

Pregledni znanstveni članek / Review article

## OCENJEVANJE KLINIČNE PRAKSE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE IN BABIŠTVA

ASSESSMENT OF CLINICAL PRACTICE OF NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS

*Teja Zakšek, Doroteja Rebec, Helena Skočir, Igor Karnjuš, Irena Trobec*

**KLJUČNE BESEDE:** *ocenjevanje, študenti, babiška nega, zdravstvena nega, portfoliji*

**KEY WORDS:** *assessment, students, midwifery care, nursing care, portfolios*

### IZVLEČEK

*Namen članka je na podlagi že objavljenih del predstaviti pereče probleme pri ocenjevanju praktičnega dela študentov. Članek v glavnem zagovarja mnenje, da je ocenjevanje praktičnega dela študentov dolgotrajen proces, zato naj ne bi temeljil le na enkratnem opravljanju naloge, ki jo je študent izvedel na kolokviju. Avtorji zagovarjajo, da je ocenjevanje proces, v katerem h končnemu rezultatu prispevajo tako študent kot ocenjevalec in/ali mentor.*

### ABSTRACT

*Based on the already published work, this article discusses some topical issues in the assessment of clinical practice. The article argues in favour of the view that the assessment of clinical practice is a continuing process which could not be based only upon one-time performance of the student. The authors believe that the assessment should be a process to which the students, assessors and/or mentors may equally contribute.*

### Uvod

V zdravstveni in babiški negi je ocenjevanje klinične prakse že dolgo poznan problem. Wallace (2003) je prepričan, da je proces iskanja kompetenc edini pravi način za ocenjevanje klinične prakse medicinskih sester in bobic. Chambers (1998) je v svojem delu, kjer je naredila pregled literature za izbrane probleme pri ocenjevanju klinične prakse, ugotovila, da je bistveni problem dejstvo, da ni dogovora za besedo kompetenca, ki je bistvenega pomena pri ocenjevanju medicinskih sester in bobic. Tudi Watson et al. (2002) ter Girot (2000) med drugim ugotavljajo, da je izraz kompetenca večfunkcijski, zapleten in si ga različni avtorji razlagajo na različne načine.

Poleg težav z definicijo je ocenjevanje problematično tudi, ker je slabo razumljeno. Nicklin, Kenworthy (2000) potrjujeta, da je ocenjevanje klinične prakse prepogosto vzeto kot zelo lahko, a je v resnici najmanj razumljeno. Ocenjevanje klinične prakse je po njunem »merjenje tistega, kar se nanaša neposredno na kakovost in količino učenja«.

Članek predstavlja pregled literature, ki se dotika najbolj perečih tem na področju ocenjevanja klinične prakse.

### Metode dela in namen

Za namen poglobitve in predstavitve problema ocenjevanja klinične prakse so avtorji uporabili opisno raziskovalno metodo, pregled literature. Literaturo so avtorji zbirali med septembrom 2006 in junijem 2007. Avtorji so uporabljali dostop Athens, Ingenta, Science direct, Swetswise in Ovid. Uporabljena je podatkovna baza Cinachl. Ključne besede, ki smo jih uporabili v angleščini, so bile: clinical practice, nursing midwifery students in assessment.

### Pregled literature

Avtorji poročila UKCC (The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, sedaj imenovan Nursing and Midwifery Council, le-ta je v Veliki Britaniji regulatorni organ za zdravstveno in babiško nego) so prepričani, da ocenjevanje s strani ocenjevalcev zahteva precej truda. Trdijo, da več časa, kot ga mentor preživi s študenti, bolj natančna je njegova ocena študenta. Zavedajo se, da ocena študenta zajema celoten aspekt njihovega dela v določenem časovnem obdobju (UKCC, 1994).

Stuart (2002) zgoraj zapisano potrjuje. Prepričana je, da smo sami dovolj kompetentni oceniti študenta v klinični praksi samo takrat, ko z njim preživimo dovolj časa. Zagovarja idejo, da naj bi ocenjevanje študenta na praksi potekalo skozi celotno obdobje prakse in naj ne bi bilo rezultat le ene trenutne predstave, ki bi bila lahko ogrožena, če je študent izredno nervozen ali ima tisti dan kakršnokoli drugo težavo. Prepričana je, da končni praktični izpiti niso reprezentativni, da so nesmiselni in naj ne bi bili podlaga za oceno, kako se študent v praksi dokaže.

### Ocenjevanje z opazovanjem

Stuart (2002), avtorica knjige »Ocenjevanje, supervizija in podpora v klinični praksi«, je tudi prepričana, da bi morali ocenjevati kontinuirano. Kontinuirano ocenjevanje naj bi potekalo s periodičnimi diskusijami s študenti, s svetovanjem in s pomočjo dokumentacije, ki bi jo študent vseskozi imel pri sebi. Vse naj bi potekalo v obliki opazovanja študenta skozi celotno klinično prakso. Do tega so skeptični Calman et al. (2002) ter Norman et al. (2002), ki so prepričani, da tradicionalna ocenjevanja klinične prakse z opazovanjem študenta, ki izvaja neki postopek, posledično pripeljejo do situacije, kjer neki posameznik ocenjuje drugega posameznika, kako trenutno nekaj počne, kar je po njihovem mnenju že vnaprej sporno.

Tudi Vukovič in Miglič (2006) sta ocenjevanju z opazovanjem posvetila veliko pozornosti. Po njunem mnenju evalvator pri neposrednem opazovanju spremlja konkretno situacijo in beleži dogodke, tako kot si sledijo. Prepričana sta, da do nestrukturiranega opazovanja pride, kadar opazovalec vstopi v situacijo brez vnaprej pripravljenih kategorij ali opomnikov. To je primerno, kadar se mora opazovalec z neko situacijo šele seznaniti. Strukturirano opazovanje je po njunem mnenju sistematično, usmerjeno in nadzorovano z opazovalnim urnikom. Prednost neposrednega opazovanja kot metode zbiranja podatkov je njegova neposrednost in globina, menita Vukovič in Miglič (2006). Hkrati je mogoče opazovati celotno situacijo in zaznati dejavnike ter okoliščine, ki bi sicer morda ostali neopaženi. Opazovanje odlikujejo dodatne možnosti dojemanja in zavedanja, ki običajno manjkajo pri razgovorih ali vprašalnikih. Vukovič, Miglič (2006) tudi navajata, da ima metoda opazovanja določene slabosti. Prisotnost opazovalca, čeprav je ta pasiven, povzroči, da se opazovane osebe obnašajo drugače, kot bi se sicer. Opazovanje zahteva veliko časa, saj je treba opazovati številne korake v procesu in v daljšem obdobju. Slabost opazovanja je tudi ta, da miselni procesi ostanejo skriti. Na primer, študent lahko po standardu »perfektno« odvzame venozno kri otroku, pri tem pa ne stori popolnoma nič, da bi staršem in otro-

ku razložil, kaj počne ali jih pomiril. Čeprav Vukovič in Miglič (2006) ne prihajata iz zdravstvene stroke, si z njunim predlogom, v katerem svetujeta rešitev z upoštevanjem vrednot, lahko pri ocenjevanju klinične prakse veliko pomagamo. Vrednote razvrščata v naslednje kategorije:

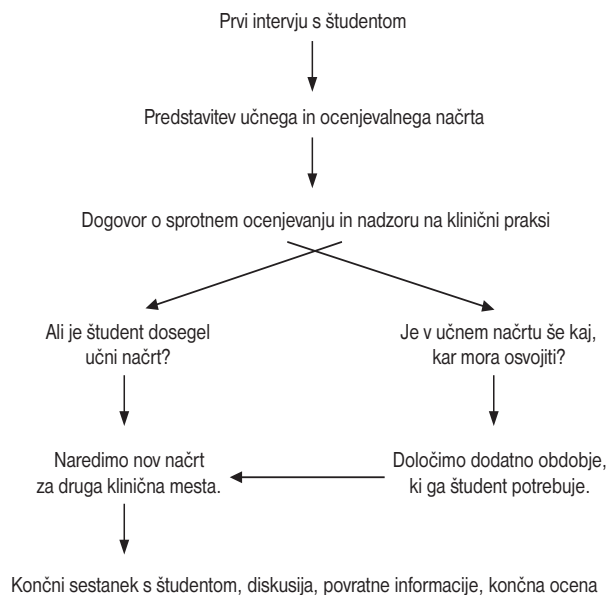
- družbene in politične vrednote: odgovornost, poštenost, sprejemanje standardov in kakovosti;
- organizacijske vrednote: lojalnost, učinkovitost, vodstveno vedenje, koordinacija, pooblašanje, formalni odnosi v odrejanju in preverjanju dela;
- strokovne in kolegialne vrednote: sodelovanje, povezovanje, strokovnost, odgovornost, skrb za varnost, uporaba predpisanih ali dogovorjenih metod, skrb za opremo in stroje;
- osebnostne vrednote: pripravljenost pomagati, veselje do dela, disciplina, podrejenost, medosebni odnosi, samorazvoj, skrb za varnost, načini dela.

Če apliciramo njun del v zdravstveno stroko, lahko hitro ugotovimo, da verjetno potrebujemo nekakšne standarde. Lahko tudi ocenjujemo, katere od pričakovanih kompetenc je nekdo dosegel. Ali jih ocenjujemo s t. i. »enkratno predstavo« ali z daljšim konceptualnim ocenjevanjem?

### Sprotno ocenjevanje

Stuart (2002) se poslužuje načina ocenjevanja, ki ga sama imenuje sprotno in sumativno ocenjevanje. Sprotno ocenjevanje poteka ves čas klinične prakse, sumativno ocenjevanje na koncu praktičnih vaj, kjer se po njenem mnenju nakopiči celotno znanje (Sl. 1).

Stuart (2002) predlaga naslednjo shemo ocenjevanja:



Sl. 1. Shema ocenjevanja po Stuart (2002).

Neary (2000a; 2000b) je šla v konceptu sprotnega ocenjevanja dlje. V svoji raziskavi s 300 študenti in 155 učitelji klinične prakse je želela ugotoviti, katere so tiste glavne skrbi, ki jih imajo študentje in njihovi ocenjevalci v klinični praksi. Izpostavili so stres, ki ga prinaša sprotno ocenjevanje, strinjali so se, da je natančno in strukturirano ocenjevanje dobro, a so si želeli več fleksibilnosti. Na podlagi rezultatov njene raziskave je predlagala nov koncept sprotnega ocenjevanja, ki ga je imenovala fleksibilno ocenjevanje. Fleksibilno ocenjevanje naj bi temeljilo na ocenjevanju profesionalne in osebnostne rasti študenta na vajah ves čas študija. Za omenjeni način ocenjevanja je potrebna učinkovitejša komunikacija med učiteljem in kliničnim mentorjem (če to ni ista oseba) ter študentom, ki mora temeljiti na partnerstvu. To partnerstvo vključuje:

- formalno in neformalno učenje s strani tako predavatelja kot kliničnega mentorja;
- priložnosti za učenje, kjer študent lahko aplicira teoretično znanje v prakso;
- ocenjevalčev odziv na situacije, ki jih je študent izkusil v času prakse;
- samo ocenjevanje študentov.

Če se podrobno pogledimo v ta partnerski model, ugotovimo, da zahteva izredno veliko dela in ljudi, ki bi lahko izvedli to ocenjevanje. V svojem zgodnejšem članku je Neary (1997a, 1997b) predlagala, da naj bi imelo vsako klinično mesto nekoga, ki bi bil sposoben organizirati okolje na tak način, da bi študentom in mentorjem omogočil čim boljše delovanje.

Twinn in Davies (1996) sta v raziskavi, ki pa je bila izvedena na manjšem številu študentov in kliničnih mentorjev, dobila podobne rezultate. Timsko delo je bilo tisto, kar so tako študenti kot učitelji pri ocenjevanju klinične prakse videli kot najbolj primerno.

Leta 1999 je Neary raziskovala, kaj si učitelji in študenti mislijo o ocenjevanju klinične prakse, ki je pri njih že takrat potekalo kontinuirano, torej sprotno. Študentje so se najbolj pritoževali nad pomanjkanjem informacij glede:

- ocenjevanja oz. tega, kaj morajo osvojiti;
- načina ocenjevanja;
- njihove lastne vloge pri tem ocenjevanju;
- pomena sprotnega ocenjevanja;
- zahtev, katere kompetence morajo samostojno osvojiti.

Mentorjem je največje skrbi povzročalo:


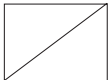



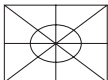
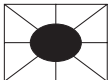
- pomanjkanje časa za priprave na ocenjevanje;
- razmejevanje vlog med kliničnimi mentorji, šolskimi mentorji in predavatelji;
- pomanjkanje učnih priložnosti, ki bi omogočile dobro ocenjevanje študentov;

- »prevajanje« študentovega dela v kompetenco, ki jo morajo osvojiti.

### Ocenjevanje kompetenc

Tudi ocenjevanje osvojenih kompetenc v zdravstveni in babiški negi je že dolgo tema diskusij povsod po svetu. Wallace (2003) je prepričan, da je ocenjevanje kot proces ugotavljanja osvojenih kompetenc eden temeljnih postopkov pri merjenju študentovega napredovanja.

Fearon (1998) opisuje, kako pri ocenjevanju kompetenc uporabiti različne skale (Sl. 2).

	Raven osvojitve znanja	Ocena po slovenskih kriterijih	Oznaka
Začetnik	V kliničnem okolju ni sposoben zadovoljivo aktivno sodelovati.	1–4	
	Aktivnost lahko opravi, vendar ne brez neprestanega nadzora in pomoči.	5	
	Aktivnost lahko zadovoljivo opravi tudi brez nadzora.	6	
	Aktivnost lahko brez nadzora zadovoljivo opravi, in sicer hitro in kakovostno.	7	
Kompetent izvajalec	Aktivnost lahko brez nadzora hitro in kakovostno zadovoljivo opravi tudi na lastno iniciativo.	8	
	Aktivnost lahko na lastno iniciativo brez nadzora hitro in kakovostno več kot zadovoljivo opravi, in sicer prilagojeno različnim kliničnim situacijam.	9	
Ekspert	Aktivnost lahko na lastno iniciativo brez nadzora hitro in kakovostno več kot zadovoljivo opravi prilagojeno različnim kliničnim situacijam ter pri opravljanju te aktivnosti lahko vodi druge.	10	

Sl. 2. Shema ocenjevanja po Fearon (1998).

Zelo podobno shemo ocenjevanja (Sl. 3) je na podlagi svoje raziskave naredila tudi Neary (2000b). Medtem ko je Fearon bolj usmerjena v opravljanje same aktivnosti, Neary upošteva tudi tako imenovani »umetniški« del, t.j., kako je bila naloga izvedena.

Faza 1	Začetnik	Začetniki nimajo nobenih izkušenj o situaciji, ki naj bi jo obvladali.
Faza 2	Začetnik z osvojenimi znanji	Študenti pokažejo sprejemljivo znanje.
Faza 3	Kompetent izvajalec	Kompetenca, osvojena s strani študenta, se razvije, tako da je študent sposoben predvideti, kako bo ukrepal v določenih primerih.
Faza 4	Spreten in sposoben izvajalec	Študent je sposoben samostojno oceniti situacijo in njene možne posledice, postopke v takšni situaciji pozna in jih izvede.
Faza 5	Ekspert	Ekspert ni več odvisen od v vodičih zapisanih postopkov, ampak je sposoben po svojih lastnih izkušnjah in znanju predvidevati in situacijam ustrezno pravilno ukrepati.

Sl. 3. Shema ocenjevanja po Neary (2006).

Avtorji, kot so Watson et al. (2002) ter Girot (2000), priznavajo, da je bistveni problem pri ocenjevanju osvojene kompetence definicija, kaj sploh kompetenca je. Ugotavljajo, da je to multikonceptualen izraz, ki lahko različnim ljudem pomeni različno. UKCC se je ravno zaradi tega že leta 1989 znebil termina »kompetenca« in ga nadomestil s terminom »izidi« (outcomes). Ne glede na to, kako kompetence dejansko pomenimo, jih nikoli ne smemo podcenjevati. Ball, Daly, Carnwell (2000) so prepričani, da kompetence, osvojene in temelječe na postopkih, zagotavljajo varnost pacientov, s katerimi medicinske sestre delamo, in zagotavljajo jasno dolgoročno profesionalizacijo tega poklica.

Norman et al. (2002) so izdelali okvirna priporočila za ocenjevanje kompetentnosti za snovalce kurikulumov, ki naj bi se jih le-ti posluževali pri snovanju študijskega programa. Prepričani so, da bi morale vse države Evropske unije svoja ocenjevanja poenotiti. Ta priporočila so osnovana na njihovi raziskavi. Predlagajo upoštevanje štirih bistvenih elementov:

1. Nacionalni ocenjevalni obrazci, temelječi na ocenjevanju kompetenc kot minimalnih osvojenih standardov – V svoji raziskavi so ugotovili, da ocenjevalci prepogosto vidijo svoje delo, ocenjevanje, kot nepotrebno papirnato vojno, namesto da bi to sprejeli kot integralni del študentove dokumentacije. Za to krivijo predvsem veliko število različnih sistemov ocenjevanja. Države bi se morale poenotiti tudi glede zahtevanega števila izvedenih posegov, ki bi se po mnenju ocenjevalca, upoštevajoč usposobljenost študenta, lahko tudi povečalo. Na primer, če mora bodoča diplomirana babica pred diplomo sodelovati pri 40 porodih, vendar mentorica za določeno študentko presodi, da po njih še ni dovolj kompetentna, lahko mentorica to število po svoji presoji poveča.

2. Samo ocenjevanje študentov – Če bomo študente opremili z znanjem, da bodo sposobni sami delovati in odgovarjati za svoja dejanja, morajo biti sposobni tudi presoditi, kolikšno je njihovo znanje. V tem smislu moramo kritično mišljenje študentov spodbujati že od samega začetka študija, se pravi že od prvih dni klinične prakse. To nekateri avtorji (Chambers, 1998; Girot, 2000) imenujejo tudi sposobnost reflektivnega mišljenja. Chambers (1998) je celo prepričana, da je ravno refleksija tisto, kar pri študentu premosti razliko med teorijo in prakso.
3. Ocenjevanje v simuliranih situacijah (kabinetne vaje) – Norman et al. (2002) so prepričani, da so kabinetne vaje oz. delovanje v simuliranih situacijah uporabni tako za določene klinične postopke (kot na primer odvzem krvi) kot tudi za učenje pravilnega komuniciranja s pacientom.
4. Ocenjevanje s strani pacientov – Norman et al. (2002) vidijo v prihodnosti velik poudarek tudi na mnenju samih prejemnikov oz. uporabnikov študentovih storitev. Raziskave so dokazale, da so pacienti izredno verodostojni opazovalci spretnosti medicinskih sester. Vsekakor bo o tem vidiku potrebnih še več raziskav.

Če vzamemo v poštev vse zgoraj naštet, vidimo, da je dobro in natančno ocenjevanje klinične prakse res kompleksno in da mora biti dobro strukturirano.

### Stopenjski način ocenjevanja

Pri ocenjevanju klinične prakse ne moremo mimo še ene pereče teme, to je stopenjski ali nestopenjski način ocenjevanja. Ne samo v Sloveniji, tudi drugod po svetu je stopenjsko ocenjevanje že dalj časa stvar mnogih razprav. Andree (2000) se sprašuje, ali to ne bi prineslo preveč subjektivnosti ali variabilnosti. Andree ugotavlja, da so številni ocenjevalci in snovalci študijskih programov zdravstvene in babiške nege ugotovili, da je stopenjsko ocenjevanje klinične prakse nujno. Še več, ocene bi morale imeti poglobljeno veljavo pri akademskih dosežkih. Ugotovili so, da je stopenjsko ocenjevanje izrednega pomena, saj nekdo lahko nalogo dobro opravi, nekdo drug pa komaj pogojno. V obeh primerih bi z ocenjevanjem tipa opravi/ni opravi študent prešel na višji nivo, čeprav bi bila razlika v kakovosti dela in v nalogo vloženem trudu ogromna. Pomembno je, da na kliničnih praksi stalno spremljamo razvoj in napredek posameznika, ker so medčloveške interakcije (kar se na klinični praksi dogaja) takšne narave in ker s tem na neki način tudi zagotavljamo individualni pristop do študentov. Zavedati se moramo, da pri nekaterih znanjih »dozori« prej, pri drugih kasneje, ker nismo vsi enako sposobni in moramo dejansko upoštevati tudi trud in napredek vsakega posameznika.

## Portfoliji

Če imamo dobro strukturirano in zasnovano ocenjevanje, seveda potrebujemo tudi dobro dokumentacijo, ki naj bi jo imel vsak študent – portfolijo (Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani ga imenuje zbirna mapa). Prve iniciative za portfolije izhajajo iz Velike Britanije izpred 20 let. Definicij, kaj portfolijo je in kaj naj vsebuje, je mnogo. Najbolj citirana med avtorji je Brownova (1995 In: McMullan et al., 2003). Portfolijo je po njegovem »zasebna zbirka dokazov, ki demonstrira kontinuiteto pridobivanja veščin, znanja, odnosov, razumevanja in dosežkov. Je retrospektiven in prospektiven in daje jasen vpogled v trenutno situacijo in aktivnost posameznika«.

Kot prednosti portfolijev je McMullan et al. (2003) prepoznal:

- pomagajo promovirati in oceniti kritično mišljenje;
- spodbujajo študente, da se pogosteje odločajo za postopke in so bolj odgovorni za osvajanje novih znanj;
- lahko predstavljajo jedro diskusije med študenti in ocenjevalci;
- skozi samo refleksijo lahko študenti ocenijo, kje je potrebno znanje še izpopolniti, kje so dovolj dobri.

Vsekakor je treba priznati, da so portfoliji zelo individualni in jih bomo težko standardizirali, že zaradi tega, ker je samoocenjevanje zelo individualna zadeva. McMullan et al. (2003) je ugotovil tudi, da vsi študenti nimajo dobrih pisnih sposobnosti, kar pa ne pomeni, da niso dobri tudi v tem, kar delajo. To potrjuje tudi trditev Normana et al. (2002), ki so prepričani, da moramo refleksijo spodbujati že na samem začetku. Neary (2000b) predlaga, da bi bili portfoliji le del celokupne študentske dokumentacije – torej samo en del praktičnega ocenjevanja. Vse skupaj bi končno ocenil za to odgovorni koordinator.

Če zgoraj napisano apliciramo na situacijo v Sloveniji, bi lahko bili *standardi* neke vrste »*katalogi znanja*« (zbirne mape, portfoliji), kjer bi bilo v alinejah naštet, kaj vse mora študent obvladati (kompetence). V teh portfolijih bi morda lahko pisalo tudi, kako poteka ocenjevanje oz. kakšne so študentove obveznosti (vsak bi točno vedel, kaj mora narediti in kaj lahko od tega pričakuje – tako bi lahko reguliral samega sebe).

## Sklep

Kratek presek literature na področju ocenjevanja klinične prakse nam pokaže, da tako Slovenija kot tudi ostali svet še vedno iščemo najboljšo rešitev za ocenjevanje klinične prakse.

Teorije, ki so omenjene v članku, izpostavljajo različne načine in nivoje ocenjevanja. Vsaka od teh je po svoje dobra in zagovarja različne poglede oz. stali-

šča, kako pravilno ovrednotiti delo študenta v praksi. Mnenja smo, da je ocenjevanje študenta skozi klinične vaje zelo kompleksno in da bi se temu delu ocen moralo pripisati večjo težo kot do sedaj.

Delo medicinske sestre ali babice je zelo kompleksno in zahtevno, terja veliko prakse in znanja z različnih področij. Glede na to, da je z novim sistemom šolanja prišlo do ukinjanja pripravništva, se moramo zavedati, da se bo moral kader, ki ga bodo visoke zdravstvene šole producirale, toliko bolj usposobiti že med samim šolanjem. Ravno s tem namenom bi klinični praksi in posledično tudi ocenjevanju le-te, morali dati veliko večji pomen in težo ter tudi same študente usmeriti k takšnemu načinu razmišljanja.

## Literatura

1. Andree K. Grading student clinical practice performance: the Australia perspective. *Nurse Educ Today*. 2000;20(8):672–9.
2. Ball E, Daly WM, Carnwell R. The use of portfolios in the assessment of learning and competence. *Nurse Stand*. 2000;14(43):35–7.
3. Callman L, Watson R, Norman I, Redfern S, Murrells T. Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and students views. *J Adv Nurs*. 2002;38(5):516–23.
4. Chambers M. Some issues in the assessment of clinical practice: a literature review. *J Clin Nurs*. 1998;7(3):201–8.
5. Fearon M. Assessment and measurement of competence in practice. *Nurse Stand*. 1998;12(22):43–7.
6. Girot EA. Assessment of graduates and diplomates in practice in UK—are we measuring the same level of competence? *J Clin Nurs*. 2000;9(3):330–6.
7. McMullan M, Endacott R, Gray MA, Jasper M, Miller C, Scholes J, Webb C. Portfolios and assessment of competence: a review of literature. *J Adv Nurs*. 2003;41(3):283–94.
8. Neary M. Defining the role of assessors, mentors and supervisors: part 1. *Nurse Stand*. 1997a;11(42):34–9.
9. Neary M. Defining the role of assessors, mentors and supervisors: part 2. *Nurse Stand*. 1997b;11(43):34–8.
10. Neary M. Preparing assessors for continuous assessment. *Nurse Stand*. 1999;13(18):41–7.
11. Neary M. Responsive assessment of clinical competence: part 1. *Nurse Stand*. 2000a;15(9):41–7.
12. Neary M. Responsive assessment of clinical competence: part 2. *Nurse Stand*. 2000b;15(10):35–40.
13. Nicklin P, Kenworthy N. Teaching and assessing in nursing practice. London: Bailliere Tindall; 2000.
14. Norman IJ, Watson R, Murrells T, Calman L, Redfern S. The validity and reliability of methods to assess the competence to practise of preregistration nursing and midwifery students. *Int J Nurse Stud*. 2002;39(2):133–45.
15. Stuart CC. Assessment supervision & Support in Clinical practice. Sheffield: Churchill Livingstone; 2002.
16. Twin S, Davies S. The supervision of Project 2000 students in the clinical setting: issues and implications for practitioners. *J Clin Nurs*. 1996;5(3):177–83.
17. Vukovič G, Miglič G. Metode usposabljanja kadrov. Kranj: Moderna organizacija; 2006.
18. Wallace B. Practical issues of student assessment. *Nurse Stand*. 2003;17(31):33–6.
19. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *J Adv Nurs*. 2002;39(5):421–31.
20. UKCC. Fitness for Practice: the UKCC commission for nursing and midwifery education. London; 1994.