbildningen verkligen motsvarar de krav som ställs på sjuksköterskekompetens i dagens hälso- och sjukvård. Avsaknaden av en tydligt definierad miniminivå för godkännande vid slutbedömning av studentens uppnådda kompetens kan anses vara en brist. Frågan om en nationell klinisk slutexamination efter fullgjorda studier i Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng har väckts i olika sammanhang. En sådan examination skulle kunna ge en helhetsbild av den blivande sjuksköterskans kliniska kompetens inför ansökan om legitimation och inträde i yrkeslivet.

Samverkansprojekt

Mot denna bakgrund påbörjades hösten 2003 ett projekt som en försöksverksamhet med klinisk slutexamination i den avslutande terminen i Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng. Syftet med projektet var att i samverkan mellan fyra svenska lärosäten utveckla, pröva och utvärdera en gemensam modell för klinisk slutexamination, där studentens kliniska kompetens examineras utifrån de krav som ställs för att arbeta som nyutexaminerad legitimerad sjuksköterska. Projektet genomfördes i sjuksköterskeutbildningarna vid Karlstads universitet, Umeå universitet, Högskolan Kristianstad och Högskolan Väst (dåvarande Högskolan i Trollhättan/Uddevalla) och i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening.

En projektgrupp bildades med två-tre kliniska adjunkter och en lektor från varje lärosäte. Arbetsgrupper utsågs på respektive lärosäte bestående av de personer som fanns i projektgruppen samt personer med intresse för och erfarenhet av den

kliniska sjuksköterskeutbildningen. Under projektets gång har dessa arbetsgrupper kontinuerligt inbjudit studenter och kliniskt verksamma sjuksköterskor att delta i moment som varit aktuella. Dessutom bildades olika referensgrupper bestående av representanter från berörda institutioner och vårdverksamheter inom kommuner och landsting. Antalet deltagare i de olika grupperna har varierat under projektets faser. Totalt har cirka 300 studenter, 200 sjuksköterskor, 100 ledare på olika nivåer inom vården och 150 lärare inom sjuksköterskeutbildning deltagit i processen med framtagning, prövning och utvärdering av modellen för den kliniska slutexaminationen.

I början av projektet fastställdes att den kliniska slutexaminationen skulle möta Högskoleverkets, Socialstyrelsens och hälso- och sjukvårdsverksamheternas krav på en miniminivå för vad en sjuksköterska med genomgången grundutbildning på 120 poäng ska kunna. Examinationen tog sin utgångspunkt i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, i övergripande mål för grundläggande högskoleutbildning och i specifika mål för sjuksköterskeexamen och avsåg att kunna genomföras oavsett i vilken klinisk verksamhet studenten fullgör sin sista termin, under förutsättning att den kliniska verksamheten motsvarar en grundutbildad sjuksköterskas kompetensområde.

Utveckling av modell för klinisk slutexamination

En stegvis utveckling och prövning av modellen för klinisk examination har genomförts, där arbetsgruppen arbetat under konsensusliknande förhållanden. Vid projektgruppens möten har förslag och idéer som tagits fram inom respektive lärosätes arbetsgrupper och referensgrupper diskuterats, förankrats och bearbetats vidare för att därefter återföras till de olika grupperna vid respektive lärosäten för ny bearbetning. Metoden innebär att det har funnits möjlighet för deltagarna att även modifiera ställningstaganden som gjorts vid tidigare tillfällen.

Arbetet resulterade under våren 2004 i en preliminär modell som avsåg att bedöma den sammantagna kompetens som genomgången utbildning till sjuksköterska förväntas leda till. Examinationen ska kunna fånga upp både den pedagogiska grundidén om aktivt lärande, kritiskt tänkande, problemlösning och självständighet och det faktiska utövandet av en klinisk yrkeskompetens, vilket för sjuksköterskeutbildningens del innebär en integrering av kunskap erhållen genom teoretiska och praktiska studier. Med förebild i läkarutbildningens prov efter allmäntjänstgöring (AT-prov) bestämdes att examinationen skulle bestå av två delar, ett skriftligt, teoretiskt problemlösande test (del I), som åtföljs av ett praktiskt prov/bedside-test (del II). Arbetet inleddes med utvecklingen av bedside-testet våren 2004.

Det bestämdes att examinationen ”bedside” ska pröva studentens praktiska färdigheter i kliniska omvårdnadssituationer avseende observation, handlande och omdöme. Den ska också pröva studentens förmåga till integration av kunskaper i de ämnen som ingår i sjuksköterskeutbildningen. Bedömningen tar utgångspunkt i en verklig situation där studenten vårdar en patient under observation av en bedömningsansvarig sjuksköterska. En första version av ett bedömningsunderlag som kunde användas för en systematisk bedömning under bedside-testet utarbetades och prövades i liten skala i ett första pilottest. Resultatet från Pilottest 1 låg till grund för förändringar av modellens utformning och bedömnings-

underlaget, som sedan på nytt prövades i ett andra pilottest under höstterminen 2004.

Under hösten 2004 påbörjades också arbetet med framtagandet av del I i examinationen; det skriftliga provet. Detta bestämdes ha ett patientfall, "case" som utgångspunkt, där patientens situation förändras under examinationens framskridande. Patientfallet ska spegla realistiska vardagssituationer som en sjuksköterska kan möta och visa på studentens förmåga till integrering och handlingsberedskap utifrån de olika ämnen som ingår i sjuksköterskeutbildningen. Pilottest 2 som genomfördes hösten 2004, omfattade en prövning av både det skriftliga provet och bedside-testet. Utvärderingen som samtidigt gjordes medförde en vidareutveckling av examinationens båda delar, vilket ledde fram till den slutliga modellen för klinisk slutexamination.

Prövning och utvärdering av den slutliga modellen för klinisk slutexamination

Under våren 2005 fastställdes den slutliga modellen för klinisk slutexamination som prövades och utvärderades i maj/juni vid de fyra lärosätena. Del I är det skriftliga provet som utgår från två patientfall, som speglar sådana realistiska situationer som en sjuksköterska kan stå inför. Eftersom examinationen avser att omfatta en grundutbildad sjuksköterskas kompetens, ska patientsituationerna innehålla frågeställningar relaterade till vanliga omvårdnadsproblem och sjukdomstillstånd inom framförallt kirurgisk, medicinsk och geriatrisk vård. Patienten kan befinna sig i olika vårdkontexter i vårdkedjan mellan hemmet och olika vårdinrättningar. I provet förändras patientsituationen och förutsättningarna efter hand som examination framskrider, och fakta tillförs successivt tillsammans med nya frågor. Denna del av examinationen avser att bedöma studentens förmåga till problemlösning och användande av kunskaper från de ämnen som ingår i utbildningen. Den ska även kunna belysa områden som med svårighet eller inte alls kan bedömas vid bedside-testet.

Del I, det skriftliga provet, ska genomföras inom tidsramen fyra timmar vid ett bestämt tillfälle vid respektive lärosäte under överinseende av skrivvakt. Examinationsdatum och klockslag ska vara gemensamma för samtliga deltagande lärosäten. Provet rättas av ett fåtal lärare vid respektive lärosäte med utgångspunkt från en gemensam rättningsmall. För godkännande ska 2/3 av tentamens totala poäng uppnås. Då cirka hälften av skrivningarna rättats, sker en avstämning mellan de lärare som deltagit i rättningen vid de olika lärosätena med syfte att åstadkomma en så enhetlig bedömning som möjligt. Den första omtentamen sker inom kursens ram och eventuella ytterligare omtentamina förläggs till början respektive slutet av följande termin. Även tidpunkter för omtentamen är gemensamma för deltagande lärosäten.

Del II är ett praktiskt prov, ett bedside-test, som tar sin utgångspunkt i en tilldelad patient som studenten vårdar så självständigt som möjligt under cirka tre timmar. En bedömningsansvarig sjuksköterska med patientansvar, som deltar under hela examinationen som observatör, bedömer studentens prestationer med hjälp av det framtagna bedömningsunderlaget. Med utgångspunkt från den bedömningsansvariga sjuksköterskans observationer och ett avslutande reflekterande samtal

med studenten gör en klinisk lärare, som är ansvarig för den kliniska examinationen, en sammanvägd bedömning. Därefter meddelas studenten betyget godkänd eller underkänd. Tidsramen för det avslutande reflektionsmötet är en timme, vilket innebär att den totala tidsåtgången för bedside-testet är fyra timmar.

Den slutliga modellen utvärderades, vad gäller det skriftliga provet av 72 studenter och vad gäller bedside-testet av 61 studenter. 51 sjuksköterskor och 34 lärare deltog i utvärderingen. Resultatet visade som helhet att en stor majoritet av deltagarna hade upplevt den som tillfredsställande. Nittiosju procent av studenterna 96 % av de bedömningsansvariga sjuksköterskorna och 94 % av lärarna ansåg att den kliniska slutexaminationen var mycket eller ganska värdefull. De kommentarer som gavs var huvudsakligen av positiv karaktär, men även negativa kommentarer förekom. Enbart positiva utsagor utgjordes av kategorierna: *Helhetsbedömning, Verklighetsförankring, Sammankoppling teori och praktik, Feedback på uppnådd kompetens och Inläringstillfälle*. Både positiva och negativa kommentarer fanns under kategorierna *Information och förankring, Bedömningsunderlagets struktur och innehåll, Säkerhet och tillförlitlighet* samt *Observatörs- och lärarrollerna*. De helt negativa kommentarerna omfattades av kategorierna *Tidsbrist, Val av patient och kontext, Stressituation för studenten* och *Tillför inget nytt*. Alla kategorier utom *Observatörs- och lärarrollerna* innehöll kommentarer från alla grupper av deltagare. I den sist nämnda kategorin fanns endast sjuksköterskors och lärares kommentarer.

Alla deltagare var nöjda med den skriftliga delens problemlösande design. Samverkan med andra lärosäten i denna form av examination sågs även som kvalitetshöjande och utvecklande. I den skriftliga delen blev dock 27 % av studenterna underkända, d v s de erhöll mindre än 2/3 av den maximala poängsumman. Berörda lärare synliggjorde att det varit svårt att nå en enhetlig och tillförlitlig bedömning i det skriftliga provet. Det framfördes att regler för fallkonstruktion, poängsättning och rättning måste bearbetas vidare vid utarbetning av kommande patientfall. De allra flesta studenter, bedömningsansvariga sjuksköterskor och lärare ansåg att bedside-testets genomförande fungerat i stort sett tillfredsställande i alla delar. Bedömningsunderlaget ansågs av de flesta sjuksköterskor och lärare som i ganska hög grad tillfredsställande angående innehåll, gradering, struktur och layout. Av de 61 studenter som deltog i bedside-testet och vars bedömningsunderlag kunde granskas blev samtliga godkända. Det visade sig dock vid granskningen av bedömningsunderlagen att fyra av dessa studenter hade tydliga brister markerade vid observationen. Vikten av att följa uppställda krav och anvisningar framkom tydligt i utvärderingarna. Detta gällde såväl det skriftliga provet som bedside-testet. De kalkylerade konsekvenser, som de deltagande lärosätena redovisade angående ett framtida införande av en obligatorisk klinisk slutexamination var av karaktären attitydfrågor, formaliafrågor samt resurs- och planeringsfrågor. Inget lärosäte framförde att konsekvenserna var av sådan art eller svårighetsgrad att de bedömdes vara hindrande för införandet av den kliniska slutexaminationen.

Korrigeringar av modellen efter den slutliga utvärderingen

Med utgångspunkt från utvärderingens resultat och de samlade erfarenheter som gjorts under den sista prövningen av modellen diskuterades de svagheter och brister som framkommit. De brister som bedömdes som mest centrala för mo-

dellens fortsatta tillförlitlighet och kvalitet omfattade följande områden: Uppställda krav och anvisningar måste följas, valet av patient i bedside-testet, bedömning bedside utifrån rollen som nyexaminerad sjuksköterska, konstruktion, rättning samt uppföljning av det skriftliga provet, kompetenskrav för lärare, konstanthållande av den kliniska slutexaminationen samt kvalitetsutveckling. För att ytterligare förtydliga och kvalitetsutveckla den kliniska slutexamination genomfördes korrigeringar och förändringar inom samtliga dessa områden.

Avslutande reflektioner

Det samlade intrycket av detta projekt är att det har varit lyckosamt och att den kliniska slutexaminationen uppskattats av de flesta som deltagit i dess framtagning, prövning och utvärdering. Trots att det förekom en del svagheter och brister både gällande det skriftliga provet och bedside-testet ansågs modellen av de flesta kunna bidra till att ge ökad säkerhet och tillförlitlighet i bedömningen av klinisk kompetens. Åtgärder har vidtagits för att undanröja de svagheter och brister som framkom i den slutliga utvärderingen. Dessutom måste systematisk kvalitetskontroll ske kontinuerligt.

De många mervärden som denna slutexamination beskrevs innehålla; fokuseringen på sjuksköterskans yrkesfunktioner, den pedagogiska utformningen med utrymme för fortsatt lärande, den tydliga verklighetsförankringen, kompetensutvecklingen för sjuksköterskor i handledarrollen och lärares och sjuksköterskors ökade säkerhet i bedömningen, bör ge starkt stöd för dess fortsatta användning. Mycket talar för att dessa mervärden sammantagna kan leda till kvalitetshöjning för sjuksköterskeutbildningen vid deltagande lärosäten. För att modellen fortsättningsvis ska kunna ge ett resultat av hög kvalitet, krävs att förankringen bland involverade inom lärosätet och de kliniska verksamheterna sker på ett medvetet och genomtänkt sätt. Det krävs också att sjuksköterskor och lärare som deltar i examinationen har relevant kompetens och att det finns öppenhet och god samverkan mellan de lärosäten som samarbetar kring den kliniska examinations användning. Betydelsefullt är naturligtvis också att de samverkande lärosätena förvaltar och vidareutvecklar den kliniska slutexaminationen i relation till samhällets utveckling och krav. En mer omfattande och systematisk utvärdering är planerad att genomföras då examinationen tillämpats under några år.

Den kliniska slutexaminationen har väckt stort intresse och fått starkt gehör från ett flertal andra lärosäten som utbildar sjuksköterskor samt från de kliniska vårdverksamheterna. Många lärosäten har inspirerats av arbetet och deltar som partneruniversitet/-högskolor med syfte att själva införa klinisk slutexamination i sina sjuksköterskeprogram. Fram till hösten år 2006 hade 13 lärosäten anmält sitt intresse alternativt påbörjat förberedelser för införande av klinisk slutexamination. Från och med januari år 2007 ingår fem lärosäten i den nya nationella samverkansgruppen och ytterligare cirka fem lärosäten förväntas vara klara för slutexamination som obligatorium under 2008. Den nationella samverkan sker fortsättningsvis mellan lärosäten som infört klinisk slutexamination som en obligatorisk del i sjuksköterskeprogrammets sista termin. Den regleras i ett avtal som avser användande, kvalitetssäkring och vidareutveckling av den framtagna modellen samt de ekonomiska förutsättningar som ska gälla. De lärosäten som ingår i avtalet delas in i lokala samverkansgrupper, som samverkar enligt givna

anvisningar. De lokala samverkansgrupperna samverkar aktivt kring planering, framtagande av patientfall och rättning av det skriftliga provet i slutexaminationen. De utser inom sig en lokal samordnare. En styrelse kommer att finnas med ansvar för samordning, kvalitetssäkring och vidareutveckling av examinationsmodellen med förankring i de lokala grupperna. Till styrelsen adjungeras representant från Svensk sjuksköterskeförening.

Bakgrund

Sjuksköterskeutbildningen

Sjuksköterskeprogrammet anordnas vid 29 universitet och högskolor i landet. Utbildningen regleras av Högskoleförordningen (SFS 1993:100) och den generella examensordningen i densamma (SFS 1993:100) samt av EU/EES-direktiven (DS 1992:34). EU/EES-direktiven föreskriver att minst hälften av den föreskrivna utbildningstiden ska utgöras av klinisk utbildning. Sjuksköterskeyrket regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1995:5, SOSFS 1995:15, SOSFS 1996:24) och i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SoS 2005). Sjuksköterskans formella kompetens dokumenteras i ett examensbevis som utfärdas av det lärosäte där studenten genomfört sin yrkesexamen samt genom Socialstyrelsens legitimationsförfarande. Sjuksköterskeexamen erhålls efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 120 poäng.

Förutom allmänna mål för grundläggande högskoleutbildning (SFS 1997/1998:1832) med fokus på självständighet, kritiskt tänkande, problemlösning, förändringsberedskap och vetenskaplighet finns specifika mål för sjuksköterskeexamen (SFS 1993:100). I dessa mål anges att studenten för att erhålla sjuksköterskeexamen ska ha förvärvat sådana kunskaper och färdigheter som fordras för att självständigt kunna arbeta som sjuksköterska inom allmän hälso- och sjukvård. Vidare ska hon eller han ha kunskaper i allmän och specifik omvårdnad, ha utvecklat självkänedom, förmåga till inlevelse och förmåga till goda relationer med patienter och närstående. Känedom om förhållanden i samhället som påverkar kvinnors och mäns hälsa och kunskap om hälsobefrämjande och förebyggande arbete, sjukvårdens ekonomi och organisation, ledning och samordning av vårdarbetet är andra områden som särskilt anges. Att vara förberedd för lagarbete och samverkan mellan samtliga personalgrupper i hälso- och sjukvården och att kunna undervisa och handleda patienter, närstående och vårdpersonal ingår också i de specifika målen för yrkesexamen.

Socialstyrelsen utgav under år 2005 en ny kompetensbeskrivning med avsikt att tydliggöra sjuksköterskans profession och yrkesutövning och därmed bidra till att ge patienten en god och säker vård. Denna kompetensbeskrivning, som också utgör riktlinjer för sjuksköterskeutbildningens innehåll, har ett övergripande perspektiv och speglar sjuksköterskeyrkets krav på självständigt arbete, vetenskapligt förhållningssätt, mångkulturellt kunnande och professionellt ansvar. De huvudsakliga arbetsområdena anges som omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning och ledarskap. Helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska genomsyra samtliga kompetensområden (SoS 2005).

Att sjuksköterskorna sedan snart 30 år tillbaka (Högskolereformen 1977) utbildas inom universitet och högskolor har till stor del sin grund i att denna utbildningsnivå anses vara av betydelse för vårdkvaliteten (Bentling, 1995, Bartlett, m fl, 2000, Girot, 2000, Aiken, m fl, 2003). En debatt som pågått i årtionden belyser frågan om akademiseringen av sjuksköterskeutbildningen har skett på bekostnad av praktiska färdigheter (Furåker, 2001, Mikkelsen Kyrjebo, m fl, 2002). Den akademiska nivån i sjuksköterskeutbildningen ställer krav på att även examinationerna ska reflektera denna nivå, vilket innebär att förmågan till

kritisk granskning, självständighet i beslutsfattande och ett handlande byggt på vetenskap och beprövad erfarenhet ska kunna bedömas. Eftersom utbildningen också ska leda till en praktisk kompetens måste examinationerna kunna registrera och bedöma att även de praktiska färdigheterna uppnått en godtagbar nivå.

Verksamhetens förväntningar och krav

Sjuksköterskan har av tradition en nyckelroll inom svensk hälso- och sjukvård och förväntningarna på henne/honom är stora. Socialstyrelsen har genom sina allmänna råd (SOSFS 1993:17, SOSFS 1995:15) klargjort att sjuksköterskan har en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad, vilket ger henne kompetens att bedriva denna omvårdnad, som spänner över ett brett fält från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser. Socialstyrelsen framhåller att sjuksköterskan utifrån yrkets teoretiska grundvalar, metoder och tekniker självständigt verkar inom sitt kompetensområde. Sjuksköterskan ska aktivt söka, kritiskt granska och använda forskningsresultat samt ansvara för att nya rön och de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna tydliggörs för olika medarbetare, så att dessa blir grundläggande för det dagliga arbetet. Hon/han ska utvärdera effekterna av given omvårdnad samt noggrant dokumentera omvårdnadsprocessens olika steg (SOSFS 1993:20). Sjuksköterskan har även ett betydande administrativt ansvar och ett ansvar för resursanvändningen, vilket gör att hennes insatser har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi (SBU 1994). Enligt SBU (1994), finns det också stöd i forskningen för att medicinska behandlingsresultat kan påverkas av sjuksköterskans kompetens och av den omvårdnad som denne ger (SBU 1994, Needleman, m fl. 2002).

Dessa stora förväntningar och krav på sjuksköterskerollen kan bli särskilt tydliga vid övergången från att vara student till legitimerad sjuksköterska. Trots att sjuksköterskeutbildningen omfattar perioder av klinisk utbildning inom olika vårdverksamheter blir många nyutbildade sjuksköterskor överraskade av det ansvar och den stress de ofta upplever i början av sitt yrkesutövande, och många uppfattar övergången från student till sjuksköterska som svår. En anledning till detta kan vara att det finns vissa brister i framförallt den kliniska kompetensen, men också i hur verksamheter inom hälso- och sjukvården tar emot och introducerar nyutbildade sjuksköterskor (Kelly, 1996, Gerrish, 2000, Delaney, 2003, Brooks och Nordling, 2004, Fackel och Nilsson, 2004).

Samhällets kontroll och sanktion

Legitimerad sjuksköterska är en skyddad yrkestitel och får endast användas av den som erhållit legitimation för yrket. Legitimation som sjuksköterska utfärdas av Socialstyrelsen till den som har avlagt sjuksköterskeexamen. Bestämmelser som reglerar sjuksköterskans yrkesutövning är knutna till legitimationen, och överträdelser kan medföra disciplinpåföljd och återkallelse av densamma. Socialstyrelsen utövar tillsyn över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (Lag 1998:531). Kraven på utbildningen till sjuksköterska är att den speglar såväl samhällets syn på högskolemässighet som på ett för professionen adekvat innehåll.

Högskoleverket som har ansvaret för att garantera högskolemässighet och yrkesrelevans i sjuksköterskeutbildningen genomförde under våren år 1999 en utvär-

dering av alla utbildningar i landet beträffande detta. Resultatet visade att det förekom brister vid ett antal lärosäten beträffande kopplingen mellan prekliniska och kliniska delar i utbildningen. I rapporten anges att graden av högskolemässighet till stor del avgjordes av hur väl man lyckats med samspel och integration mellan teori och praktik. Högskolan ska förmedla såväl teoretiska kunskaper som verksamhetsanpassad klinisk utbildning (Högskoleverket 2000:5). Teoretiska och kliniska färdigheter ska studenterna träna under sin utbildning. De ska även öva sin förmåga till helhetssyn, stimuleras till inlevelse, medkänsla och respekt för patienten och få beredskap att möta människor i sjukdom och kris (SFS 1993:100, SOSFS 1995:5, SoS 2005).

På regeringens uppdrag genomförde Socialstyrelsen under år 2001 en undersökning av nyexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens (SoS 2002). Studien, som var relativt begränsad, visade att den nyexaminerade sjuksköterskan i flertalet fall efter grundutbildningen fick en särskilt anpassad introduktion innan ett självständigt ansvar gavs. Studien visade också att majoriteten av sjukhusen tillämpade restriktioner vad gäller placering i verksamheten. Vid drygt hälften av sjukhusen och inom knappt hälften av kommunerna framfördes brister gällande de nyexaminerade sjuksköterskornas yrkeskunnande. Bristerna gällde framförallt sjuksköterskornas kliniska och tekniska handlag. Däremot påpekades att de, trots detta, oftast hade goda teoretiska kunskaper. Generellt sett hade majoriteten av arbetsledarna en positiv uppfattning av sjuksköterskornas yrkeskunnande, men det förekom specifika områden där brister rapporterades (SoS 2002). Både arbetsledarna och sjuksköterskorna angav bristande teoretiska kunskaper, bristande kliniska färdigheter eller en kombination av båda, framförallt inom följande områden: att övervaka och utföra behandling i kombination med att hantera apparatur och utrustning, att informera och undervisa patienter samt att fungera som arbetsledare. Majoriteten av arbetsledarna ansåg att de nyexaminerade sjuksköterskorna hade handlingsberedskap och fungerade väl i sitt yrkesutövande. De nyexaminerade sjuksköterskorna hade ett mer kritiskt förhållningssätt till det egna yrkeskunnandet än arbetsledarna och rapporterade situationer där de känt osäkerhet i sitt arbete. Mer än hälften av dem rapporterade svårigheter med att hantera yrkesrollen. Undersökningen gav således olika bilder av den nyexaminerade sjuksköterskans yrkeskunnande och kompetens beroende på vem som tillfrågades (SoS 2002).

Sammanfattning av problemområdet

Det förekommer skillnader i de olika styrdokument som finns för sjuksköterskeutbildningen beträffande innehållet i sjuksköterskeprogrammen vid landets högskolor och universitet. Gemensamt för samtliga program är att det ingår teoretiska studier i ämnet omvårdnad/omvårdnadsvetenskap och olika kunskapsområden inom biomedicin. Samtliga lärosäten har verksamhetsförlagd utbildning inom olika områden och nivåer inom vården, men längden på den varierar stort. Övriga ingående ämnen och antal poäng för dessa samt examinationsformer skiljer sig också i hög grad (Furåker 2001).

Både inom sjuksköterskeutbildningen och ute i vårdverksamheten har det sedan länge förts diskussioner om i vilken omfattning sjuksköterskeutbildningen motsvarar de krav som ställs på sjuksköterskekompetens i dagens hälso- och sjukvård. Avsaknad av en tydligt definierad miniminivå för godkännande vid slutbedöm-

ning inför utfärdande av examensbevis och legitimation kan anses vara en brist. Återkommande har frågan lyfts angående utfärdandet av sjuksköterskelegitimation utifrån ett så mångfacetterat underlag som faktiskt föreligger från examinerande lärosäten. Detta har bland annat diskuterats i Sjuksköterskornas vetenskapliga råd inom Svensk sjuksköterskeförening och i Forum för Vård- och hälsoutbildningar, f d vårdhögskolornas rektors-/prefektgrupp. I Socialstyrelsens rapport *Översyn av nytexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov* (SoS 2002) finns tillsammans med ett förslag om allmäntjänstgöring (AT) för sjuksköterskor som krav för legitimation även ett förslag om en försöksverksamhet med klinisk slutexamination, bland annat i syfte att komma till rätta med ovan nämnda problematik.

Samverkansprojekt

Med detta som bakgrund påbörjades hösten år 2003 ett projekt som en försöksverksamhet med klinisk slutexamination i den avslutande terminen i sjuksköterskeutbildningen. Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan sjuksköterskeutbildningarna vid Karlstads universitet, Umeå universitet, Högskolan i Kristianstad och Högskolan Väst (dåvarande Högskolan i Trollhättan/Uddevalla) Projektet genomfördes i samarbete med Svensk sjuksköterskeförening.

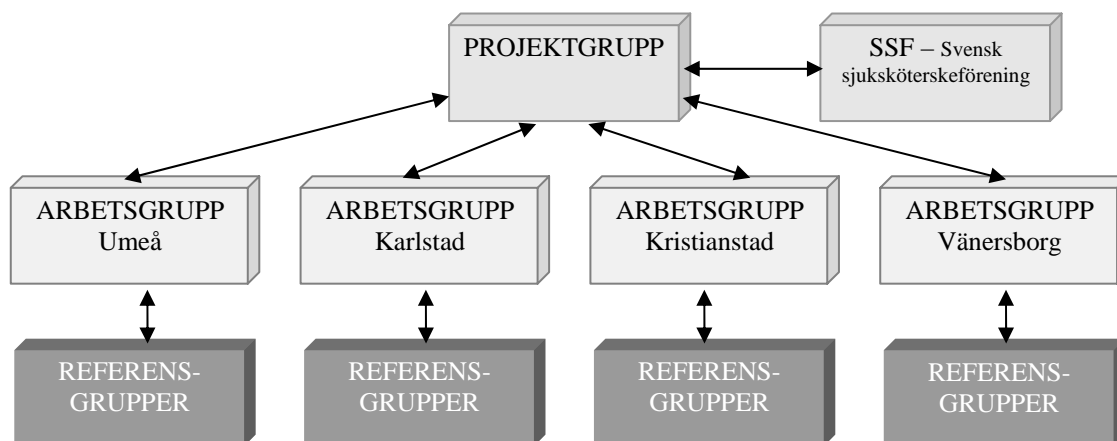
Syftet med projektet

Syftet med detta projekt var att i samverkan mellan fyra svenska lärosäten utveckla, pröva och utvärdera en gemensam modell för klinisk slutexamination, där studentens kliniska kompetens examineras utifrån de krav som ställs för att arbeta som nyexaminerad legitimerad sjuksköterska.

Projektets genomförande

Under hösten år 2003 bildades en projektgrupp med två eller tre lärare från vart och ett av de fyra lärosätena. Bland dessa fanns även lärare med ledningsuppdrag vid respektive institutionerna. Vid ett arbetsmöte i januari år 2004 formulerades en preliminär projektplan, där ramarna för projektet bestämdes. Det fastslogs att examinationen ska möta Högskoleverkets, Socialstyrelsens och hälso- och sjukvårdsverksamheternas krav på en miniminivå för vad en sjuksköterska med genomgången grundutbildning på 120 poäng ska kunna och tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (SOSFS 1995:5, SoS 2005), i övergripande mål för grundläggande högskoleutbildning (SFS 1992:1434) och specifika mål för sjuksköterskeexamen (SFS 1993:100).

Examinationen ska kunna genomföras oavsett vilken klinisk verksamhet studenten tilldelas som studieplats i sin sista termin, under förutsättning att den kliniska verksamheten motsvarar allmänsjuksköterskans kompetensområde. Det beslutades även att arbetet ska ske i nära samarbete med respektive kollegium, programråd och studenter i sjuksköterskeprogrammet samt med personal vid vårdverksamheter som tillhandahåller studieplatser under den kliniska verksamhetsförlagda utbildningen. En förutsättning för ett lyckosamt slutresultat var att projektet förankrades på den egna institutionen och i samverkande vårdverksamheter under dess olika faser. En modell för samarbetet fastställdes enligt nedan (figur 1).



Figur 1 Projektgrupp och arbetsgrupper i samverkansprojektet

Projektgrupp och arbetsgrupper

Projektgruppen har bestått följande personer: Elsy Athlin (projektledare) och Christina Sundin Andersson, Karlstads universitet, Catrine Jacobsson, Kerstin Nilsson och Mitzie Nordh, Umeå universitet, Petra Andersson Lilja, Birgitta Johansson och Lena Persson, Högskolan Kristianstad, Angelika Fex och Olle Söderhamn, Högskolan Väst samt Gerthrud Östlinder, Svensk sjuksköterskeförening.

Arbetsgrupperna vid institutionerna på de olika lärosätena har bestått av de kliniska adjunkter och lektorer som ingått i projektgruppen samt sådana personer inom lärosätet som dessa utsett. Detta har inneburit att arbetsgrupperna haft olika antal medlemmar och att medlemmarna delvis haft olika funktioner inom sjuksköterskeutbildningen. Antalet deltagare har varierat mellan två och sex, och samtliga har varit mycket erfarna lärare med ett tydligt engagemang i den kliniska delen av sjuksköterskeutbildningen. Dessa arbetsgrupper har under projektets gång inbjudit studenter och kliniskt verksamma sjuksköterskor att delta i de olika moment som ingått i projektet. Dessutom har olika referensgrupper bildats bestående av representanter från berörda institutioner och vårdverksamheter inom kommuner och landsting. I referensgrupperna har det ingått studenter, nyutbildade och erfarna sjuksköterskor, kliniska adjunkter och lektorer samt ledare på olika nivåer inom utbildning och vård. Antalet i dessa grupper har varierat under projektets olika faser. Totalt bedöms ca 300 studenter, 200 sjuksköterskor, 100 ledare inom vård och 150 lärare inom sjuksköterskeutbildning ha deltagit i processen.

Utveckling av modell för klinisk examination

Arbetsprocess: Stegvis utveckling och prövning av modellen

Utarbetandet av examinationens struktur, innehåll, omfattning och kriterier har varit inspirerat av den så kallade Delphi-metoden (Burns och Grove, 2001), där personer som bedömts vara "experter" inom området som bearbetas deltar i processen. Målet med denna metod är att nå samstämmighet inom det område som bearbetas (Polit och Beck, 2004). Metoden karaktäriseras bland annat av anonymitet bland deltagarna och repetition av de olika frågeställningarna. I detta projekt har deltagarna från de olika lärosätena varit okända för varandra, medan

de delvis varit kända inom desamma. De olika deltagarnas uttalanden har inte på något sätt kunnat återföras till individuell nivå under processens gång, vilket kan benämnas som "kvasi-anonymitet" (McKenna 1994, Gibson 1998). Vid projektgruppens möten har förslag och idéer som tagits fram inom respektive lärosätes arbetsgrupper och referensgrupper diskuterats, förankrats och bearbetats vidare för att åter föras ut till de olika grupperna vid respektive lärosäten för ny bearbetning. Metoden innebär att det har funnits möjlighet för deltagarna att även modifiera ställningstaganden som gjorts vid tidigare tillfällen (Moreno-Casbas, m fl, 2001). Information om projektet och dess framskridande gavs kontinuerligt av deltagare i projektgruppen till ledningsrepresentanter för sjuksköterskeutbildningarna vid de olika lärosätena i Sverige inom ramen för Forum för Vård- och hälsoutbildningar. Vidare har projektets utveckling presenterats vid universitetens/högskolornas och Svensk sjuksköterskeförenings konferenser kring Klinisk utbildning i Lund i november år 2004 och i november år 2005 i Örebro. I det som följer presenteras arbetet i den ordning som de olika delarna i modellen för klinisk slutexamination utvecklades (figur 2).

Sept 2003	jan 2004	maj 2004	jan 2005	maj/juni 2005	juni-dec 2005	2006
1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)
1) Projektstart 2) Beslut om examinationsmodellens struktur och innehåll 3) Pilottest 1 (bedside-test) samt utvärdering 4) Pilottest 2 (skriftligt prov och bedside-test) samt utvärdering 5) Prövning av modellen för klinisk slutexamination samt utvärdering 6) Sammanställning av resultat 7) Rapportskrivning						

Figur 2 Översikt över projektets utveckling över tid

Preliminär modell för klinisk slutexamination

Arbetet resulterade under våren år 2004 i en preliminär modell för klinisk slutexamination, där examinationen tog sin utgångspunkt i Högskolelagen, Högskoleförordningen och Socialstyrelsens Kompetensbeskrivningar och avser att bedöma den sammantagna kompetens som en grundutbildad sjuksköterska ska ha. Detta ställer krav på att examinationen kan fånga upp både den pedagogiska grundidén om aktivt lärande, kritiskt tänkande, problemlösning och självständighet och det faktiska utövandet av en klinisk yrkeskompetens. För sjuksköterskeutbildningens del innebär det således en sammanlänkning av kunskap erhållen genom teoretiska och kliniska studier.

På ett tidigt stadium bestämdes att examinationen skulle bestå av två delar. Som förebild låg läkarnas så kallade AT-prov, som har använts sedan 1992 som slutprov före Socialstyrelsens utfärdande av läkarlegitimation (KI 1992). AT-provet sågs innehålla värdefulla pedagogiska idéer om hur klinisk kompetens kan bedömas med hjälp av ett teoretiskt problemlösande test (del I), som åtföljs av ett praktiskt prov/bedside-test (del II). Examinationens innehåll utgick från Högsko-

lslagets allmänna mål om vad en grundläggande högskoleutbildning ska nå fram till (SFS 1992:1434, kapitel 1, 9 §), de specifika målen i Högskoleförordningen för att erhålla sjuksköterskeexamen (SFS 1993:100) samt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och kompetenskrav för sjuksköterskor (SOSFS 1995:5, SOSFS 1995:15). De grundprinciper som fastställdes initialt har återkommande diskuterats under projektets gång, vilket lett till att de successivt blivit allt tydligare i utformningen. Eftersom det praktiska provet/bedside-testet var den del av den skissade modellen, som förväntades bli mest omfattande och komplicerad bestämdes att arbetet skulle starta med denna del.

Framtagning av del II – praktiskt prov/bedside-test

Under våren år 2004 utvecklades således ett preliminärt bedside-test utifrån nedanstående grundidéer:

- Examinationen ska pröva studentens praktiska färdigheter i kliniska omvårdnadssituationer avseende observation, handlande och omdöme.
- Examinationen ska också pröva studentens förmåga till integration av kunskaper i de ämnen som ingår i sjuksköterskeutbildningen.
- Den bedömningsansvariga sjuksköterskan ska delta som observatör under Steg I och II och ansvarar för bedömningen av studenten utifrån det strukturerade bedömningsunderlaget. Hon/han deltar även i Steg III, där gjorda observationer överrapporteras till läraren och studenten.
- Vid examinationens början ska studenten tilldelas en patient, som i förväg bestämts av den bedömningsansvariga sjuksköterskan i samråd med en lärare, som är verksam inom klinisk utbildning vid lärosätet och även verkar som examinator.
- Bedömningsansvarig sjuksköterska ska vara en väl vitsordad sjuksköterska med minst två års yrkeserfarenhet.
- Studenten ska inte vara förberedd på vilken patient som ska vårdas i förväg för att få situationen så realistisk som möjligt.
- Studenten ska få maximalt 20 minuter vid examinationens start för att sätta sig in i den tilldelade patientens situation utifrån journaler etc.
- Bedömningen ska ske i samband med observation av studentens arbete med den tilldelade patienten med hjälp av ett strukturerat bedömningsunderlag.
- Bedömningsunderlaget ska följa omvårdnadsprocessen och indelas i tre steg; Steg I: Förberedelse- och planeringsfas, Steg II: Genomförandefas samt Steg III: Utvärderingsfas som ska avslutas med en sammanfattande bedömning.
- Avstämning ska ske mellan student och bedömningsansvarig sjuksköterska mellan de olika stegen i processen för att uppnå en god patientsäkerhet.
- Även patientens upplevelse av att bli vårdad av studenten ska efterfrågas i de fall detta är möjligt.
- I Steg III ska läraren ansvara för att föra examinationen framåt genom att ställa utvecklande och klargörande frågor till studenten, baserade på den genomförda observationen och synpunkter från bedömningsansvarig sjuksköterska. Läraren ska utifrån detta underlag slutligen göra en sammanvägd bedömning och meddela studenten betyg.
- Betygsättningen ska vara *Godkänd* eller *Underkänd*.

Bedömningsunderlaget

En litteraturgenomgång, gällande innehållet i klinisk sjuksköterskekompetens och hur den kan bedömas genomfördes. Den visade att dessa frågor rönt stort intresse de senaste decennierna, med ett rikligt antal vetenskapliga studier som resultat (Wandelt, 1975, Schwirian, 1978, Meleis och Dagenais, 1981, Benner, 1982 och 1984, Fenton, 1985, DeBack och Mentkowski, 1986, McCloskey och McCain, 1988, Ohlson och Gullberg, 1988, Battersby och Hemmings, 1991, Coates och Chambers, 1992, Girot, 1993 och 2000, Krichbaum, m fl, 1994, While, 1994, Arthur, 1995, McDonald, 1995, Nicol och Freeth, 1998, Chambers 1998, Springer, mfl, 1998, Redfern och Norman, 1999a och 1999b, Bartlett, m fl, 2000, Boxer och Kluge, 2000, Watkins, 2000, Meretoja och Leino-Kilpi, 2001, Ramritu och Barnard, 2001, Meretoja, m fl, 2002, Robb, m fl, 2002, Norman m fl, 2002, Watson, m fl, 2002). Det visade sig även att en entydig definition på vad sjuksköterskekompetens innebär saknades, och många forskare framhöll att begreppet var diffust och svårfångat. De instrument som i olika studier använts för att mäta och bedöma sjuksköterskors kompetens under eller efter utbildning synliggjorde vanligtvis rollen och förmågan som vårdare, ledare, handledare och utvecklare och kunde sammanfattningsvis beskrivas innehålla en kombination av attityder, värderingar, kunskaper och praktisk skicklighet relaterade till det vårdande arbetet. Under de senaste årtiondena har även förmåga till reflektion och kritisk granskning samt problemlösningsförmåga framhållits som en viktig del i sjuksköterskans kompetens. Samtliga instrument som granskades var framtagna för självbedömning, där sjuksköterskorna/studenterna själva skulle skatta sin uppfattning av egen kompetens. Inga instrument återfanns som avsåg att objektivt mäta/bedöma sjuksköterskans kliniska kompetens.

En första version av ett bedömningsunderlag att användas för bedömning under bedside-testet utarbetades därför i samverkan med arbetsgrupper och referensgrupper vid de fyra lärosätena. Utgångspunkt för instrumentet var Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, som gällde vid projektets början (SOSFS 1995:5). Enligt denna ska en legitimerad sjuksköterska med ett etiskt förhållningssätt och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet kunna:

- ta initiativ till och vidta åtgärder som syftar till att främja hälsa och förebygga uppkomst av sjukdom hos enskilda patienter
- ansvara för enskilda patienters omvårdnad
- medverka vid och i vissa fall utföra undersökningar och behandlingar
- informera och instruera enskilda patienter och deras närstående samt handleda studenter och medarbetare
- följa, utnyttja och medverka i forsknings- och utvecklingsarbete
- planera sitt arbete, arbeta i grupp, leda arbetslag och samarbeta med andra yrkesföreträdare
- medverka i omhändertagande och vård av svårt skadade vid stora olyckor, katastrofer och krig
- följa och tillämpa de författningar, föreskrifter och andra regler som gäller samt
- kommunicera.

Bedömningen avsågs således ske utifrån områden som täcker en grundutbildad sjuksköterskas yrkesfunktion, där kompetensbeskrivningen synliggjorde följande områden för bedömning bedside:

- kommunikation och undervisning
- medicinska behov och omvårdnadsbehov
- åtgärder/behandlingar
- förebyggande vård
- arbetsledning och samarbete samt
- professionellt förhållningssätt.

Den idéskiss för bedömningsunderlag som i första omgången sändes ut för diskussion bland deltagarna i arbetsgrupper och referensgrupper vid deltagande lärosäten innehöll kriterier som tagits fram i projektgruppen, där omvårdnadsprocessens struktur utgjorde ramarna. Under rubrikerna *Förberedelse- och planeringsfas*, *Genomförandefas* samt *Utvärderingsfas* beskrevs 47 kriterier som svarade an mot innehållet i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning. Eftersom diskussionerna hade startat kring Bolognaprocessen och en eventuell framtida sjuogradig betygsskala inom universitet och högskolor, prövades i bedömningsunderlaget den sexgradiga skala (samt ett utrymme för "ej möjlig att bedöma"), som fanns i läkarnas AT-prov. Samtliga kriterier i instrumentet förväntades skattas i den angivna skalan. Efter några omgångar av diskussioner mellan de inblandade grupperna fastställdes det preliminära bedömningsunderlaget inför en första prövning (pilottest 1).

Pilottest 1

Den preliminära modellen för bedside-testet prövades i en begränsad förstudie i maj år 2004 vid de aktuella lärosätena. Innan prövningen påbörjades utarbetades ett omfattande informationsmaterial till dem som kunde bli inblandade i testet. Olika informationsblad togs fram till följande målgrupper: vårdverksamheter, bedömningsansvariga sjuksköterskor, berörda lärare, sista terminens studentkurs samt enskilda studenter. Förberedelserna inför testet genomfördes av de lärare som ingick i projektgruppen med nära samverkan med berörda kliniker. Muntlig information gavs även vid upprepade tillfällen till samtliga inblandade via olika samverkansorgan samt till studenterna, både till studentkåren samt direkt ut i kurserna. På alla nivåer mottogs idén om att införa denna form av klinisk slutexamination positivt och sågs även som en önskad utveckling för att kvalitets-säkra utbildningen. I några fall uttrycktes dock en viss oro bland studenterna, som var relaterad till den kliniska slutexaminationens omfattning.

I det första pilottestet deltog totalt tio studenter, åtta sjuksköterskor i egenskap av observatörer och bedömningsansvariga och nio kliniska lärare. I syfte att pröva denna del av examinationen i olika vårdkontexter, genomfördes den inom kirurgisk vård, geriatrisk rehabilitering, kommunal hälso- och sjukvård och neonatalvård. Pilottestet utvärderades av samtliga deltagare. Utvärderingen genomfördes med hjälp av ett frågeformulär innehållande frågor angående deltagarnas uppfattningar av examinationens förberedelse, genomförande samt relevans för bedömning av klinisk kompetens. Totalt bestod formuläret av tre huvudområden med 17 delfrågor. Fasta svarsalternativ angavs på en fyrgradig ordinalskala från "ytterst otillfredsställande" (1) till "helt tillfredsställande" (4).

Eftersom svarsalternativen var på ordinalskalenivå, angavs svaren i medianvärden för varje fråga i respektive grupp av deltagare. Dessutom fanns det utrymme för kommentarer i löpande text, som avsåg att fördjupa förståelsen för deltagarnas uppfattningar om ställda frågor. Kommentarererna sammanställdes i kategorier utifrån det innehåll som uttrycktes.

Resultat från utvärderingen av pilottest 1

Resultatet visade att bedside-testet som helhet uppfattats mycket positivt av såväl deltagande studenter, bedömningsansvariga sjuksköterskor som lärare (tabell 1-2). Alla såg det som möjligt att genomföra examinationen på det angivna sättet. Även de deltagande patienterna (n=8) ansåg att det varit tillfredsställande att medverka i examinationen och inte inneburit något obehag för dem. Kommentarer som framkom bland de olika deltagarna var huvudsakligen av positiv karaktär, men även negativa kommentarer framfördes i alla grupper. Ett flertal kommentarer innehöll även förslag på hur testet skulle kunna förbättras. Kommentarererna kunde sammanföras under kategorierna Förutsättningar, Förberedelse och information, Vårdkontext och val av patient, Bedömningsformulär och Genomförande. Det framfördes synpunkter och farhågor angående den tid, som kommer att åtgå för denna del av klinisk slutexamination, och nödvändigheten i att de observerande sjuksköterskorna får tillräckligt med tid avsatt för att delta i den. Klara direktiv och stöd från arbetsgivaren underströks även vara absoluta förutsättningar. I det som följer har kommentarer använts för att förtydliga innehållet i de kvantitativa resultaten.

Förberedelse och genomförande

Informationen som föregick testet uppfattades av de allra flesta deltagarna som mycket bra. Kommentarererna synliggjorde vikten av en adekvat och tillräckligt information både till alla berörda inom respektive lärosäte såväl som till, inom olika nivåer i vårdverksamheten, berörda personer. De bedömningsansvariga sjuksköterskorna menade att det varit fullt möjligt att genomföra bedömningen av studenternas kompetens enligt anvisningarna vid bedside-testet. Bedömningsunderlaget uppfattades som positivt av de flesta, men ett flertal ansåg också att det förekom alltför många skalsteg samt en del otydligheter och bristande logik/ordning i hur bedömningsunderlaget var uppbyggt. Avstämningarna som genomfördes mellan bedömningsansvarig sjuksköterska och student uppfattades i hög grad som tillfredsställande, men det påpekades att de två första avstämningarna kunde vara svåra att hålla isär. Kommentarererna synliggjorde svårigheterna att välja ut en lämplig patient för examinationen. Det framkom tydligt att det särskilt inom hårt specialiserade sjukhusavdelningar och inom den kommunala sjukvården var problem att finna lämpliga patienter. En osäkerhet om vad som var en "lämplig patient" framkom hos många och det framfördes en oro över att för "enkla" patienter skulle medföra en alltför enkel examination. Många sjuksköterskor och lärare påpekade svårigheten i att bedöma punkterna i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning om *att följa, utnyttja och medverka i forsknings- och utvecklingsarbete* och *att medverka i omhändertagande och vård av svårt skadade vid stora olyckor, katastrofer och krig*. Några sjuksköterskor och lärare ansåg att flera studenter skulle kunna bedömas samtidigt för att minska tidsåtgången för examinationen. Det framfördes även att det inte kunde anses tillräckligt att enbart bedöma studentens kompetens utifrån detta bedside-test. Bland studenterna uttrycktes en viss stress att vara observerad, men att detta var av övergående natur. Att få feedback direkt efter sitt arbete framhölls dock uppväga den negativa

pressen. Samarbetet mellan bedömningsansvarig sjuksköterska och lärare ansågs vara enbart positivt och väl fungerande.

Tabell 1 Uppfattningar om examinationens förberedelse och genomförande

	Bedömningsansvariga sjuksköterskor n=8	Kliniska lärare n=9	Studenter n=10
	Medianvärdet	Medianvärdet	Medianvärdet
Information	3	3	4
Bedömning av kompetens	3	3	--
Bedömningsunderlaget	3	3.5	--
Avstämning 1	3	--	4
Avstämning 2	3.5	--	4
Avstämning 3	4	4	4
Organisatoriska aspekter	3	4	--
Samarbete	4	4	--

1: Ytterst otillfredsställande, 2: Ganska otillfredsställande, 3: Delvis tillfredsställande, 4: Helt tillfredsställande, --: Inte tillfrågade

Relevans för bedömning av klinisk kompetens

Studenterna (n=10) ansåg att examinationen totalt sett var delvis tillfredsställande eller helt tillfredsställande för att bedöma klinisk kompetens (ej i tabell). De framhöll i kommentarer att examinationen lyckats fånga upp en helhetskunskap kring patienten, men underströk att mycket var beroende av att relevant patient valts ut. De bedömningsansvariga sjuksköterskorna och de kliniska lärarna ansåg att det preliminära bedside-testet, på ett ”delvis tillfredsställande” eller ”helt tillfredsställande sätt”, behandlade flertalet av de områden som karakteriserar sjuksköterskans yrkesfunktion. Det behandlade däremot inte områden som att kunna medverka i omhändertagande och vård av svårt skadade vid stora olyckor, katastrofer och krig, och bedömdes därför som ”ytterst otillfredsställande” i examinationen (tabell 2). Även sjuksköterskorna och lärarnas kommentarer visade att valet av patient var avgörande för examinationens relevans och kvalitet.

Inom samtliga deltagargrupper förekom kommentarer som underströk värdet av denna del av klinisk slutexamination, som man också menade inte enbart var en kunskapskontroll, utan också i hög grad gav en viktig möjlighet till lärande. Många menade att examinationsformen bedside borde genomföras i alla kliniska avsnitt i utbildningen.

Tabell 2 Uppfattningar om bedside-testets relevans för bedömning av klinisk kompetens

Examination/ specifik kompetens	Bedömningsansvariga sjuksköterskor n=6 Medianvärden	Kliniska lärare n=7 Medianvärden
Totalt	4	4
Främja hälsa och förebygga sjukdom	4	3.5
Ansvara för enskilda patienters omvårdnad	4	4
Medverka och utföra undersökningar och behandlingar	4	4
Informera, instruera och handleda	3	3
Forsknings- och utvecklingsarbete	3	--
Planering och ledning	3	3
Katastrofer och krig	1.5	1
Författningar och regler	4	4
Kommunikation	4	4

1: Ytterst otillfredsställande, 2: Ganska otillfredsställande, 3: Delvis tillfredsställande, 4: Helt tillfredsställande, --: Inte tillfrågade

Diskussioner och korrigeringar av modellen efter pilottest 1

Resultatet från pilottest 1 låg till grund för de förändringar av modellens utformning och av bedömningsunderlaget som genomfördes under höstterminen år 2004. Informationsbrev till samtliga berörda bearbetades för att bli enhetliga och därmed tydligare. Vikten av att bedömningsansvarig sjuksköterska är friställd från annat arbete under den tid examinationen tar underströks i informationsbrevet till arbetsgivaren. Den oro som uttrycktes över att examinationen kunde bli alltför lätt om patientens tillstånd var okomplicerat medförde att kriterierna för urvalet av patienter förtydligades i aktuella dokument. Det synliggjordes att det både ska föreligga någon form av basala omvårdnadsbehov hos patienten och krävas observationer/bedömningar och medicinsktekniska insatser. Även kriterierna för bedömningsansvariga sjuksköterskor förtydligades och skärptes.

Förslag som inkommit från några deltagare om att inkludera fler än en patient i examinationen för att öka svårighetsgraden och även ge mer utrymme för arbetsledning/delegering diskuterades, men bedömdes av projektgruppen som orealistiskt att inte vara realistisk att genomföra på grund av den ökade tidsåtgång det skulle medföra. Flera patienter bedömdes även försvåra säkerheten vid observationen för den bedömningsansvariga sjuksköterskan. Förslaget, om att flera studenter samtidigt kunde observeras av en bedömningsansvarig sjuksköterska för att spara tid, fick inte heller stöd i projektgruppen. Motivet till detta beslut var att säkerheten vid bedömningen återigen kunde ifrågasättas.

Synpunkter gällande examinationens praktiska genomförande ledde till att det skrevs in i projektbeskrivningen att testet bör förläggas cirka fem veckor innan

slutet av sista terminen. Detta beslut togs dels för att möjliggöra ett optimalt kunskapsinhämtande under den verksamhetsförlagda utbildningen, dels för att göra det möjligt att förlägga en omtentamen inom kursens/terminens ram.

Bedömningsunderlaget vidareutvecklades beträffande innehåll, uppbyggnad och bedömningskala. Beslut togs att instrumentet även fortsättningsvis skulle följa omvårdnadsprocessens steg, men det indelades nu i en förberedelsefas, en genomförandefas och en sammanfattande bedömning. Övergripande områden som ska värderas synliggjordes i varje fas, med en undertext där ett rikt antal exempel gavs på vad som kan ingå i respektive område. De övergripande områdena, som fastställdes till nio i antal, efterfrågar adekvat förmåga/kompetens i olika sammanhang och ska bedömas av bedömningsansvarig sjuksköterska. I bedömningsunderlaget gavs även utrymme för observatörens egna kommentarer/minnesanteckningar. Efter många överläggningar inom de olika grupperna, valdes en fyra-gradig skala för bedömning av de övergripande kriterierna med stegen: *inte alls tillfredsställande* (1), *i ganska liten grad tillfredsställande* (2), *i ganska hög grad tillfredsställande* (3), och *i mycket hög grad tillfredsställande* (4). Detta beslutades utifrån en gemensam uppfattning om att det fanns en ytterst liten möjlighet att finna kriterier tydliga nog för en mer preciserad bedömning.

Framtagning av del I - patientfall för skriftligt prov

Under hösten år 2004 påbörjades arbetet med framtagandet av det skriftliga provet med patientfall i Del I av examinationen. Projektgruppen beslutade att respektive lärosäte skulle ansvara för var sitt patientfall. Även detta arbete följde principen för Delphi-metodiken, vilket innebar att respektive fall diskuterades under processens gång med lärosätets olika referensgrupper. Studenterna deltog inte i utformandet av provet. Följande grundprinciper var utgångspunkt för arbetet som genomfördes:

- Del I ska vara en skriftlig, teoretisk del med kliniskt perspektiv, där en dynamisk patientsituation är utgångspunkt och där förutsättningar förändras under examinationens framskridande.
- Examinationen ska spegla, för en sjuksköterska, realistiska vardags-situationer och ska kunna visa på studentens förmåga till integration av kunskaper i de ämnen som ingår i sjuksköterskeutbildningen.
- Provet ska utformas så att både reell kunskap och problemlösningsförmåga ska kunna bedömas.
- En gemensam rättningsmall ska användas vid samtliga lärosäten för att en så enhetlig och rättvis bedömning som möjligt ska kunna göras.
- Minst 2/3 ska vara godkänt i Del I för att studenten ska få gå vidare till Del II.
- Examinationen bör ske ca fem veckor före utbildningens slut för att öka förmågan till lärande och analys samt skapa utrymme för återkoppling.

I projektgruppen och arbetsgrupperna diskuterades initialt det optimala antalet patientfall för examinationen. Man enades slutligen om att två omfattande patientfall, som täcker vanligt förekommande sjukdomstillstånd och som har stor bredd i omvårdnadsbehov och åtgärder samt där patienten befinner sig i olika vårdkontexter, skulle prövas. Anvisningar för provets genomförande och rättning till berörda lärare utarbetades samtidigt.

Pilottest 2

En ny pilotstudie genomfördes hösten år 2004 och omfattade nu både det skriftliga provet (del I) och bedside-testet (del II) i examinationen. Eftersom denna pilotstudie genomfördes alldeles i slutet av höstterminen år 2004, blev det stora svårigheter att få frivilliga studenter, trots att många, som vid förfrågan tidigare på terminen, anmält sitt intresse. Många studenter ansåg det omöjligt att pressa in en extra examination utöver den hårda arbetsbelastning som studierna innebar inför den stundande julleddigheten. Även arbetet med utformningen av patientfall för det skriftliga provet blev försenat på grund av tidsbrist hos några av de inblandade. Pilottest 2 innehöll därför endast ett patientfall, istället för två som planerats. Bedside-testet genomfördes på vårdavdelningar inom länssjukvård (medicin, kirurgi, geriatrisk rehabilitering och psykiatri) och inom kommunal hälso- och sjukvård/hemsjukvård och primärvård.

Totalt deltog 29 studenter i genomförandet av den kliniska slutexaminationen som helhet i pilottest 2. Det skriftliga provet utvärderades av 27 studenter och bedside-testet av 28 studenter. Tjugotre bedömningsansvariga sjuksköterskor och 20 lärare deltog både i genomförandet av examinationen och i utvärderingen. Inom de olika grupperna förekom interna bortfall på enstaka frågor, slumpvis fördelade över materialet. Bortfallet redovisas i tabeller och texter nedan. Utvärderingen genomfördes med hjälp av det tidigare framtagna instrument, med vissa förbättringar vad gäller tydlighet och layout utifrån de erfarenheter som erhållits. Det skriftliga provet granskades och bedömdes även av 15 sjuksköterskor av vilka fyra var mycket erfarna studenthandledare och elva var nyutexaminerade. Dessa tillfrågades i ett enkelt frågeformulär med ja/nej frågor om det skriftliga provets innehåll, relevans för sjuksköterskeyrket, omfattning samt struktur och utformning. Frågor ställdes även om rättningsmallens exakthet och relevans. Samtliga frågor hade dessutom utrymme för egna kommentarer.

Resultat från utvärderingen av pilottest 2

Den övervägande uppfattningen bland samtliga grupper deltagare var att examinationen denna gång utfallit mycket positivt i sina båda delar. Resultatet visade att de allra flesta studenter (89 %), bedömningsansvariga sjuksköterskor (91 %) och lärare (87 %) ansåg att informationen inför andra pilottestet, som helhet, varit tillfredsställande i "hög" eller "ganska hög grad" (ej i tabell). De kommentarer som förekom var huvudsakligen av positiv karaktär och belyste hur informationen hade förbättrats sedan pilottest 1. Såväl den muntliga som den skriftliga informationen kommenterades positivt. I några enstaka fall hade informationen varit motsägelsefull eller brustit på annat sätt. En del förslag på förbättringar gavs, som till exempel bättre framförhållning och tydligare information om den kliniska examinationens omfattning.

Det skriftliga provet

Det skriftliga provet kunde enligt rättningsmallen maximalt ge 30 poäng och gränsen för godkänd sattes till 19.5 poäng (65 %). Tjugo studenter (74 %) blev godkända. Medelpoängen var 21.14, medianvärdet 21.5 och variationsvidden 13-25.5 poäng. De allra flesta studenterna (81 %) ansåg den skriftliga delen av examinationen vara i ganska hög grad/hög grad värdefull för bedömning av klinisk kompetens. Kommentarererna visade att provets problemlösande karaktär upp-

fattades som mycket positivt. Provet beskrevs vara roligt, utmanande och spännande. Många underströk även att det var verklighetsnära, lärorikt och bekräftande. Det uppfattades även som att ligga på rätt nivå av de flesta. De negativa kommentarer som förekom visade på svagheter i att endast ha ett patientfall, som berörde en patient med kirurgiskt sjukdomstillstånd. Fler fall efterfrågades, åter igen, för att ge större bredd åt kunskapsbedömningen och minska risken för orättvisa. En önskan om frågor av mer generell karaktär, istället för specifika frågor, framfördes och grundade sig på att studenter har så olika erfarenheter av utbildningsplatser under verksamhetsförlagd utbildning och att deras lärotillfällen därigenom kan vara väldigt olika. Ett antal studenter (n=6) påpekade även att det fanns risk för fusk, eftersom studenten i ett obevakat ögonblick skulle kunna gå tillbaka i den tidigare besvarade delen av skrivningen. En student framförde synpunkter på att klinisk slutexamination blev en tung uppgift utöver den ordinarie examinationen i slutet av utbildningen.

De allra flesta sjuksköterskor (87 %), som granskade provet ansåg att dess innehåll var relevant för den kommande funktionen som sjuksköterska. Sjuttiofyra procent av dem ansåg att patientfallet höll en relevant svårighetsgrad och 73 % menade att omfattningen var relevant. Samtliga ansåg att strukturen av och anvisningarna till det skriftliga provet var tydliga. Även rättningssmallen bedömdes som adekvat av de allra flesta (93 %). De erfarna och de nya, oerfarna sjuksköterskornas svar var i stort sett samstämmiga i samtliga frågor. Även de lärare som deltog i utformningen av provet vid respektive lärosäten ansåg att det i den form det prövades var adekvat i sitt innehåll och låg på rätt nivå. Det hade dock funnits svårigheter att, inom ramen av Delphi-metodiken, hinna ta fram en tydlig, exakt och helt överenskommen svarsmodell innan provets genomförande. Rättningen av provet vid de olika lärosätena beskrevs också som delvis komplicerad, då svarsmodellen inte var tillräckligt entydig och gav utrymme för egna tolkningar. Vid jämförelse mellan de olika bedömnarnas rättningar framkom en hel del olikheter i bedömningen.

Bedside-testets förberedelse och genomförande

Kommentarerna avseende bedside-delen av utvärderingen föll även denna gång in under kategorierna *Förutsättningar*, *Förberedelse och information*, *Vårdkontext och val av patient*, *Bedömningsformuläret* och *Genomförandet*. Under kategorin *Förutsättningar* framhölls framförallt nödvändigheten av att bedömningsansvarig sjuksköterska verkligen har den tid som krävs för att genomföra uppdraget. En viss oro uttrycktes beträffande svårigheterna att genomföra denna examination i stor skala, med hela studentkurser involverade, på grund av hög tidsåtgång för den bedömningsansvariga sjuksköterskan. Innehållet i de övriga kategorierna kommer att belysas nedan i samband med redovisningen av det kvantitativa resultatet.

Samtliga kategorier av deltagare ansåg att samarbetet med övriga under bedside-testet var i mycket hög grad tillfredsställande. Deltagarna ansåg att avstämningarna och bedömningarna vid bedside-testet i ”mycket hög grad”/”ganska hög grad” varit tillfredsställande att genomföra med det utarbetade bedömningsunderlaget som hjälp (tabell 3).

Bedside-testet ansågs av de flesta vara genomförbart med tanke på organisatoriska möjligheter och tid, och de bedömningsansvariga sjuksköterskorna fann dessa för-

hållanden vara i ganska hög grad tillfredsställande. Lärarna ansåg detta vara i mycket hög grad tillfredsställande. Kommentarererna synliggjorde även denna gång att det dagliga arbetet som pågår runtomkring examinationen utgör en stressande faktor för den bedömningsansvariga sjuksköterskan och att det måste vara tydligt avsatt tid för examinationen. Merparten av sjuksköterskorna och lärarna ansåg att bedside-testet i huvudsak var heltäckande för att möjliggöra en bedömning av den kliniska kompetensen och att bedömningsunderlaget gav en bra förutsättning för detta. Bland sjuksköterskorna fanns dock en viss kritik mot bedömningsunderlagets layout, och lärarna var inte helt nöjda med dess struktur. Deltagarna fann avstämningarna vid bedside-testet vara i mycket hög grad tillfredsställande. Det underströks dock att planering av bedside-testet, inklusive valet av patient, är en förutsättning för att examinationen ska bli tillfredsställande. Det framkom tydligt även denna gång att alla typer av kliniska utbildningsplatser inte är lämpliga för bedside-testets genomförande. Vid högspecialiserad vård som kräver specialistkompetenta sjuksköterskor, till exempel på prematuravdelning och inom vissa former av psykiatrisk vård, såg man det svårt att finna lämpliga patienter för examinationen. Även inom hemsjukvården kunde problem med detta förekomma. Samtliga kategorier av deltagare ansåg samarbetet med övriga medarbetare under bedside-testet i mycket hög grad varit tillfredsställande (tabell 3).

Tabell 3 Uppfattningar om bedside-testets förberedelse och genomförande

	Studenter n=28 Medianvärden	Bedömningsansvariga sjuksköterskor n=2 Medianvärden	Kliniska lärare n=20 Medianvärden
Bedömningsunderlagets innehåll	--	4	4
Bedömningsunderlagets gradering	--	4	4
Bedömningsunderlagets struktur	--	4	3
Bedömningsunderlagets layout	--	4	4
Avstämning 1	4	3	--
Avstämning 2	4	4	--
Avstämning 3 (Sammanfattande bedömning)	4	4	4
Möjlighet att genomföra bedömningen enligt anvisningarna	--	3	--
Organisatoriska aspekter	--	3	4
Samarbete	--	4	4

1: inte alls tillfredsställande; 2: i ganska liten grad tillfredsställande; 3: i ganska hög grad tillfredsställande; 4: i mycket hög grad tillfredsställande; --: inte tillfrågade

Studenterna tillfrågades även om upplevelsen av att bli bedömd vid bedside-testet. De flesta (61 %) ansåg att detta var mycket positivt, medan endast 7 % uttryckte att det var en negativ upplevelse. Övriga ansåg att det var ganska tillfredsställande. Kommentarer visade att studenterna uppskattade att få feedback på sitt handlande och tänkande. Några underströk vikten av att det fanns ett tydligt uttalat krav på nivån för att bli godkänd som sjuksköterska. Negativa kommentarer omfattade huvudsakligen stressen och nervositeten som fanns i situationen. Några av de studenter som synliggjorde detta menade dock att detta fanns initialt vid provet men att nervositeten avtagit efterhand. Några underströk vikten av att vara ordentligt förberedd före testet och att studenten helst bör ha fått se bedömningsunderlaget i förväg. Studenterna efterfrågade även en klinisk bedside-examination i utbildningens första och andra år. De framhöll betydelsen av att bedömningsansvarig sjuksköterskan var kunnig och väl insatt i vad bedömningen innebar, och även att ”personkemin” stämde mellan henne/honom och student.

Examinationens relevans för bedömning av klinisk kompetens

De allra flesta studenter (85 %) ansåg bedside-testet vara i mycket/ganska hög grad tillfredsställande beträffande dess relevans för bedömning av klinisk kompetens. De bedömningsansvariga sjuksköterskorna och de kliniska lärarna ansåg bedside-testets relevans för att bedöma klinisk kompetens utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning vara i ganska hög grad eller i mycket hög grad tillfredsställande inom de flesta specifika kompetensområdena. Medverkan i omhändertagande och vård av svårt skadade vid stora olyckor, katastrofer och krig ansågs dock inte vara relevant för denna examination. Sjuksköterskorna skattade den sammanfattande frågan om bedside-testets relevans som i ganska hög grad tillfredsställande (tabell 4). Både sjuksköterskor och lärare underströk i sina kommentarer att bedömningsunderlaget denna gång var betydligt bättre än vid det första pilottestet och att det nu täckte det mesta i vad en nyutbildad sjuksköterska ska kunna. Även den fyrgradiga skalan kommenterades huvudsakligen positivt. Än en gång framhölls betydelsen av att ”rätt patient” valdes inför examinationen och att de regler och anvisningar som var givna följdes. Några lärare menade att identifiering av hälsorisker och prevention inte var tillräckligt synliggjort i bedömningsunderlaget och andra ansåg att graderingen var alltför otydlig med bara fyra nivåer.

Tabell 4 Uppfattningar om bedside-testets relevans när man bedömer klinisk kompetens

Examinationsdel/ specifik klinisk kompetens	Bedömningsansvariga sjuksköterskor n=23 Medianvärde	Kliniska lärare n=20 Medianvärde
Främja hälsa och förebygga sjukdom	4	4
Ansvara för enskilda patienters omvårdnad	4	4
Medverka och utföra undersökningar och behandlingar	4	4
Informera, instruera och handleda	4	4
Forsknings- och utvecklingsarbete	3	3
Planering och ledning	3	3

Katastrofer och krig	1	1
Författningar och regler	3	4

1: inte alls tillfredsställande; 2: i ganska liten grad tillfredsställande; 3: i ganska hög grad tillfredsställande; 4: i mycket hög grad tillfredsställande

Den kliniska examinationens värde

De allra flesta bedömningsansvariga sjuksköterskorna (82 %) ansåg att bedside-testet varit mycket eller ganska värdefullt för att bedöma studenternas kliniska kompetens. I kommentarerna framhölls värdet av att kunna följa studenten i det direkta arbetet som observatör och att vid det efterföljande samtalet tillsammans med läraren och studenten få en helhetsbild över hur väl teori och praktiskt handlande kunde knytas samman. Bedömningsunderlagets positiva bidrag till detta underströks av många. Ett litet antal sjuksköterskor (2 %) var mer kritiska och menade att examinationen knappast tillförde något mer än den bild man vanligen får av studenten som handledande sjuksköterska under en hel praktikperiod. Bland lärarna ansåg nästan alla (90 %) denna del av den kliniska slutexamination som mycket eller ganska värdefull. Två lärare framförde sina tvivel om det är möjligt att i en enda situation fånga den totala kliniska kompetensen. Det framkom dock i dessa kommentarer att studenten vid de fall som avsågs examinerats utifrån en enskild arbetsuppgift (injektionsgivning och omläggning av sår) och inte utifrån en hel patientsituation som var kravet enligt givna anvisningar.

De flesta studenterna (86 %) ansåg såväl bedside-testet som det skriftliga provet vara mycket eller ganska värdefullt. Endast fyra studenter menade att det inte var värdefullt. I de positiva kommentarerna framhölls att denna examination, genom sin utformning, gav bekräftelse på den erhållna kompetensen, och den medförde även ett tillfälle till lärande. Både studenter och lärare menade att examinationen som helhet var mycket värdefull för att bedöma den kliniska kompetensen. De bedömningsansvariga sjuksköterskorna deltog inte generellt i bedömningen av det skriftliga provet, men några av dem gjorde det. Av de femton kliniskt verksamma sjuksköterskor som totalt deltog uttryckte många att provet både var relevant och värdefullt som ett komplement till bedside-testet. De framhöll även att det medförde ett tillfälle till lärande för studenterna. Många studenter kommenterade att det varit spännande och roligt att delta i denna slutexamination som helhet och att dess utformning varit både utmanande och trevlig. De negativa kommentarerna underströk att kompetensen lika gärna kunde demonstreras/kontrolleras på det vanliga sättet och att denna examination därigenom är onödig.

Diskussioner och korrigeringar av modellen efter pilottest 2

Efter genomförd pilottest 2 framstod tydligt att det fanns en mycket positiv inställning runt om på lärosätena och i de kliniska verksamheter som deltagit i prövningen av examinationsmodellen. Det fanns en stor enighet om att bedside-testet nu var väl genomarbetat som helhet, medan det skriftliga provet fortfarande behövde förbättras i många delar. De erfarenheter man fått av de två pilottesterna diskuterades och korrigeringar genomfördes ännu en gång i olika dokument. Informationsmaterialet och bedömningsunderlaget granskades och förbättrades för att bli ändå tydligare. Betydelsen av att den kliniska examinationen är väl förankrad, understödd och planerad formulerades på ett tydligare sätt med en stark betoning på att den bedömningsansvariga sjuksköterskan måste vara helt fri-

kopplad från andra uppdrag de fyra timmar som examinationen tar. Patientfallen med svarsmallar korrigerades utifrån de svagheter och otydligheter som framkommit. Tvetydiga eller på andra vis otydliga formuleringar skärptes, och de svarsalternativ som absolut behövde vara med för att få godkänt blev stjärnmarkerade. Maxpoäng per fråga samt totalt antal poäng synliggjordes på provets första sida. Tentamensinstruktioner till studenterna inför det skriftliga provet utformades. Dessutom förbättrades instruktionerna till lärarna angående fallkonstruktion och rättning för att bidra till provets standardisering.

Kvalitetskriterier för bedömningsansvarig sjuksköterska, klinisk lärare och lärare för rättning av skriftligt prov diskuterades och beslutades. Vid lärosätena påbörjades även granskningen av utbildningsplaner och kursplaner för att synliggöra var eventuella förändringar och tillägg skulle göras inför införandet av klinisk slutexamination som obligatorium. En viktig resursfråga blev vilka aktiviteter (examinationer/handledning/bedömningssamtal o s v) som eventuellt kunde ersättas genom klinisk slutexamination. Även den pedagogiska frågan om hur utbildningen genomförs, handleds, examineras o s v under alla de tre år som föregår den kliniska slutexaminationen blev synliggjord och började diskuteras ute i arbetsgrupper och referensgrupper.

Efter andra pilottestet stod det klart att examinationens första del, det skriftliga provet med patientfall, verkligen måste påbörjas senast fem veckor innan utbildningens slut för att ge optimala möjligheter till lärande samt ge tid för återkoppling och eventuell ny prövning. Det fastslogs även att bedside-testet måste ske som allra senast tre veckor före utbildningens slut för att en eventuell ny prövning ska kunna ske inom utbildningens tidsram. Ytterligare tillfällen för omprövning får därefter beslutas av respektive lärosäte enligt lokala föreskrifter. Det tidigare beslutet att minst 2/3 av det skriftliga provet ska vara godkänt för att studenten ska få gå vidare till bedside-testet omprövades på grund av praktiska skäl. Ett nytt beslut togs att det skriftliga provet ska genomföras före bedside-testet, men att det inte behöver vara bedömt och godkänt innan bedside-testets genomförs. Skälet till detta var att rättning och rapportering av resultat till studenterna i annat fall inte skulle vara möjlig att hinna med inom ramen för terminen. Det bedömdes som vilktigast att den kliniska slutexaminationen verkligen genomförs i slutet av den sjätte och sista terminen, då studenten förväntas ha deltagit i merparten av de lärotillfällen som ges i sjuksköterskeutbildningen.

För att minska studenternas osäkerhet och oro inför den kliniska slutexaminationen bestämdes att de som anmälde sitt intresse att delta skulle få ta del av bedömningsunderlagets innehåll. Detta skulle ske i samband med information om genomförandet av den slutliga prövningen av modellen.

Prövning och utvärdering av den slutliga modellen för klinisk slutexamination

Slutlig modell för klinisk slutexamination

Under våren år 2005 fastställdes den slutliga modellen för klinisk examination som genomfördes och utvärderades i maj/juni vid de fyra lärosätena.

Del I är ett skriftligt test som utgår från två patientfall/-situationer, ”cases”, som speglar sådana realistiska situationer som en sjuksköterska kan stå inför. Eftersom examinationen avser att omfatta allmänsjuksköterskans kompetens, ska patient-situationerna innehålla frågeställningar relaterade till vanliga sjukdomstillstånd och deras omvårdnadsproblematik inom framförallt kirurgisk, medicinsk och geriatrisk vård. Patienten kan befinna sig i olika vårdkontexter i vårdkedjan mellan hemmet och olika vårdinrättningar. I provet förändras patientsituationen och förutsättningarna efter hand som examination fortskrider, och fakta tillförs successivt med nya frågor. Denna del av examinationen avser att bedöma studentens förmåga till problemlösning och användande av kunskaper från de ämnen som ingår i utbildningen. Den ska även belysa områden som endast ytligt kan beröras i bedside-testet i examinationen.

Det skriftliga provet ska genomföras inom tidsramen fyra timmar och ske vid ett bestämt tillfälle vid lärosätet under överinseende av skrivvakt. Examinationsdatum och klockslag ska vara gemensamma för samtliga deltagande lärosäten. Provet rättas av ett fåtal lärare vid respektive lärosäte med utgångspunkt från en gemensam rättningsmall. För godkännande ska 2/3 av skrivningens totala poäng uppnås (67 %). Den första omtentamen sker inom kursens ram och övriga omtentamina förläggs till början respektive slutet av följande termin. Även tidpunkten för omtentamina är gemensamma för deltagande lärosäten.

Del II innebär ett praktiskt prov, ett s.k. bedside-test, som tar sin utgångspunkt i en tilldelad patient som studenten vårdar så självständigt som möjligt under ca tre timmar. En bedömningsansvarig sjuksköterska med patientansvar deltar under hela examinationen som observatör och gör en bedömning av studentens prestationer med hjälp av ett bedömningsunderlag. En klinisk lärare från lärosätet är ansvarig för den kliniska examinationen. Med utgångspunkt från den bedömningsansvariga sjuksköterskans observationer och ett avslutande reflekterande samtal med studenten gör den kliniska läraren en sammanvägd bedömning varefter betyget godkänd eller underkänd meddelas studenten. Tidsramen för det avslutande reflektionssamtalet är en timme, vilket innebär att den totala tidsåtgången för bedside-testet ska vara cirka fyra timmar.

Urvalskriterier gällande vid bedside-testet

Den bedömningsansvariga sjuksköterskan ska ha arbetat som sjuksköterska i minst två år och vara väl insatt i vården av den patient som väljs ut. För att öka studentsäkerheten och tillförlitligheten i examinationen ska hon/han inte vara studentens huvudhandledare/dagliga handledare.

Patienten ska inte ha vårdats tidigare av studenten samt vara i behov av medicinska och omvårdande åtgärder, i sådan omfattning att de flesta av

bedömningsunderlagets kriterier kan bedömas. Detta innebär att patienten både ska vara beroende av någon form av basal omvårdnad och av medicinsktekniska vårdåtgärder. Patienten ska efter information från den bedömningsansvariga sjuksköterskan om möjligt ha lämnat sitt medgivande till att delta. Den bedömningsansvariga sjuksköterskan avgör om det utifrån patientens tillstånd är möjligt att på ett etiskt tillfredsställande sätt involvera patienten i examinationen.

Den kliniska läraren ska vara legitimerad sjuksköterska med magisterkompetens i omvårdnad eller vårdpedagogik, och vara väl insatt i vården av den patientgrupp som patienten representerar.

Bedside-testets utformning

Steg I: Förberedelse-, analys- och planeringsfas

Student och bedömningsansvarig sjuksköterska

- Studenten tilldelas en patient av den ansvariga sjuksköterskan
- Studenten samlar information om patienten (genom exempelvis journal, FASS, konsultation med andra yrkeskategorier etc)
- Studenten förbereder sitt möte med patienten
- Studenten genomför mötet med patienten samt fastställer status
- Studenten fastställer vårdbehov/problem och planerar sitt arbete.

Avstämning 1 sker med sjuksköterskan då studenten presenterar sin bedömning och planering. Sjuksköterskan avgör om bedömningen är relevant, och att planeringen är genomförbar och patientsäker.

Steg II: Genomförandefas

Student och bedömningsansvarig sjuksköterska

- Studenten genomför, utvärderar och dokumenterar planerat arbete i patientjournal och omvårdnadsdokumentation
- Efter genomfört arbete talar sjuksköterskan avskilt med patienten för att efterhöra dennes upplevelse av ha blivit vårdad av studenten

Avstämning 2 sker med sjuksköterskan, där studenten redogör för det genomförda arbetet och överlämnar därefter ansvaret för patienten till annan vårdare.

Steg III: Reflektions- och utvärderingsfas

Studenten presenterar, utvärderar och reflekterar över

- patientfallet ur såväl ett omvårdnads- som ett medicinskt perspektiv
- patientens fortsatta vård
- sin egen roll och insats

Studenten ska visa förmåga att föra ett adekvat resonemang kring frågor som ej kunnat observeras i patientsituationen och som har relevans för patientens vård

Den bedömningsansvariga sjuksköterskan

- delger sina observationer gällande studentens förmåga med utgångspunkt i bedömningsformuläret
- återger patientens upplevelser av den genomförda omvårdnaden

Den kliniska läraren

- ansvarar för att föra examinationen framåt genom att ställa utvecklande och klargörande frågor
- gör en uppföljning av områden i bedömningsformuläret som ej kunnat bedömas vid patientsituationen.
- ger återkoppling på den genomförda examinationen
- gör tillsammans med sjuksköterskan en sammanvägning av det totala bedömningsunderlaget (ej i studentens närvaro)
- beslutar och meddelar studenten betyget godkänd eller underkänd

Bedömningsunderlag för bedside-testet

Det bedömningsunderlag som utvecklats under projektet hade utgångspunkt i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (SOSFS 1995:5), vilken gällde vid projektets start. I februari år 2005 ersattes denna författning med Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SoS 2005). Denna nya kompetensbeskrivning granskades noga och jämfördes med den tidigare utifrån innehåll, krav och innebörd. Det fastställdes i projektgruppen att det fanns en tillfredsställande överensstämmelse mellan de båda kompetensbeskrivningarna, utom beträffande kompetensen att kunna ”medverka i omhändertagande och vård av svårt skadad vid stora olyckor, katastrofer och krig”, som fanns uttalat i den tidigare författningen, men inte i den senare författningen. Detta bedömdes dock inte påverka bedömningen bedside, eftersom just detta område i pilottesten ansågs vara icke relevant för bedömningen i bedside-testet. Bedömningsunderlaget bedömdes därför att kunna användas, även fortsättningsvis, utan korrigeringar.

Den nya kompetensbeskrivningen (SoS 2005) fokuserar på den specifika kompetens, som krävs av en legitimerad sjuksköterska, under huvudkategorierna *Omvårdnadens teori och praktik, Forskning, utveckling och utbildning* samt *Ledarskap*. Nio underkategorier tas upp inom *Omvårdnadens teori och praktik*: omvårdnadsvetenskap, medicinsk vetenskap, bemötande, information och undervisning, undersökningar och behandlingar, främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa, säkerhet, kvalitet och vårdmiljö. Under huvudkategorin *forskning, utveckling och utbildning* ligger underkategorierna: *Forskning och utveckling, personlig och professionell utveckling samt utbildning*. Slutligen finns två underkategorier för *ledarskap*, nämligen *arbetsledning och samverkan*.

I sin struktur följer bedömningsunderlaget omvårdnadsprocessen och indelas i samma steg som bedside-testets genomförande; Steg I: förberedelse-, analys- och planeringsfas, Steg II: genomförandefas samt Steg III: reflektions- och utvärderingsfas som avslutas med en sammanfattande bedömning. Instrumentet innehåller nio övergripande områden som svarar an mot omvårdnadsprocessens olika steg och innehållet i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning. Varje område har en undertext där ett rikt antal exempel ges på vad som kan behöva beaktas vid bedömningen. Instrumentet efterfrågar nödvändig/tillräcklig förmåga/kompetens relaterat till den situation som observeras. Utrymme finns även för observatörens

egna kommentarer/minnesanteckningar efter de nio övergripande områdena samt vid de avstämningar som görs med studenten efter Steg I och II.

Bedömningen sker under observationen av den bedömningsansvariga sjuksköterskan på en fyrgradig skala: *inte alls tillfredsställande* (1), *i ganska liten grad tillfredsställande* (2), *i ganska hög grad tillfredsställande* (3), och *i mycket hög grad tillfredsställande* (4).

Som stöd för den sammanfattande bedömningen i slutet av provet anvisar instrumentet studentens, sjuksköterskans och lärarens respektive roll vid det slutliga reflekterande samtalet. Slutligen finns utrymme för den sammanvägda bedömningen och det betyg som denna leder fram till (godkänd/underkänd) samt underskrift av student och klinisk lärare.

Utvärderingens syfte och genomförande

Syftet med utvärderingen var att:

- undersöka om den framtagna modellen för den kliniska examinationen kan användas för att bedöma sjuksköterskestudenters kliniska kompetens på ett adekvat och säkert sätt
- undersöka hur studenter som examinerats enligt modellen uppfattar examinationens värde
- undersöka hur sjuksköterskor och lärare som deltagit i examinationen uppfattat dess värde
- undersöka vilka konsekvenser klinisk slutexamination kan få för sjuksköterskeutbildningen som helhet.

Datainsamling och databearbetning

För att utvärdera modellen för klinisk examination samlades data in med hjälp av tre anpassade enkätformulär, vilka besvarades av studenter, bedömningsansvariga sjuksköterskor respektive kliniska lärare. Det skriftliga provet (del I) utvärderades av studenter och kliniska lärare, medan bedside-testet (del II) utvärderades av såväl studenter som bedömningsansvariga sjuksköterskor och kliniska lärare. Frågorna behandlade respondenternas uppfattningar om information i samband med examinationen, bedömningsunderlaget, avstämningarna under examinationen, organisatoriska aspekter, samarbete och studentens upplevelse av att bli bedömd. Ett antal frågor tog upp den kliniska examinationens relevans för bedömning av klinisk kompetens utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SoS 2005).

Enkätformuläret, som besvarades av studenter, innehöll sammanlagt tio frågor, varav två behandlade del I av examinationen och resten del II. De bedömningsansvariga sjuksköterskorna besvarade ett enkätformulär med 13 frågor gällande endast del II i examinationen. Två av dessa var öppna frågor. De kliniska lärarnas utvärderingsformulär bestod av nio frågor, varav två var öppna. Båda delarna av examinationen behandlades i lärarnas formulär. Merparten av frågorna besvarades med fasta svarsalternativ på en fyrgradig ordinalskala, där en högre siffra ansågs vara mer tillfredsställande eller positivt i förhållande till den ställda frågan. Dessutom fanns utrymme för kommentarer i löpande text. Några helt öppna frågor ställdes även.

Resultaten presenteras för varje fråga med fasta svarsalternativ som relativa andelar i procent (heltal) av det totala antal respondenter som besvarat den aktuella frågan. Alternativen *i ganska hög grad tillfredsställande* (3) och *i mycket hög grad tillfredsställande* (4) har i denna presentation slagits samman och benämnts *tillfredsställande*. Kommentarer sammanställdes i kategorier utifrån det meningsinnehåll som uttrycktes och sorterades därefter utifrån positiva och negativa innebörder (Kvale, 1997). Resultatet presenteras i beskrivande text tillsammans med redovisningen av de kvantitativa resultaten.

Provresultaten från den skriftliga delen av examinationen användes även som data i denna utvärdering. Dels presenteras erhållna resultat från den skriftliga delen i den slutgiltiga prövningen, dels undersöktes utfallet av en dubbelrättning. Ett slumpmässigt urval på sammanlagt åtta tentamina från de fyra lärosätena gjordes efter den ordinarie examinationen. Två lärare vid varje lärosäte rättade samma prov oberoende av varandra. Skillnader i poäng mellan grupperna, som rättats av olika lärare, testades för de båda patientfallen var för sig respektive för de två fallen tillsammans med t-test för relaterade urval. Skillnader i andelen godkända mellan de båda grupperna testades med McNemars test. Även underlaget och resultatet från bedside-testet granskades för att synliggöra eventuella svagheter i bedömningens genomförande.

Skriftlig information om de kalkylerade konsekvenser, av genomförandet för klinisk slutexamination som obligatorisk del i sjuksköterskeutbildningen, samlades in från berörda lärare vid de fyra lärosätena. Detta material analyserades kvalitativt och sammanställdes i kategorier. Som tillägg användes minnesanteckningar, förda vid projektgruppens sammanträden, vid skrivandet av rapporten för att ge ytterligare underlag för validering av processbeskrivningen i denna rapport.

Examinationens genomförande och deltagare

Information om den slutliga prövningen och utvärderingen av examinationsmodellen lämnades till alla berörda (studenter, kliniska verksamheter och lärare) såväl muntligt som skriftligt, i god tid före examinationens genomförande. Studenterna tillfrågades därefter vid de olika lärosätena av berörda kliniska lärare om de ville delta. Avsikten var att efter intresseanmälan inkludera 20 studenter från var vartdera lärosätet. Endast 73 studenter anmälde sitt intresse till det skriftliga provet och 68 till bedside-testet, varför samtliga inkluderades. De kliniska utbildningsplatser som studenterna tilldelats i sin verksamhetsförlagda utbildning blev styrande av valet av lärare och bedömningsansvariga sjuksköterskor. Ingen av de sjuksköterskor eller lärare som tillfrågades om deltagande tackade nej till detta. En översikt av antal deltagare och besvarade utvärderingsenkäter visas i tabell 5.

Tabell 5 Antal deltagare i examinationsdelar och utvärdering i den slutgiltiga prövningen

Examina- tionsdel	Studenter			Bedömningsansvariga sjuksköterskor			Kliniska lärare		
	Deltagare i examination	Besvarat utvärdering		Deltagare i examination	Besvarat utvärdering		Deltagare i examination	Besvarat utvärdering	
	n	n	%	n	n	%	n	n	%
Del I: skriftligt test	73	72	99	--	--	--	34	34	100
Del II: bedside-test	68	61	90	52	51	98	34	34	100

--: inte tillfrågade

Tre studenter tilldelades en för studenten helt okänd avdelning för bedside-testet, och en student fick avbryta testet, eftersom patientens tillstånd försämrades dramatiskt och vården övertogs av annan erfaren sjuksköterska. Dessa underlag från bedside-testet exkluderades från granskningen. Ytterligare två underlag förstördes av misstag efter genomfört test. Totalt kunde således 61 underlag från bedside-testet granskas. Dessa studenter besvarade även utvärderingsformuläret.

Resultat

Resultatet visade, som helhet, att en stor majoritet av deltagarna i den kliniska slutexaminationen hade upplevt den som tillfredställande. De kommentarer som gavs var huvudsakligen av positiv karaktär, men även negativa kommentarer förekom. Enbart positiva utsagor utgjordes av kategorierna: *Helhetsbedömning*, *Verklighetsförankring*, *Sammankoppling teori och praktik*, *Feedback på uppnådd kompetens* och *Inlärningsstillfälle*. Både positiva och negativa kommentarer fanns under kategorierna *Information och förankring*, *Bedömningsunderlagets struktur och innehåll*, *Säkerhet och tillförlitlighet* samt *Observatörs- och lärarrollerna*. De helt negativa kommentarerna omfattades av kategorierna *Tidsbrist*, *Val av patient och kontext*, *Stressituation för studenten* och *Tillför inget nytt*. Alla kategorier utom *Observatörs- och lärarrollerna* innehöll kommentarer från alla grupper av deltagare. I den sist nämnda kategorin fanns endast sjuksköterskors och lärares kommentarer. Vissa kommentarer beskrev förslag och idéer för ytterligare förbättringar, som relaterade till ett flertal av kategorierna. Innehållet i kategorierna presenteras nedan i samband med redovisningen av det kvantitativa resultatet. Många studenter, sjuksköterskor och lärare beskrev också deltagandet i examinationen som intressant, roligt, spännande och uttryckte en tillfredsställelse över att denna form av examination kommit till stånd. Många underströk att denna form av klinisk examination borde användas genom hela utbildningen.

Information och förankring

Resultatet visade att de flesta studenter (82 %), bedömningsansvariga sjuksköterskor (90 %) och alla lärare ansåg att informationen inför denna slutliga prövning av modellen som helhet varit tillfredsställande i hög/ganska hög grad. De kom-

mentarer som förekom i samband med detta var huvudsakligen av positiv karaktär och belyste att informationen förbättrats sedan föregående test tillfälle. Såväl den muntliga som skriftliga informationen kommenterades positivt. I några enstaka fall hade informationen varit motsägelsefull eller brustit på annat sätt. En del förslag på förbättringar gavs, som till exempel bättre framförhållning och tydligare information om den kliniska examinationens omfattning. Några studenter framförde en önskan om att i förväg få ta del av bedside-testets bedömningsunderlag som helhet medan andra underströk att alltför detaljerad kännedom om bedömningsunderlaget inte var önskvärt, då detta kunde leda till ökad stress.

Modellens praktiska genomförande, relevans och värde

Det skriftliga provets genomförande och resultat

Den skriftliga delen av examinationen genomfördes av 73 studenter. Maximal möjlig poängsumma var 58, och variationsvidden i erhållna poäng var 26.5-49. Tjugo studenter blev underkända (27 %), d v s de erhöll mindre än 2/3 av maximal poängsumma. Berörda lärare synliggjorde att det var svårt att nå en enhetlig och tillförlitlig bedömning av det skriftliga provet. Det framfördes att regler för fallkonstruktion, poängsättning och rättning måste bearbetas vidare vid utarbetning av kommande patientfall. Alla var dock nöjda med den skriftliga delens problemlösande design. De såg det även som kvalitetshöjande och utvecklande att samverka med andra lärosäten i denna form av examination. Dubbelrättning av ett slumpmässigt urval på sammanlagt åtta tentamina från de fyra lärosätena, där vardera två lärare rättat samma prov oberoende av varandra, visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna vad gällde rättningen av de två patientfallen var för sig. För totalsumman av antal erhållna poäng fanns en signifikant skillnad ($p=0.012$) mellan medelvärdena (41.25 respektive 38.0). Det fanns också en signifikant skillnad ($p=0.016$) i antalet godkända (14 respektive 7) vid de två rättningarna, vilket kan tyda på svårigheter att tolka och använda rättningssmallen på ett entydigt sätt.

Kommentarer från studenterna visade att de flesta uppskattade det skriftliga provets problemlösande utformning med utgångspunkt från patientfall, vilket uttrycktes i ordval som *nytt*, *spännande*, *intressant*, *givande* och *roligt*. Det framhölls som positivt att kontinuerligt få feedback på sitt svar, vilket gav trygghet när det var adekvat och *förde en på rätt spår igen* om det var fel. Några menade att det var stressande att inte kunna gå tillbaka och göra ändringar i provet i efterhand. Det framkom också att patientfallen i sin konstruktion och i påföljande frågeställningar kunde ha uppfattats som otydliga, tvetydiga eller upprepande. Kommentarer visade att det skriftliga provets omfattning med två fall av en del studenter hade upplevts som tungt och tidspressat, medan andra kommenterade att det var gott om tid och ett lagom omfattande prov.

Det skriftliga provets relevans och värde

En mycket stor majoritet (99 %) av studenterna som besvarade frågan om det skriftliga testets värde ansåg att det var mycket eller ganska värdefullt. Kommentarer visade att provet ansågs både vara relevant och värdefullt genom dess problemlösande utformning, kravet på helhetstänkande och verklighetsförankring samt att det täckte en stor del av utbildningens olika kunskapsområden. Många underströk att det gett feedback på uppnådd kompetens och dessutom utgjorde ett inlärningstillfälle. Det framhölls även att provet integrerade teoretiskt

och praktiskt kunnande på ett bra sätt. Att provet stimulerade till repetition av tidigare studier angavs av några studenter som värdefullt, eftersom detta underlättar lärandet och ökar kvaliteten på kunskapen. Även säkerheten och rättvisan i den här typen av ”objektiva” prov framfördes som värdefullt. Det fanns även studenter som ansåg att provet inte var rättvist eftersom de valda patientsituationerna var för ”specialiserade” och verkade utgå från att man gjort sin praktik på alla de ställen i vårdkedjan som förekom i provet, vilket inte var fallet. Några kommentarer uttryckte att tyngden i provet låg på medicinsk kunskap, vilket inte upplevdes vara samstämmigt med utbildningen som helhet. I andra framhölls det som positivt att den medicinska kunskapen synliggjordes, även om detta visade på egna brister.

Bedside-testets genomförande

Bedside-testet blev genomfört inom medicinsk, kirurgisk och psykiatrisk vård, på intensivvårdsavdelning, inom kommunal vård och hemsjukvård. Studenterna var inte förberedda på vilken patient de skulle tilldelas, men det förekom i några fall att patienten tidigare var delvis känd men inte tidigare vårdad av studenten. Det förekom även i några fall att den bedömningsansvariga sjuksköterskan var studentens reguljära handledare på den kliniska utbildningsplatsen. Det framkom i kommentar att valet av vårdområde kunde ställa till problem med att finna en lämplig patient för examinationen. Särskilt inom hemsjukvård, kommunal vård och högspecialiserad vård som psykiatrisk vård och intensivvård kunde det vara svårt att finna en patient med vårdbehov som motsvarade bedömningsunderlagets olika kriterier. Det framhölls dock av några att ovan nämnda områden kunde vara lämpliga men att detta ställde stora krav på en god planering av alla inblandade. Kravet på att den bedömningsansvariga sjuksköterskans måste ha tillräcklig kännedom om och insikter i den valda patientens situation och bedside-testets genomförande, påpekades av många sjuksköterskor och lärare. Även kravet på lärares kliniska kompetens framkom. Några studenter fick gå tillbaka till en tidigare praktikplats för att en lämplig patient skulle hittas för examinationen. Detta förfaringsätt visade ytterligare på nödvändigheten av god planering och en väl genomtänkt förberedelse av sjuksköterska och lärare tillsammans.

Av de 61 studenter som deltog i bedside-testet och vars bedömningsunderlag kunde granskas blev samtliga godkända. Vid analys av bedömningsunderlagen framkom att sju studenter blivit godkända trots att en till två variabler bedömts som delvis otillfredsställande eller inte kunnat bedömas. En student hade fått fyra av de nio möjliga variablerna skattade som delvis otillfredsställande och ytterligare två variabler hade inte kunnat bedömas. Även denna student godkändes utan kommentarer. I samtliga fall berörde variablerna förmågor som att välja åtgärd, leda, delegera och dokumentera. I fem av dessa fall framkom att de kliniska lärarna ansåg att studenten genom det reflekterande samtalet kunnat visa på tillräcklig kompetens och noggrannhet. I ett fall framkom att studenten hade svårt att lämna undersköterskerollen. I ett fall hade studenten i första avstämningen med den bedömningsansvariga sjuksköterskan fått hjälp att förstå vad som behövde göras. I ett fall framkom det att studenten tilldelats en vårduppgift (delegering av läkemedelshantering) istället för att ta hand om den totala vården av en patient, varför bedömningsunderlagets variabler angående beskrivning av patientens problem och planering av omvårdnadsåtgärder inte kunde användas.

De allra flesta studenter, bedömningsansvariga sjuksköterskor och lärare ansåg att bedside-testets genomförande fungerat i stort sett tillfredsställande i alla delar (tabell 6). Bedömningsunderlaget bedömdes av de flesta sjuksköterskor och lärare som i ganska hög grad tillfredsställande angående innehåll, gradering, struktur och layout. I vissa fall hade det varit svårt att genomföra avstämningarna i den ordning som bedömningsunderlaget angav. Det framkom också att vissa formuleringar var otydliga. Som ett exempel gavs att området *Upprättar/uppdaterar omvårdnadsstatus o s v* kunde uppfattas innebära att skriftlig dokumentation skulle genomföras. De påpekanden som förekom gällande innehållet berörde svårigheterna att bedöma framförallt ledarskap, information/undervisning och forskning och utveckling. Det underströks av alla grupper att valet av rätt patient är en förutsättning för att bedside-testet ska bli tillförlitlig. De flesta kommentarer inom detta område underströk dock att bedside-testet var både relevant och säkert. Det förekom emellertid även kommentarer som ifrågasatte bedömningens säkerhet och rättvisa. Att bedöma studentens kompetens utifrån vårdandet av endast en patient sågs av några i varje grupp vara verklighetsfrämmande och inte ge en tillräckligt säkert och rättvis bedömning för en slutlig examination. Risk för subjektivitet hos bedömningsansvarig sjuksköterska och/eller lärare påpekades liksom risken för stora skillnader i svårighetsgrad hos patienterna. Obehaget och stressen för studenten som kan ligga i att bli observerad beskrevs av deltagare i alla grupper. Några studenter underströk även det positiva i denna situation, där sjuksköterskan beskrevs ha varit en trygg ”skugga” som inte utgjort något hot. I några fall framkom svårigheter för bedömningsansvarig sjuksköterska att veta vad observatörsrollen innebar och att den känts onaturlig och obehaglig.

I kommentarer kring organisatoriska möjligheter att genomföra bedside-testet framhölls framförallt kravet på att den bedömningsansvariga sjuksköterskan är helt frikopplad från annat arbete den tid som examinationen tar. Att det verkligen varit så påpekades i några kommentarer. Andra visade på att det förekommit tidsbrist vid examinationen. Det underströks att med bra framförhållning, noggrann planering och bra samarbete mellan alla berörda var det möjligt att genomföra bedside-testet. Uppfattningen att bedside-testet, i större skala, kan bli alltför resurskrävande framfördes i några kommentarer. Samarbetet mellan berörda parter, i samband med examinationens olika delar, beskrevs som positivt av alla grupper.

Tabell 6

Uppfattningar om bedside-testets genomförande

	Studenter n=61		Bedömningsansvariga sjuksköterskor n=51		Kliniska lärare n=34	
	Antal svar n	Tillfredsställande ¹⁾ %	Antal svar n	Tillfredsställande ¹⁾ %	Antal svar n	Tillfredsställande ¹⁾ %
Bedömningsunderlagets innehåll	--	--	51	90	33	100
Bedömningsunderlagets gradering	--	--	50	90	33	88

Bedömningsunderlagets struktur	--	--	51	92	33	87
Bedömningsunderlagets layout	--	--	50	92	33	94
Avstämning 1	59	97	51	88	--	--
Avstämning 2	60	95	50	94	--	--
Avstämning 3	57	98	49	100	34	97
Organisatoriska aspekter	--	--	50	86	34	85
Samarbete med bedömningsansvarig sjuksköterska	61	100	--	--	34	100
Samarbete med klinisk lärare	60	100	50	100	--	--
Samarbete med student	--	--	51	100	--	--
Upplevelse av att bli bedömd	60	98	--	--	--	--

1) Sammanslagning av alternativen i ganska hög grad tillfredsställande och i mycket hög grad tillfredsställande, --: inte tillfrågade

Bedside-testets relevans och värde

Frågan om bedside-testets relevans för bedömning av klinisk kompetens utifrån Socialstyrelsen kompetensbeskrivning (tabell 7) visade att de flesta sjuksköterskor och lärare ansåg att bedside-testet hade relevans angående bedömning av de förmågor som föll under kategorin *Omvårdnadens teori och praktik* samt underkategorin *Professionell utveckling*, där 82-100 % ansåg relevansen vara helt/delvis tillfredsställande. Underkategorierna *Utbildning*, *arbetsledning* och *Samverkan* bedömde cirka en tredjedel av sjuksköterskor och lärare som inte helt tillfredsställande ur relevanssynpunkt. Minst relevant ansåg de tillfrågade Forskning och utveckling vara i denna form av examination, där nästan hälften angav detta som delvis otillfredsställande. Det interna bortfallet var i denna fråga större både bland sjuksköterskor och bland lärare än i övriga frågor.

Tabell 7 *Bedside-testets relevans för bedömning av klinisk kompetens utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning*

Examination/specifik kompetens	Bedömningsansvariga sjuksköterskor n=51		Kliniska lärare n=34	
	Antal svar n	Tillfredsställande ¹⁾ %	Antal svar n	Tillfredsställande ¹⁾ %
Omvårdnadens teori och praktik				
Omvårdnadsvetenskap	48	88	33	94
Medicinsk vetenskap	48	96	31	97
Bemötande	47	100	32	100

Information och undervisning	48	90	32	97
Undersökningar och behandlingar	46	91	30	97
Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa	45	84	32	94
Säkerhet	48	92	31	100
Kvalitet	48	92	31	100
Vårdmiljö	46	85	31	97

Forskning, utveckling och utbildning

Forskning och utveckling	44	52	27	56
Personlig och professionell utveckling	44	82	27	97
Utbildning	44	73	28	79

Ledarskap

Arbetsledning	45	76	32	69
Samverkan	46	83	30	70

1) Sammanslagning av alternativen *i ganska hög grad tillfredsställande* och *i mycket hög grad tillfredsställande*

Nittiosju procent av studenterna, 96 % av de bedömningsansvariga sjuksköterskorna och 94 % av lärarna ansåg att en klinisk slutexamination var mycket eller ganska värdefull (ej i tabell). Positiva kommentarer visade att värdet bestod i möjlighet till helhetsbedömning och sammankoppling mellan teori och praktik. Det beskrevs vara möjligt att bedöma studenten gällande sådant som praktisk förmåga, bemötande, kommunikation, riskbedömning, problemlösande förmåga, förmåga att prioritera och delegera, noggrannhet, självständighet och mognad. Det avslutande samtalet beskrevs av alla grupper som mycket positivt, där framförallt reflektion, feedback och helhetstänkande framhölls som värdefulla komponenter. Att bedömningen grundade sig på observationer av en praktisk, verklig situation var en återkommande positiv kommentar. Bedömningsunderlagets utformning och innehåll bidrog starkt till examinationens värde, då det ansågs ge en helhetsbild av innehållet i en sjuksköterskas yrkeskompetens. Det framhölls att detta ökade säkerheten i bedömningen och därigenom även tryggheten såväl för studenter som för sjuksköterskor och kliniska lärare i rollen som bedömare och examinator. Bedside-testets värde underströks även i sin egenskap som inläringstillfälle, särskilt för studenterna men också för sjuksköterskorna relaterat till deras vanliga handledarroll.

Negativa kommentarer som framfördes föll under kategorin *Tillför inget nytt*, som visade att det inom alla grupper fanns deltagare som var tveksamma om bedside-testet överhuvudtaget tillförde något mer än vad som gjordes i den reguljära bedömningen/examinationen av studenter i klinisk praktik. Det förekom även lärarkommentarer om att det borde vara lärare som observatörer bedside för att öka examinationens säkerhet och kvalitet.

Kalkylerade konsekvenser i samband med införandet av klinisk slutexamination
Kalkylerade konsekvenser som framkom vid de deltagande lärosätena i samband med att klinisk slutexamination införs som en obligatorisk examination var av karaktären attitydfrågor, formaliafrågor samt resurs- och planeringsfrågor.

Attitydfrågorna synliggjorde nödvändigheten av ett systematiskt och kontinuerligt arbete med att skapa positiva attityder till klinisk slutexamination hos såväl studenter som lärare och personer på skilda nivåer i alla berörda verksamheter. För att lyckas med detta såg man behovet av en ständigt återkommande information och återkoppling i olika grupper som berörs av den kliniska slutexaminationen, vilket ansågs kräva både engagemang och personella resurser.

Formaliafrågorna gällde framför allt att klinisk slutexamination måste finnas med i utbildnings- och kursplaner och att den ska vara möjlig att registrera som ett obligatoriskt moment i Ladok, om de lokala förhållandena så kräver.

Resurs- och planeringsfrågorna handlade till stor del om att realistiskt kalkylera omfattningen av de personella resurser som krävs för att genomföra den kliniska examinationen. Det underströks att arbetet med konstruktion av patientfallen och rättning enligt föreskrifterna för det skriftliga provet kommer att ställa krav på både god planering och tillgång på lärare. Detsamma ansågs gälla för organisering och genomförande av bedside-testet. Nödvändigheten av att se över hela utbildningsprogrammet och granska effekten av en klinisk slutexamination synliggjordes. Det underströks även att vissa tidigare examinationer och redovisningar måste ersättas av denna slutexamination, för att inte antalet tentamina ska bli onödigt stort men även för att ge det ekonomiska utrymme som behövs. Undervisnings-/handledningstiden inom vårdverksamheterna framhölls på motsvarande sätt att behöva ses över. En viss handledningstid under sista praktikperioden ansågs som självklar att användas för detta prov. Det underströks att den bedömningsansvariga sjuksköterskans tid i bedside-testet ska innefattas i den tid som finns inom ramen för de avtal som slutits mellan lärosätet och respektive vårdhuvudman.

Sammanfattning av resultatet angående klinisk slutexaminations användbarhet, relevans och värde

Utvärderingen visade att den framtagna modellen för klinisk slutexamination uppfattades ha god användbarhet och relevans för bedömningen av sjuksköterskestudenters kliniska kompetens. Examinationen ansågs i hög utsträckning motsvara Socialstyrelsen kompetensbeskrivning (SoS 2005) utom beträffande området forskning/utveckling, som många deltagare bedömde mindre relevant för bedömningen i bedside-testet. Bedömningsunderlaget ansågs av de flesta bidra till att ge ökad känsla av säkerhet och tillfredsställelse vid bedside-testet. Det förekom också kritiska synpunkter på vissa delar. Valet av patienter i det praktiska provet framhölls vara avgörande för både bedömningsunderlagets användbarhet och examinationens relevans i denna del. Fyra studenter blev godkända i bedside-testet trots tydligt noterade brister i bedömningsunderlaget. Det skriftliga provet var mycket uppskattat av merparten av studenter men en hel del brister framkom även. Tjugosju procent av studenterna blev underkända och ingen student uppnådde mer än 84 % av max poäng. Mer arbete ansågs behöva läggas på det

skriftliga provet för att öka tydligheten i dess utformning, kravnivå, rättningsmall och rättningsprocedur. För att få hög säkerhet i den kliniska slutexaminationen som helhet framfördes även att de uppställda krav och anvisningar som finns för såväl det skriftliga provet som bedside-testet måste följas rigoröst.

Utvärderingen visade också på mervärden som denna slutexamination gav; den tydliga fokuseringen på sjuksköterskans yrkesfunktioner, den pedagogiska utformningen som förutom att vara kunskapskontrollerande också utgjorde tillfälle för lärande, samt den tydliga verklighetsförankring som fanns i både det skriftliga och det praktiska provet. Den ansågs även kunna bidra till kompetensutveckling för sjuksköterskor i deras handledarrollen och öka både lärarens och sjuksköterskans säkerhet i bedömningen av studentens uppnådda kompetens som professionell sjuksköterska.

Det framkom tydligt att för att modellen fortsättningsvis ska kunna användas och ge ett resultat av hög kvalitet, krävs att förankringen bland samtliga involverade på alla nivåer inom lärosätet och de kliniska verksamheterna sker på ett medvetet och genomtänkt sätt, att sjuksköterskor och lärare som deltar i examinationen har relevant kompetens och att det finns öppenhet och god samverkan mellan de lärosäten som samarbetar kring den kliniska examinations användning.

Korrigeringar av modellen efter den slutliga utvärderingen

Med utgångspunkt från utvärderingens resultat och de samlade erfarenheter som gjorts under genomförandet av den sista prövningen av modellen diskuterades svagheter och brister som framkommit. I det som följer framgår de brister som bedömdes som mest centrala för modellens fortsatta tillförlitlighet och kvalitet samt vilka korrigeringar och förändringar som vidtagits.

Uppställda krav och anvisningar måste följas

De exempel som framkom i utvärderingen på hur avsteg kunde göras från gällande krav t ex vid valet av patient, praktikplats och bedömningsansvarig sjuksköterska diskuterades. Det underströks ytterligare hur viktigt det är att alla deltagare verkligen tar ansvar och följer de krav och anvisningar som ställs i den kliniska slutexaminationen. De erfarenheter utvärderingen gav bidrog till att ge tydlighet och stramhet i kommande utformning av nya samverkansavtal.

Bedside-testet

- *Valet av patient*

De skriftliga dokumenten förtydligades ytterligare angående betydelsen av att patienten som väljs i bedside-testet är tillräckligt vårdkrävande för att kunna utgöra utgångspunkt för examinationen. Förutom den tidigare texten att patienten ska ha behov av både omvårdande och medicinska åtgärder i sådan omfattning att de flesta av bedömningsunderlagets kriterier kan bedömas, förtydligades även att studenten ska kunna förväntas arbeta huvudsakligen självständigt med den valda patienten under examinationen. Det noterades också att praktikplatser inom kommunal vård, hemsjukvård och högspecialiserad vård som till exempel IVA, pediatrik och psykiatri utgör ett observandum, då dessa kan innebära svårigheter att finna en lämplig patient. Ett annat observandum som noterades var problemet som kan uppstå när bedside-testet genomförs på en tidigare praktikplats, om studenten där inte har tillgång till praktikplatsens datasystem.

- *Bedömningen ska ske av studenten utifrån den tänkta rollen som en nytexaminerad sjuksköterska.*

I den skriftliga informationen till studenter, sjuksköterskor och lärare förtydligades att bedömningen ska ske utifrån att studenten ska ha uppnått kompetens och färdigheter som motsvarar en nytexaminerad sjuksköterska.

- *Skriftlig information till patienten*

Denna fråga diskuterades men beslut togs att inte införa detta, då det är studenten som observeras i vårdsituationen, inte patienten. Att vårdas av studenter ingår i den reguljära situationen på vårdenheter inom hälso- och sjukvården. Denna vård-situation skiljer sig endast genom att en sjuksköterska finns med som observatör. Att patienten får den vård som krävs säkerställs genom att sjuksköterskan observerar hela situationen och agerar vid behov. Patienten tillfrågas muntligt om deltagande i bedside-testet och det framhålls att denne även kan tacka nej till detta.

- *Patientens upplevelse av att bli vårdad*

Det framkom att det i vissa fall kunde vara svårt att tillfråga patienten i efterhand om upplevelsen av att ha blivit vårdad av studenten. Ett tillägg gjordes i bedömningsunderlaget om att denna efterfrågan görs om möjligt.

Det skriftliga provet

- *Konstruktion av patientfall*

För att förbättra tydligheten och säkerheten i det skriftliga provet togs Riktlinjer för konstruktion av skriftligt prov fram. I detta gavs tydliga anvisningar för hur fallen ska vara uppbyggda och hur frågorna bör vara ställda för att kunna ge så entydiga svar som möjligt, samt hur en rättningsmall bör vara utformad. Ett typfall lades med som bilaga.

- *Rättning samt uppföljning*

För att ytterligare öka säkerheten och rättvisan i bedömningen av det skriftliga provet beslutades att proven fortsättningsvis ska rättas av max två lärare/lärosäte eller en lärare/40 studenter. För att få kvalitetskontroll i rättningen ska dessutom vart tjugonde prov rättas av två lärare. Även det bästa och det sämsta provet samt alla underkända prov dubbelrättas. I syfte att öka rättvisan i bedömningen ska ett telefonmöte genomföras mellan lärare från varje lärosäte som deltagit i rättningen innan resultatet delges studenterna. Dessa anvisningar infördes i den skriftliga instruktionen för lärare gällande rättning och uppföljning av det skriftliga provet. Där skrevs även in att tentamensgenomgång och feedback sker av lärare som deltagit i rättningen av proven.

- *Kompetenskrav för lärare*

Som en annan åtgärd för att förbättra det skriftliga provets säkerhet fastställdes att de lärare som deltar i rättningen, förutom att uppfylla kravet som ställs på en högskoladjunkt i de ämnen som ingår i provet, ska vara väl förtrogen med klinisk vårdverksamhet och sjuksköterskeutbildningen som helhet.

Konstanthållande av provet samt kvalitetsutveckling

- *Bildande av central styrgrupp*

För att hålla ihop modellen för klinisk slutexamination och även säkerställa hög kvalitet vid dess fortsatta användning beslutades att en central styrgrupp skulle utses att verka från januari år 2006 med representation från de lärosäten som tagit fram modellen och Svensk sjuksköterskeförening..

Införandet av klinisk slutexamination på nationell nivå

I och med att den slutliga utvärderingen var genomförd var också projektet avslutat i denna form. Med utvärderingen av modellen för klinisk slutexamination som grund togs beslut vid tre av de fyra samverkande lärosätena (Högskolan Kristianstad, Högskolan Väst och Karlstads universitet) att examinationen skulle införas som obligatorisk slutexamination för de studenter som avslutar termin sex i sjuksköterskeutbildningen under år 2006. På grund av de organisationsförändringar som pågick vid institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet, bestämdes det att införandet av en klinisk slutexamination där skulle senareläggas till år 2007.

Central styrgrupp

Den centrala styrgruppen som bildades bestämdes totalt bestå av fem personer med en representant från respektive lärosäte ur den tidigare projektgruppen samt en ordförande. Förutom ordförande bestämdes styrgruppen bestå av ytterligare två ledamöter med högskolelektors kompetens, två högskoleadjunkter och representant från Svensk sjuksköterskeförening. Följande personer utsågs: Elsy Athlin, Karlstad (ordförande), Birgitta Johansson, Kristianstad, Olle Söderhamn, Trollhättan/Uddvalla, Christina Sundin-Andersson, Karlstad och Catrine Jacobsson, Umeå. Från Svensk sjuksköterskeförening utsågs Gerthrud Östlinder. Den centrala styrgruppens uppdrag blev att under år 2006 bygga upp en organisation för fortsatt samverkan och kvalitetssäkring kring användandet av klinisk slutexamination på nationell nivå. I detta arbete ingick även planering för bildande av lokala samverkansgrupper samt uppbyggnad av en gemensam administration, som stöd till modellens konstanthållande och kvalitetssäkring.

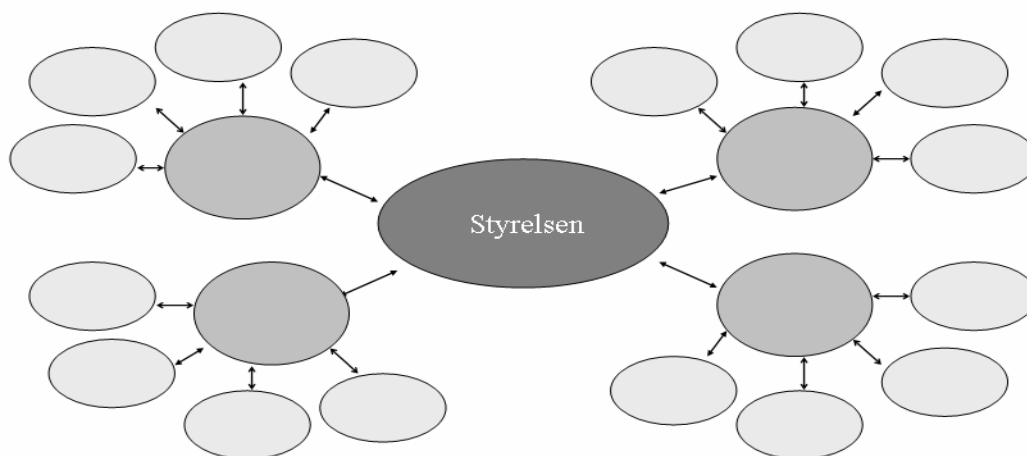
Partneruniversitet/-högskolor

Under projektets gång hade ett stort intresse framkommit för klinisk slutexamination vid andra lärosäten som utbildar sjuksköterskor i landet. Från och med hösten år 2005 inbjöds därför lärosäten som anmält sitt intresse att delta i samverkan kring modellen som ”partnerskolor”. Partnerskapet innebär att intresserade lärosäten via ett samverkansavtal mellan en av tidigare ”projektskolor” och ”partnerskolan” under en avtalad tid får stöd att successivt införa modellen för klinisk slutexamination som obligatorium i sjuksköterskeprogrammet vid det egna lärosätet. Denna planerings- och förankringsprocess beräknades pågå i cirka två terminer.

I slutet av år 2005 hade tretton lärosäten anmält sitt intresse alternativt påbörjat förberedelser för införande av klinisk slutexamination.

Framtida samverkansorganisation

Från och med januari år 2007 går den nationella samverkan kring klinisk slutexamination in i en ny fas, vilket innebär att samverkan sker mellan lärosäten som infört klinisk slutexamination som en obligatorisk del i sjätte terminen i sjuksköterskeprogrammet. Samverkan styrs via ett avtal som avser samverkan kring användande, kvalitetssäkring och vidareutveckling av den framtagna modellen. Vidare gäller avtalet de ekonomiska förutsättningar som ska gälla för samverkan. De lärosäten som ingår i avtalet delas in i lokala samverkansgrupper. Dessa samverkar på lokal nivå enligt givna anvisningar, vilket innebär att deltagande lärosäten samverkar aktivt kring planering, framtagande av patientfall och rättning av det skriftliga provet i slutexaminationen. De utser inom sig en lokal samordnare. En styrelse ska finnas med ansvar för samordning, kvalitetssäkring och vidareutveckling av examinationsmodellen med förankring i de lokala samverkansgrupperna (figur 3).



Figur 3 Organisation för samverkan på nationell nivå med styrelse och lokala samverkansgrupper

Samtliga ledamöter/suppleanter ska ha ett internt uppdrag vid det egna lärosätet som tydliggör ett ansvar för samordning och genomförande av klinisk slutexamination och deltagande i den lokala samverkansgruppen. De lärosäten som ingår i avtalet för samverkan förbinder sig att utan avsteg följa modellen för klinisk slutexamination, samt att följa beslut som tas i styrelsen gällande planering, genomförande, utvärdering, kvalitetssäkring och vidareutveckling av modellen samt gällande de ekonomiska ramarna som fastställs. Parterna förbinder sig också att mot ersättning för faktiska kostnader stödja partnerskolor i deras introduktion och förberedelser inför införandet av klinisk slutexamination. Inkludering av nya partnerskolor pågår tills annat beslut fattas av styrelsen. Till styrelsen adjungeras också representant från Svensk sjuksköterskeförening.

Samverkan innebär vidare att alla lärosäten som ingår får tillgång till allt material gällande den klinisk slutexamination samt till de erfarenheter som framkommer efterhand. De får även via deltagande i lokala samverkansgruppen och styrelsen del i beslutanderätten kring eventuella förändringar som kommer att göras i modellen i utvecklings- och kvalitetssäkrings syfte. I syfte att skapa en plattform för erfarenhetsutbyte och delaktighet kommer alla lärosäten att inbjudas en gång per år till en gemensam samverkansdag i Sjuksköterskornas Hus i Stockholm.

Avslutande reflektioner

Det nationella samverkansprojekt som startade hösten år 2003 för att ta fram en modell för försöksverksamhet med klinisk slutexamination i termin 6 i Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng är nu slutfört och utvärderat. Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan sjuksköterskeutbildningarna vid Karlstads universitet, Umeå universitet, Högskolan Kristianstad, Högskolan Väst (tidigare Högskolan i Trollhättan/Uddevalla) samt Svensk sjuksköterskeförening. Syftet med samverkansprojektet var att utveckla, pröva och utvärdera en gemensam modell för klinisk slutexamination, där studentens kliniska kompetens examineras utifrån förväntade krav på yrkeskompetens hos en nyutexaminerad sjuksköterska. Det samlade intrycket av detta projekt är att det har varit lyckosamt. Det har väckt stort intresse och fått starkt gehör från ett flertal andra lärosäten som utbildar sjuksköterskor samt från de kliniska vårdverksamheterna. Många lärosäten har inspirerats av arbetet och deltar som partneruniversitet/-högskolor med syfte att själva införa klinisk slutexamination i sina sjuksköterskeutbildningar. Fram till hösten år 2006 hade 13 lärosäten anmält sitt intresse alternativt påbörjat förberedelser för införande av klinisk slutexamination. Från och med januari år 2007 ingår fem lärosäten i den nya nationella samverkansgruppen och ytterligare cirka fem lärosäten förväntas vara klara för slutexamination som obligatorium under 2008.

Det är uppenbart att det finns ett behov av den här formen av slutexamination, som kan vara ett verktyg för att underlätta en säker och rättvis bedömning. Det är också tydligt att det både inom professionen och bland studenterna finns en önskan om att visa var ”ribban” ligger för vad som ska anses vara godtagbar kompetens hos en nyexaminerad sjuksköterska. Detta bidrar till att kvalitetssäkra patienternas vård och att bekräfta sjuksköterskans kompetens och trovärdighet.

Utvärderingen visade att den framtagna modellen för klinisk slutexamination i stor utsträckning ansågs vara användbar för att bedöma sjuksköterskestudenters kliniska kompetens på ett adekvat sätt. Examinationen sammanföll i hög grad Socialstyrelsen kompetensbeskrivning (SoS 2005), förutom då det gäller området forskning och utveckling, som endast drygt hälften av deltagande lärare och sjuksköterskor ansåg vara relevant för bedömning i bedside-testet i denna examination. Att detta område inte fångas upp av klinisk slutexamination i en akademisk utbildning kan anses vara anmärkningsvärt. Det är dock viktigt att komma ihåg att klinisk slutexamination togs fram för att säkerställa att studenter i slutet av sjuksköterskeutbildningen verkligen har den kliniska kompetens som krävs för att verka som legitimerade sjuksköterskor. Med en akademisk utbildning på grundläggande nivå, förväntas studenterna under utbildningen lära sig ett kritiskt

granskande och ansvarstagande förhållningssätt, som sedan kan användas i arbetet som sjuksköterska, såväl i den direkta patientvården och som genom medverkan i vårdutveckling baserad på aktuella forskningsresultat (jmf Estabrooks, 2003, Björkström, 2006). Denna kompetens borde kunna vara möjlig att bedöma dels med hjälp av det skriftliga provets problemlösande utformning dels genom det reflekterande samtalet i slutet av det praktiska/bedside provet. Även områdena ledarskap och information/undervisning fick relativt låg skattning gällande relevans i bedside-testet. Dessa områden bör också kunna fångas upp och bedömas på ovan nämnda sätt. Att syftet och intentionen med en klinisk slutexamination inte helt uppnåddes vad gäller dessa områden, visar på nödvändigheten av att information/undervisning ges till alla berörda om hur klinisk slutexamination är avsedd att användas. Det är också viktigt att de kompetenskrav som tagits fram för deltagande lärare och sjuksköterskor vid respektive lärosäte följs för att de uppsatta målen för examinationen ska nås.

Det skriftliga provet var mycket uppskattat av merparten av studenterna, men ett antal brister framkom. Ett observandum angående det skriftliga provet var att nästan 30 % av studenterna underkändes, vilket måste anses vara en hög siffra. Ingen student lyckades heller uppnå mer än 84 % av möjliga poäng. Detta skulle kunna tyda på att provet varit för svårt, vilket dock inte de personer som deltog i konstruktionen av patientfallen ansåg. Det kunde också bero på en otydlig rättningssmall, vilket bekräftades av både lärare och studenter. Dessa brister visar att det skriftliga provet inte bearbetats i tillräcklig grad innan det prövades och synliggör vikten av att konstruktion av patientfall samt rättningen av dessa genomförs i samarbete mellan och kontinuitet inom berörda lärosäten. Åtgärder har vidtagits för att undanröja de svagheter och brister som framkommit men fortsatt kvalitetskontroll kommer att behövas för det skriftliga provet vid varje nytt fall som konstrueras. Det får inte råda någon tvekan om att patientfallen är tydliga och exakta beträffande utformning, kravnivå, rättningssmall och rättningsprocedur. För att provet ska vara trovärdigt måste det också uppfattas som rättvist. Det genomsnittligt svaga resultatet i det skriftliga provet skulle även kunna ha sin förklaring i att lärandet vid berörda lärosäten inte varit inriktat på kliniska problemställningar till den grad som krävs för att prestera högt i en problemlösande tentamen, som bygger på ett kumulativt patientfall.

Den granskning av lärares rättning av samma prov, som genomfördes i denna utvärdering, visade på ett allvarligt problem, som inte specifikt hör samman med den här kliniska slutexaminationen, utan med stor sannolikhet är vanligt förekommande vid tentamensrättning. Att olika lärare rättar och bedömer skriftliga prov på olika sätt är ett allvarligt hot mot den enskilde studentens rättsäkerhet och också i förlängningen ett hot mot patientens säkerhet. För att säkerställa tillförlitligheten i rättningen togs beslut om en stark begränsning av antalet lärare som involveras i rättningen och kompetenskraven för dessa lärare tydliggjordes. Dessutom föreskrevs i examinationsmodellen att ett visst antal prov alltid ska rättas av två lärare, som ett led i kvalitetskontrollen.

De lärare och sjuksköterskor som medverkade under den tid som projektet pågick hade alla erfarenhet från tidigare bedömningar av studenter i klinisk utbildning. Den nya systematiska bedömningen vid bedside, med hjälp av ett bedömningsunderlag, var däremot något nytt för samtliga, vilket i olika hög grad var en källa

till osäkerhet i genomförandet. Det är rimligt att anta att större säkerhet i bedömningarna kommer att utvecklas, då alla får större vana vid denna typ av examination. Trots att det fanns svagheter och brister i bedömningsunderlaget ansågs det ha bidragit till att ge ökad säkerhet och tillfredsställelse vid det praktiska provet av de flesta. Bedömningsunderlagets styrka beskrevs, bland annat, vara att det lyckades synliggöra vad en sjuksköterska behöver kunna i det praktiska arbetet med en patient. Uppenbart var att svagheter och brister som nämndes, för det mesta, hade samband med valet av patient. Detta synliggjorde den problematik i vården som handlar om föränderlighet. En patient som dagen innan blivit utsedd, tillfrågad och förberedd för den kliniska slutexaminationen, kan ha flyttats till en annan avdelning, blivit hemsänd eller blivit akut försämrad följande dag. Detta riktade ljuset på några saker inom en sjuksköterskas kompetensområde, som en sjuksköterska tidigt måste lära sig, och som måste beaktas vid planering och genomförande av bedside-testet, d v s handlingskompetens och flexibilitet.

Utvärderingen visade också på att det förekom en del osäkerhet i hur den sammanvägda bedömningen, efter bedside-observationen och det reflekterande slutsamtalet, skulle genomföras. Att fyra studenter blev godkända, trots tydliga indikationer på allvarliga brister, eller att områden i bedömningsunderlaget inte kunde bedömas var ett viktigt observandum som ledde till att frågan om sammanvägning av den totala bedömningen tydliggjordes i bedömningsunderlaget.

Det är tydligt uttalat i riktlinjerna för det praktiska provets genomförande, att de kliniska verksamheter som används för bedside-testet ska vara av den karaktären att sjuksköterska med enbart grundutbildning ska vara behöriga att arbeta där. Bristen på kliniska utbildningsplatser runt om i landet, som lett till att specialavdelningar ofta används som praktikplats i grundutbildningen, kan ge upphov till ett mindre lämpligt urval av patienter för bedside-testet. Valet av patienter i det praktiska provet framhölls vara avgörande för både bedömningsunderlagets användbarhet och examinationens relevans. Detta ställer stora krav på att valet sker mycket välplanerat och genomtänkt, och att det finns en viss beredskap för att en annan patient kan komma att utses om detta skulle behövas.

Den kommunala vården/hemsjukvården som vårdområde för bedside-testet kräver en särskild reflektion. Det visade sig att många ansåg att det varit svårt att finna patienter med tillräckligt komplexa vårdproblem där, trots att det inom dessa vårdkontexter är gott om både svårt sjuka och äldre vårdbehövande (Alaby, 1999). Förklaringen kan vara att problemet handlade om sjuksköterskans roll i den kommunala sjukvården, som idag ofta endast är konsultativ, och där hennes arbete sker i form av punktinsatser utifrån andrahandsinformation från undersköterskor/vårdbiträden. Sjuksköterskans deltagande i den basala, praktiska vården förekommer mer sällan, eftersom hon har ett stort antal patienter att ansvara för (SoS, 2005). Att under sådana omständigheter både finna en lämplig patient och kunna avsätta tid som bedömningsansvarig sjuksköterska ställer stora krav på flexibilitet. Med tanke på hur vården utvecklas med allt mer avancerad vård förlagd till den kommunala vården och i patienternas hem, och allt färre slutna vårdplatser är det nödvändigt att skapa goda praktikplatser även i den kommunala vården för blivande sjuksköterskor.

Erfarenheterna från detta projekt synliggjorde nödvändigheten av att sjuksköterskeutbildningen redan från början förbereder studenten för det kommande yrket. Problemlösning, kritiskt tänkande och att se patienten som helhet genom hela vårdkedjan måste genomsyra alla kurser i programmet. Det som studenten lär sig i de olika teoretiska kurserna måste också kunna sättas i relation till vad kunskapen slutligen ska användas till.

Vid litteraturgenomgången, som genomfördes i början av projektet för att skaffa vetenskapliga underlag för det fortsatta arbetet, kunde inte något instrument för systematisk bedömning av studenters kliniska kompetens, bedside, återfinnas. Det bedömningsunderlag som utvecklades, prövades och även utvärderades i liten skala väckte stort intresse i landet och kommer successivt att användas som en obligatorisk del i sjuksköterskeutbildningar vid flera lärosäten. För att ytterligare stärka bedömningsunderlagets tillförlitlighet och säkerhet, kommer det att i framtiden granskas ytterligare i systematiska studier då ett tillräckligt antal lärosäten har använt det i sin kliniska slutexamination.

Vissa svagheter i den genomförda utvärderingen behöver nämnas. Avdelningscheferna, som har det yttersta ansvaret för både personalbemanningen och studenthandledningen på en vårdavdelning, borde ha tillfrågats om hur de uppfattade den kliniska slutexaminationen. Vid pilottest 2 lämnade 15 sjuksköterskor i klinisk verksamhet sina synpunkter på patientfallens relevans och svårighetsgrad, men detta gjordes inte vid den slutliga prövningen av det skriftliga provet, vilket var en brist. En styrka i utvärderingen var den mycket höga svarsfrekvensen från samliga grupper, vilket bidrar till att ge trovärdighet till resultaten.

De många mervärden som denna slutexamination beskrevs innehålla; fokuseringen på sjuksköterskans yrkesfunktioner, den pedagogiska utformningen med utrymme för fortsatt lärande, den tydliga verklighetsförankringen, kompetensutvecklingen för sjuksköterskor i handledarrollen och lärares och sjuksköterskors ökade säkerhet i bedömningen, bör ge starkt stöd för dess fortsatta användning. Mycket talar för att dessa mervärden sammantagna kan leda till kvalitetshöjning för sjuksköterskeutbildningen vid deltagande lärosäten. För att modellen fortsatt ska kunna ge ett resultat av hög kvalitet, krävs att förankringen bland samtliga involverade på alla nivåer inom lärosätet och de kliniska verksamheterna sker på ett medvetet och genomtänkt sätt, att sjuksköterskor och lärare som deltar i examinationen har relevant kompetens och att det finns öppenhet och god samverkan mellan de lärosäten som samarbetar kring den kliniska examinations användning. Betydelsefullt för modellens framtid är naturligtvis också att de medverkande lärosätena förvaltar och vidareutvecklar den kliniska slutexaminationen i samverkan och i relation till samhällets och hälso- och sjukvårdens och omsorgens utveckling och krav. En mer omfattande och systematisk utvärdering är planerad att genomföras då examinationen tillämpats under några år.

Referenser

- Arken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., Silber, J.H. (2003), Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *The Journal of the American Medical Association* 2003:290, vol 12, s 1617-1623.
- Alaby, G. (1999), *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet: Slutrapport*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Arthur, D. (1992), Measuring the professional self-concept of nurses: a critical review. *Journal of Advanced Nursing* 1992:6, vol 17, s 712-719. ISSN 0309-2402.
- Arthur, D. (1995). Measurement of the professional self-concept of nurses: developing a measurement instrument. *Nurse Education Today* 1995, vol 15, s 328-335.
- Bartlett, H.P, Simonite, V., Westcott, E. och Taylor, H.R. (2000), A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing* 2000:5, vol 9, s 369-381.
- Battersby, D. och Hemmings, L. (1991), Clinical performance of university nursing graduates. *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol 9 (1), s 30-34.
- Benner, P. (1982), Issues in competency-based testing. *Nursing Out-look*, vol 30 (5), s 303-309.
- Benner, P. (1984), *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison Wesley.
- Bentling, S. (1995), *Sjuksköterskeprofessionen. Vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling*. Falköping: Liber Utbildning AB.
- Björkström, M. (2006), *Den professionella sjuksköterskan – i relation till den akademiska sjuksköterskeutbildningen*. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies 2005:57.
- Boxer, E. och Kluge, B. (2000), Essential clinical skills for beginning registered nurses. *Nurse Education Today* 2000:5, 20(4), s 327-335.
- Brooks, A. och Nordling, A. (2004), *Mellan hopp och förtvivlan – nytexaminerade sjuksköterskors upplevelser av sitt arbete*: D-uppsats, Karlstads universitet: Institutionen för hälsa och vård.
- Burns, N. och Grove, S. K. (2001), *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*, Philadelphia, USA: W B Saunders Company, 4th Edition.

- Chambers, M.A. (1998), Some issues in the assessment of clinical practice: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 1998:5, vol 7, s 201-208.
- Coates, V.E. och Chambers, M. (1992), Evaluation of tools to assess clinical competence. *Nurse Education Today*, vol 12, s 122-129.
- DeBack, V. och Mentkowski, M. (1986), Does the baccalaureate make a difference? Differentiating nurse performance by education and experience. *Journal of Nursing Education*, vol 25 (7), s 275-285.
- Delaney, C. (2003), Walking a fine line: Graduated nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education*, vol 42, s 437 – 443.
- DS 1992:34, *Införandet av EES –rätten – ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m. m.*: Promemoria. Stockholm: Socialdepartementet.
- Estabrooks, C.A. (2003), Translating research into practice: implications for organizations and administrators: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, vol 43 (5), s 506-520.
- Fackel, M. och Nilsson, M. (2004), *En ständig kamp. Nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelser av den första tiden i yrke*: D-uppsats, Karlstads universitet: Institutionen för hälsa och vård.
- Fenton, M.V. (1985), Identifying competencies of clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Administration*, vol 15 (12), s 31-37.
- Furåker, C. (2001), *Styrning och visioner: sjuksköterskeutbildning i förändring*: Dissertation. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Gerrish, K. (2000), *Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse*. *Journal of Advanced Nursing*, vol 32, s 473-480.
- Gibson, J. (1998), Using the Delphi technique to identify the content and context of nurses' continuing professional developmental needs. *Journal of Clinical Nursing*, vol 7, s 729– 734.
- Giroto, E.A.(1993), Assessment of competence in clinical practice – a review of the literature. *Nurse Education Today*, vol 13, s 83-90.
- Giroto, E.A. (2000), Assessment of graduates and diplomas in practice in UK – are we measuring the same level of competence. *Journal of Clinical Nursing*, vol 9, s 330-337.
- Högskoleverket (1996), *Vårdutbildningar i högskolan – En utvärdering*: Högskoleverkets rapportserie 1996:7. Stockholm: Högskoleverket.

- Kelly, B. (1996), *It's a battle!* A following-up study of English graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, vol 32 (2), s 473– 480.
- Karolinska Institutet (1992), AT- prov för läkare. Tillgängligt på www.ki.se/ki/jsp/polypoly.jsp?d=330och1=svochfromnode=448
- Krichbaum K., Rowan M., Duckert L., Ryden M.B. och Savik K. (1994). The clinical evaluation tool: a measure of the quality on clinical performance of baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, vol 33 (9), s 395-404.
- Kvale, S. (1997), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- McCloskey, J.C. och McCain, B. (1988), Variables related to nurse performance. *Image – Journal of Nursing Scholarship*, vol 20 (4), s 203-207.
- McDonald, W.K.(1995), Comparison of performance of students in accelerated baccalaureate nursing program for college graduates and a traditional nursing program. *Journal of Nursing Education*, vol 34 (3), s 123-127.
- McKenna, H. (1994), The Delphi technique: A worthwhile research approach for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, vol 19, s 1121-1225.
- Meleis, A.I. och Dagenais, F. (1981), Sex-role identity and perception of professional self in graduates of three nursing programs. *Nursing Research*, vol 30, s 162-167.
- Meretoja, R. och Leino-Kilpi, H. (2001), Instruments for evaluating nurse competence. *Journal of Nursing Administration* 2001:7/8, vol 31, s 346-352.
- Meretoja, R., Eriksson, E. och Leino-Kilpo, H. (2002), Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*, vol 10, s 95-102.
- Mikkelsen Kyrkjebo, J., Mekki, T.E. och Ronke Hanestad, B. (2002), Nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, vol 38 (3), s 296-302.
- Moreno-Casbas, T., Martin-Arribas, C., Orts-Cortes, I. och Comet-Cortes, P. (2001), Identification of priorities for nursing research in Spain: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, vol 35 (6), s 857-863.
- Mulhall, A., May, A.L. och Alexander, C. (2000), Research based nursing practice – an evaluation of an educational programme. *Nurse Education Today*, vol 20, s 435-442.
- Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M. och Zelevinsky, K. (2002), Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, vol 346 (22), s 1715-1722.

- Nicol, M. och Freeth, D. (1998), Assessment of clinical skills: A new approach to an old problem. *Nurse Education Today*, vol 18, s 601-609.
- Norman, I.J., Watson, R., Murrells, T., Calman, L. och Redfern, S. (2002), The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*, vol 39, s 133-145.
- Ohlson, H.M. och Gullberg, M.T. (1988), The use of the nurse self description form in Sweden. Translation and applicability. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol 1, s 69-75.
- Polit, D.F. och Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams och Wilkins. 7th edition.
- Ramritu, P.L. och Barnard, A. (2001), New nurse graduates' understanding of competence. *International Nursing Review*, vol 48 (1), s 45-57.
- Redfern, S. och Norman, I. (1999a), Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: An application of the critical incident technique. Part 1. *Journal of Clinical Nursing*, vol 8 (4), s 407-413.
- Redfern, S. och Norman, I. (1999b), Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: An application of the critical incident technique. Part 2. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (4), s 414-421.
- Robb, Y., Flemming, V. och Dietert, C. (2002), Measurement of clinical performance of nurses: A literature review. *Nurse Education Today*, vol 22, s 293-300.
- SBU (1994), *Behov av utvärdering inom sjuksköterskans arbetsområde*: Rapport Nr 123. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknik.
- Schwirian, P.L. (1978), Evaluating the performance of nurses: A multi-dimensional approach. *Nursing Research*, vol 27, s 347-351.
- SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*.
- SFS 1997/1998:1832. *Nya högskolelagen*.
- SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.
- SFS 2006:1053. *Förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)*.
- SoS (1995), *Ädelreformen. Årsrapport 1995*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SoS (2002), *Översyn av nytexaminerade sjuksköterskors yrkeskunnande och kompetens i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SoS (2005), *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:20. *Patientjournallagen*. Särskilda föreskrifter vid dokumentering av omvårdnad. Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1995:15. *Kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska*. Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1996:24. *Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens allmänna råd. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Springer, P., Payne, K. och Petermann, B. (1998), Rating nursing performance based on behaviours. *Journal of Nursing Administration*, vol 28, s 39-45.
- Wandelt, M.A. och Steward, D.S. (1975), *Slater Nursing Competencies Rating Scale*, New York: Appelton Century Crofts.
- Watkins, M.J. (2000), Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, vol 9, s 338-346.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. och Porock, D. (2002), Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, vol 39 (5), s 421-431.
- While, A.E. (1994), Competence versus performance: Which is more important? *Journal of Advanced Nursing*, vol 20, s 525-531.