



Arbeidsrelevans i sykepleierutdanningene

Er utdanningen utformet for å møte kommunehelsetjenestens fremtidige behov?

Om Oslo Economics

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø over 70 høyt utdannede konsulenter. Vi har bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer og tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere. Myndighetene bruker våre analyser inn i sitt informasjons- og beslutningsgrunnlag.

Oslo Economics har lang erfaring med å systematisere sentrale funn fra forskning, samt analyse av kvantitative data. Oslo Economics har også solid kompetanse i intervjuetodikk. Vi vektlegger forskningsetikk og god databehandling.

Utredning og analyse innen helse-, omsorgs og velferdssektoren

Oslo Economics har omfattende erfaring med forskning, utredning og analyse innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren. Våre oppdragsgivere omfatter departementer og direktorater, helseforetak, kommuner, sektororganisasjoner og private aktører, og vi leverer hvert år en rekke utredninger innenfor dette feltet.

Av de om lag 70 ansatte i selskapet, har vi mange eksperter på helseøkonomi og arbeidsmarkedsøkonomi, hvorav flere med doktorgradskompetanse på feltet.

Arbeidsrelevans i sykepleierutdanningene

© Oslo Economics, 2022

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, tlf. 940 58 192

Foto/illustrasjon: istockphoto/Ridofranz

Innhold

Sammendrag	4
1. Møter sykepleierutdanningen kommunenes behov?	6
1.1 Kartlegging av utdanningens innretning og relevans	6
1.2 Data og informasjonskilder	6
1.3 Gjennomføring	7
2. Sykepleierutdanningen og variasjon mellom studiestedene	8
2.1 Sykepleierutdanning ved 13 institusjoner og 36 studiesteder	8
2.2 Sykepleierutdanningen er regulert av EU-direktiv og RETHOS	10
2.3 Innhold og innretning på teori- og praksisstudiene	12
2.4 Mer akademisk og forskningsbasert tilnærming i teoristudiene	20
2.5 Føringer gir begrenset mulighet for justeringer i studieplaner	20
2.6 Velferdsteknologi og innovasjon har fått større plass i utdanningen	20
2.7 Ønske om tettere samarbeid	22
2.8 Mange studenter opplever utdanningen som relevant	23
3. Kommunenes behov i dag og i fremtiden	26
3.1 Krevende å rekruttere sykepleiere til distriktkommunene	26
3.2 Lav arbeidsledighet og mangel på sykepleiere	27
3.3 Bruken av velferdsteknologi varierer mellom kommunene	28
3.4 Generasjon Z er digitalt åpne og stiller krav	29
3.5 Ny teknologi endrer sykepleierrollen	30
3.6 Frafall og flukt fra yrket	31
4. Behov for kunnskapsdeling om teknologi og praksis	33
5. Referanser	35
Vedlegg A Studieplasser fordelt på studiested	37

Sammendrag

På oppdrag for KS, har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av innholdet i teori- og praksisstudiene i sykepleierutdanningene, variasjon mellom studiesteder og i hvilken grad utdanningene reflekterer kommunenes behov og utfordringsbilde. Formålet med kartleggingen var å belyse hvorvidt teori- og praksisstudiene i sykepleierutdanningen gjør at samfunnet er rigget for å møte behovene i kommunehelsetjenesten i tiden fremover. Rapportens hovedfunn er oppsummert i det følgende.

Innholdet i teori- og praksisutdanningen og variasjoner mellom studiestedene

- Det er ulik oppfatning mellom utdanningsinstitusjonene om hvorvidt simulering inngår som en del av kravet knyttet til antall timer praksisopplæring.
- Hvordan praksis organiseres, så vel som hvor involvert praksislærer og praksisveileder er i gjennomføringen av praksisutdanningen, kan variere mellom både utdanningsinstitusjoner og kommuner. Utdanningsinstitusjonene peker særlig på at det er utfordrende å finne nok veiledere med veiledningskompetanse, og flere tilbyr utdanning for å øke kvaliteten på veiledningen.
- Velferdsteknologi og innovasjon har fått en større plass i utdanningen enn tidligere, og dekkes både gjennom teori- og praksisstudiene. Både utdanningsinstitusjonene og arbeidsgiversiden peker imidlertid på at det er behov for mer opplæring i teknologiforståelse fremover, særlig som en del av teoristudiene.
- En betydelig del av samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og kommunene skjer gjennom organiseringen og gjennomføringen av praksisstudiene. Det er i dag lite samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjonene, og flere peker på behovet for en arena for å lære av andre institusjoner.
- Våren 2019 ble det fastsatt nye nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen (RETHOS), som gjelder for studenter fra 2020/2021. RETHOS har bidratt til større likhet mellom studiestedene (campus) innad i utdanningsinstitusjonene grunnet krav om felles studieplaner. Felles studieplaner bidrar til større likhet i sluttkompetanse hos studentene, uavhengig av studiested. Det kan oppleves som en trygghet for både studenter og arbeidsgivere. På den andre siden innebærer felles studieplaner at det blir mindre grad av fleksibilitet og mulighet for lokal tilpasning på det enkelte studiestedet. Studiestedene har ulike behov og det er ulik organisering av tjenestene, noe som kan medføre behov for lokale tilpasninger, for eksempel i organisering av praksis.
- Tilpasningene til RETHOS vil trolig ta noe tid. I tillegg er de første kandidatene som har fulgt RETHOS enda ikke uteksaminert. Det er derfor for tidlig å si om de nye retningslinjene har bidratt til større grad av felles sluttkompetanse på tvers av utdanningsinstitusjonene.

Studentenes oppfatning av utdanningens relevans

- I Norsk Sykepleierforbunds (NSFs) avgangsundersøkelser fra 2020 og 2021 oppgir om lag en tredjedel av kandidatene at de i liten eller svært liten grad er enig i at utdanningen gjør dem forberedte på det som møtte dem i arbeidslivet.
- NOKUT gjennomførte en undersøkelse blant andreårsstudenter høsten 2021. 5 til 24 prosent av studentene svarer at de i liten grad får god informasjon om hvordan deres kompetanse kan brukes i arbeidslivet, mens 40 til 58 prosent oppgir at det var viktig at læringsutbyttebeskrivelsene er relevante i arbeidslivet for valg av studium.
- Studentene formidler at det oppleves å være store forskjeller mellom arbeidsssteder, også mellom avdelinger i samme institusjon.

Kommunenes utfordringer

- Statistikk tyder på at det for landet som helhet er lite frafall fra sykepleierutdanningen sammenlignet med andre bachelorutdanninger. Andelen helt nyutdannede med bachelor i sykepleiere som ikke jobber som sykepleiere, er rundt 1 av 10, og en del av disse velger da andre yrker innen helse- og omsorgstjenesten. En større utfordring for kommunene virker å være knyttet til å rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommunene.
- Kommunenes behov knytter seg både til generell fagkompetanse og at utdannede sykepleiere kan ta i bruk teknologiske løsninger i kommunen.
- Nyutdannede kandidater fra 'generasjon Z' er digitalt åpne, og informantene opplyser at utdanningen deres er relevant for kommunene.

- Det forventes store endringer i sykepleieryrket og utførelsen av oppgavene fremover, og sykepleierrollen blir stadig mer selvstendig, og den enkelte må i større grad ta raske avgjørelser. Flere av utdanningsinstitusjonene oppgir at de jobber med å forberede studentene på deres rolle i arbeidslivet og hvordan den endrer seg over tid.

Samlet vurdering og tiltak

EU-direktivet og de nasjonale retningslinjene (RETHOS) gir føringer for innretningen av både teori- og praksisstudiene, og bidrar til fellestrekk på tvers av utdanningsinstitusjonene. Likevel viser denne kartleggingen at det er variasjoner mellom institusjonene. Det omfatter blant annet ulik tolkning av regelverket knyttet til hva som teller som praksisstudier, teknologiens rolle i utdanningen, organisering av praksis og praksisveileders rolle. Velferdsteknologi og innovasjon har fått større plass i utdanningen de siste årene, men grad av slik opplæring varierer mellom institusjonene. Sentrale oppfølingspunkter fra kartleggingen inkluderer:

- Utdanningsinstitusjonene bør tydeliggjøre hvordan praksis er organisert og hva som gir uttelling som praksis, særlig hvordan simulering regnes inn.
- Kommunene bør prioritere utdanning for praksisveiledere og fortsette arbeidet med å utvikle nok kvalifiserte veiledere for å øke kvaliteten i praksisstudiene.
- Samarbeid og samhandling er viktig for å sikre at tjenestens behov kommuniseres til utdanningsinstitusjonene. Mye av dialogen i dag foregår via praksisstudiene, og det bør vurderes flere kontaktpunkter for å sikre at teoridelen av utdanningen også er tilpasset tjenestens behov. Et mulig tiltak er å i større grad tilrettelegge for kombinerte stillinger. Forsøk med kombinerte stillinger har vært utprøvd i Norge, og det har blitt anbefalt at det etableres flere kombinerte stillinger for å styrke studentveiledningen.
- Sykepleierutdanningen må utvikles kontinuerlig og bruk av velferdsteknologi og teknologiforståelse må inngå i opplæringen for å sikre relevant kompetanse blant kandidatene.
- Det bør vurderes å etablere samlinger med kunnskapsdeling på tvers av kommuner i landet om gode, og mindre gode, erfaringer med hvordan praksis kan organiseres.
- Utdanningen vurderes å være relevant for helse- og omsorgstjenesten, men det kan være behov for at kommunene ytterligere tydeliggjør hvilken kompetanse de har behov for og hvordan sykepleiere ventes å samhandle med andre personellgrupper. Utdanningsinstitusjonene har også et ansvar for å sikre at kandidater forstår sin rolle og hvordan de ventes å samhandle med andre i arbeidslivet.

1. Møter sykepleierutdanningen kommunenes behov?

Er sykepleierutdanningen utformet for å møte kommunehelsetjenestens behov i dag og i fremtiden? For å belyse dette spørsmålet har vi gått gjennom relevant statistikk og litteratur, gjennomført intervjuer med utdanningsinstitusjonene, arbeidsgiver- og arbeidstakersiden og utvalgte ressurspersoner. Vi har også gått gjennom studieplanene ved alle utdanningsinstitusjoner med sykepleierutdanning i Norge.

I kommunehelsetjenesten trengs ikke bare nok kompetanse målt i antall personer, men også arbeidsrelevant kompetanse. Professor i organisasjonspsykologi, Linda Lai, advarer mot en «volumorientert» satsing på kompetanse [1]. For kommunehelsetjenestene blir behovet for den strategiske kompetanseplanleggingen som Lai beskriver særlig viktig. Dette skyldes både at det allerede er mangel på sykepleiere, og mangelen ventes å øke som et resultat av at etterspørselen etter helsetjenester trolig vil bli større i årene som kommer.

For å sikre ikke bare nok kompetanse i antall personer, men også arbeidsrelevant kompetanse, må vi vende blikket inn mot innholdet i utdanningene og ut mot tjenestene som skal ta kompetansen i bruk. Videre

er det også viktig å forstå og belyse forskjeller mellom ulike utdanningsinstitusjoner i landet i arbeidet med å øke kvaliteten i utdanningen.

1.1 Kartlegging av utdanningens innretning og relevans

Det overordnede formålet med utredningen var å belyse hvorvidt teori- og praksisstudiene i sykepleierutdanningene gjør at samfunnet er rigget til å møte behovene i kommunehelsetjenestene. De sentrale spørsmålene i utredningen omfattet følgende hovedkategorier av spørsmål:

1. Innretning av teori og praksisstudiene i sykepleierutdanningene
2. Forskjeller mellom studiestedene
3. Kommunenes behov i dag og i fremtiden

1.2 Data og informasjonskilder

Utredningen er basert på en sammenstilling av relevant statistikk og litteratur, intervjuer med utdanningsinstitusjonene som tilbyr sykepleierutdanning, arbeidsgiver- og arbeidstakersiden og utvalgte ressurspersoner. Vi har også gått gjennom studieplanene ved alle 13 utdanningsinstitusjoner som tilbyr sykepleierutdanning på bachelornivå. Studiesteder som tilhører samme utdanningsinstitusjon har, etter RETHOS, lik studieplan.

Figur 1-1: Oversikt over informasjonskilder



Illustrasjon: Oslo Economics

1.2.1 Sammenstilling av statistikk og litteratur

Sammenstillingen av statistikk omfatter offentlige tilgjengelige data, samt analyser av anonymiserte persondata fra SSB (microdata.no). Sentrale statistikkilder benyttet i utredningen inkluderer

- Samordna opptak [2]
- NOKUTs studiebarometeret [3]
- Kommunesektorens arbeidsgivermonitor [4]
- NAVs hovedtall om arbeidsmarkedet [5]
- NAVs bedriftsundersøkelse [6]

- Helseidrettsdirektoratets statistikk om velferdsteknologi [7]
- SSBs ordinære statistikkbank [8], blant annet tall fra undersøkelsen om digitalisering og IKT i offentlig sektor
- anonymiserte persondata fra microdata.no [9]

Litteraturgjennomgangen inkluderte gjennomgang av følgende dokumenter

- Arbeidslivsrelevansmeldingen [10]
- Styringsmeldingen [11]

- Distriktsdemografiutvalgets utredning [12]
- Helsedirektoratets beskrivelser av velferdsteknologi fra nettsidene[7]
- Dikus tilstandsrapport for høyere utdanning [13]
- metaanalyser fra det partssammensatte Kompetansebehovsutvalget, særlig nyeste
- Frey og Osbornes studie om automatisering av yrker [14]
- Kommunesektorens arbeidsgivermonitor
- NAVs bedriftsundersøkelse

Punktlistene over har vært kjernelitteratur og vi har bygget ut informasjonsgrunnlaget gjennom referanselistene til dokumentene og gjennom litteratursøk.

1.2.2 Intervjuer

Det ble gjennomført til sammen 21 intervjuer, med følgende fordeling mellom aktørgruppene,

- 12 intervjuer med utdanningsinstitusjonene, med ulike ledere eller andre vitenskapelige ansatte¹
- 4 intervjuer med utvalgte fagpersoner/kommuner
- 5 intervjuer med organisasjoner for arbeidsgivere/arbeidstakere/studententer

1.2.3 Gjennomgang av studieplaner og studiestedenes nettsider

Vi har gjennomgått studieplanene ved alle 13 utdanningsinstitusjoner og studiestedenes nettsider. Vi har innhentet informasjon om hvert enkelt emne som inngår i planen (herunder tittel, beskrivelse av emne, antall studiepoeng og emnetidspunkt (semester)).

1.3 Gjennomføring

Prosjektet hadde oppstart i mai 2022 og endelig rapportleveranse var 1. august 2022.

¹ Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) hadde ikke anledning til å delta på intervju.

2. Sykepleierutdanningen og variasjon mellom studiestedene

Innretningen av både teori- og praksisstudiene har mange fellestrekk på tvers av utdanningsinstitusjonene. Samtidig er det også forskjeller mellom både utdanningsinstitusjoner, den enkelte kommune og type tjeneste. Forskjellene knytter seg til involvering av praksislærer og praksisveileder og samhandlingen mellom disse, så vel som velferdsteknologiens rolle i utdanningen.

2.1 Sykepleierutdanning ved 13 institusjoner og 36 studiesteder

Sykepleierutdanningen er en treårig bachelorutdanning som etter bestått eksamen og praksis gir studenten mulighet til å søke autorisasjon som sykepleier. I tillegg kan sykepleiere ta videreutdanning og spesialisering innen ulike retninger etter fullført grunnutdanning, for eksempel innen psykisk helsearbeid, anesthesi-, operasjons-, intensiv-, barne- og kreftsykepleie. Denne

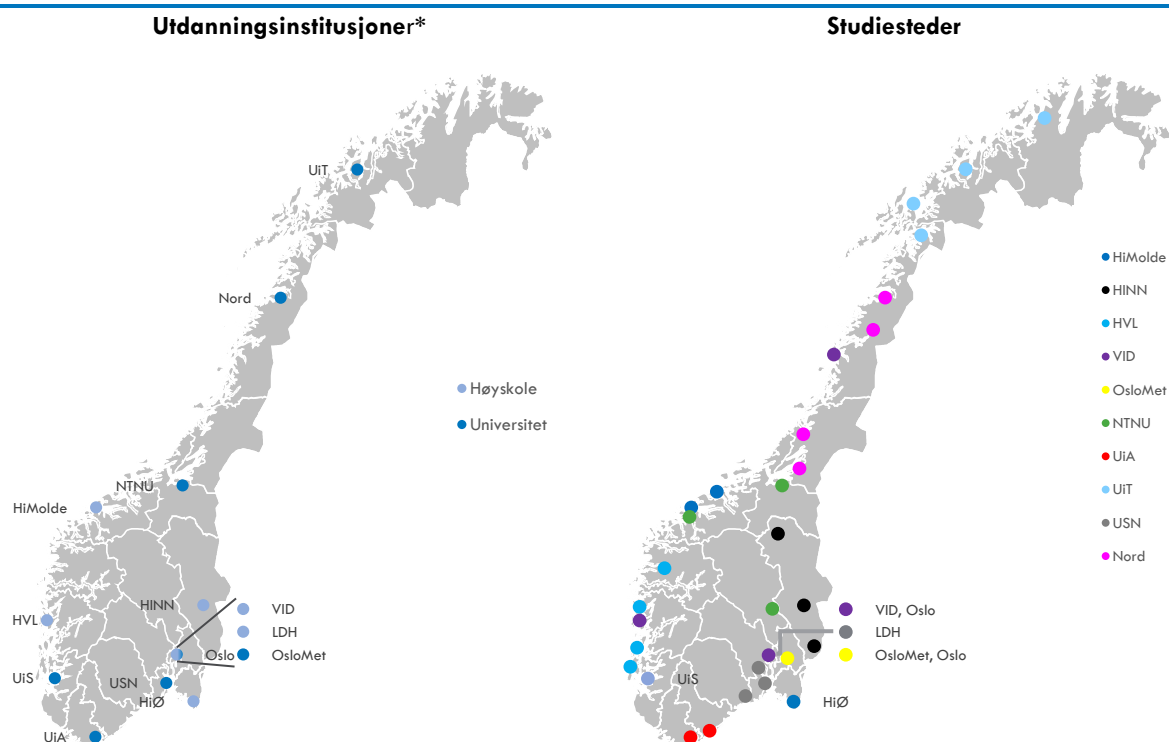
utredningen er avgrenset til bachelorutdanningen og omfatter ikke videreutdanninger.

Utdanningsinstitusjoner og studiesteder i Norge

Slik stortingsmeldingen om styring av statlige universiteter og høyskoler [11] peker på, har universitets- og høyskolelandskapet utviklet seg markant de siste tiårene. Antallet institusjoner som tilbyr sykepleierutdanning er redusert og utdanningen er spredd på flere studiesteder. Meldingen peker på at det er økt oppmerksomhet rundt kontakten med arbeids- og samfunnsliv og rundt verdien av arbeidslivsrelevans.

Det er totalt 13 høyere utdanningsinstitusjoner i Norge som tilbyr sykepleierutdanning på bachelornivå (universiteter og høyskoler). Disse utdanningene er fordelt på til sammen 36 ulike studiesteder (campus). Bare tre av utdanningsinstitusjonene har samlet utdanningen på ett studiested (HiØ, UiS, LDH), mens resten tilbyr utdanningen på flere studiesteder. Som illustrert i Figur 2-1, er studiestedene fordelt utover alle landets fylker.

Figur 2-1: Utdanningsinstitusjoner og studiesteder som tilbyr bachelorutdanning i sykepleie, 2022



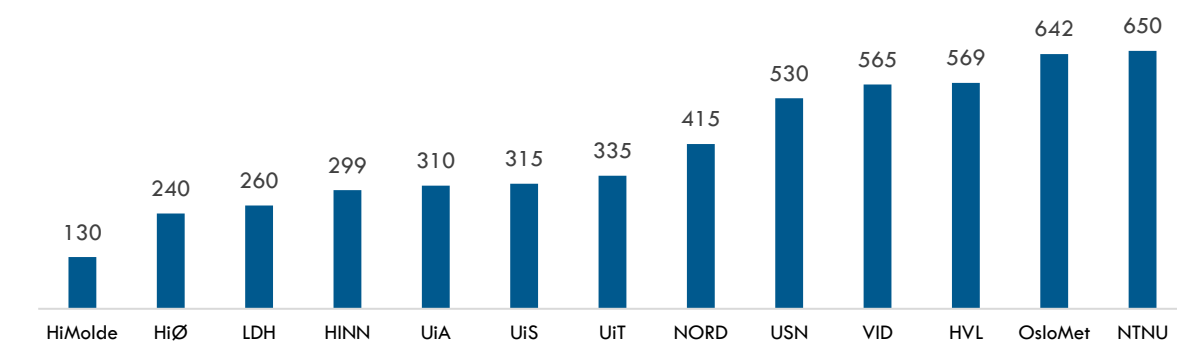
*Illustrasjon basert på lokalisering av hovedcampus for hver institusjon. Forkortelser: HiMolde: Høgskolen i Molde, HINN: Høgskolen i Innlandet, HiØ: Høgskolen i Østfold, HVL: Høgskolen på Vestlandet, VID: VID vitenskapelige høgskole, LDH: Lovisenberg diakonale høgskole, UiA: Universitetet i Agder, UiS: Universitetet i Stavanger, UiT: UiT – Norges Arktiske universitet, USN: Universitetet i Sørøst-Norge.

Studieplasser og studenter

Ved hovedopptaket i 2022 var det planlagt for 5 260 studieplasser for sykepleierutdanningen, samtidig som det var 10 223 søkere med sykepleie som sitt førstevalg. Til sammen 14 977 søkere var kvalifiserte til sykepleie, med dette studiet da enten som sitt førstevalg eller et lavere rangert valg [15]. NTNU og OsloMet var de to utdanningsinstitusjonene med flest planlagte plasser ved hovedopptaket i

2022, henholdsvis 650 og 642 plasser, etterfulgt av HVL, VID og USN, med henholdsvis 569, 565 og 530 planlagte plasser (Figur 2-2). Utdanningsinstitusjonen med færrest planlagte plasser ved hovedopptaket i 2022 var Høgskolen i Molde, med 130 planlagte plasser. I Vedlegg A presenteres fordelingen av planlagte og tilbudte studieplasser ved hovedopptaket i 2022, fordelt på de ulike studiestedene.

Figur 2-2: Antall planlagte studieplasser i sykepleierutdanningen. Hovedopptaket 2022, etter institusjon

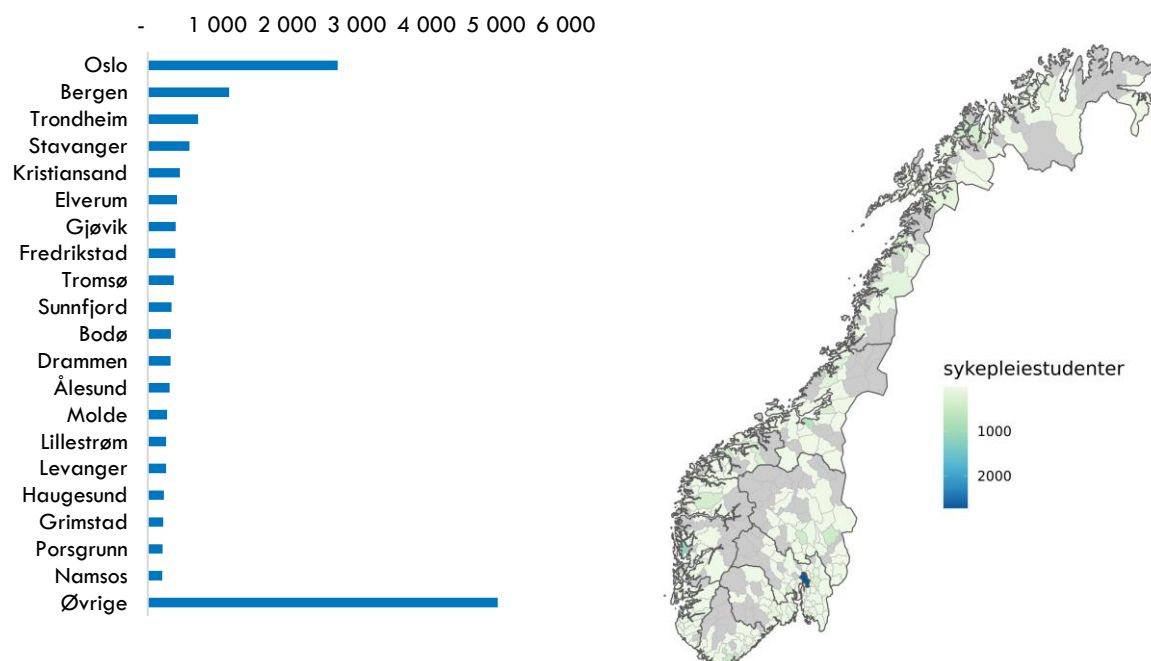


Kilde: Søknad- og opptakstall fra Samordna opptak: Opptakstall fordelt på alle studier 2022 [16].

De fleste sykepleierstudentene bor i Oslo, der flere av utdanningsinstitusjonene er lokalisert. Etter Oslo, er Bergen og Trondheim vanligste bosted, som nok følger av lokalisering av studiesteder, med NTNU i

Trondheim og to andre campus i Trøndelag (Namsos og Levanger, Nord universitet). Også Bergen har flere studiesteder, både VID og HVL.

Figur 2-3: Bosted for sykepleiestudenter (bachelor) per 1.januar 2021



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (SSB/Sikt). Merknad: På grunn av anonymiseringen som er gjort automatisk i microdata.no, så kan det hende at noen kommuner med kun noen få sykepleierstudenter ikke kommer opp i statistikken.

2.2 Sykepleierutdanningen er regulert av EU-direktiv og RETHOS

Sykepleierutdanningene i Norge er regulert av EU-direktiv og nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

2.2.1 Føringer fra EU

For å effektivisere godkjenningen av lovregulerte yrker innenfor EU-/EØS-området, behandler myndighetene søknader i tråd med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, 2005/36/EF. Direktivet gjelder også for tredjelandsborgere. Endringene i direktivet i 2013 ferdigutviklet direktiv 2013/55/EU, som omhandler godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. Her introduseres det nye bestemmelser, blant annet europeisk profesjonskort og varslingsmekanismer [17]. EU-direktiv 2005/36/EF med endringer under direktiv 2013/55/EU slår fast at utdanning for sykepleiere med ansvar for alminnelig sykepleie skal omfatte minst tre år med studier og bestå av minst 4 600 timer med teoretisk og klinisk oppæring, der den kliniske delen skal utgjøre minst 50 prosent av utdanningens varighet [18].

Føringene fra EU inkluderer kravet om at utdanningen skal gis av undervisere i sykepleiefag eller andre kvalifiserte personer, ved universiteter eller høyskoler på et nivå som er godkjent som tilsvarende. Den kliniske delen skal også inkludere direkte kontakt med friske eller syke personer og/eller grupper, og åpner for at denne utdanningen skal foregå på sykehus og andre helseinstitusjoner i landet.

Stortingsmeldingen om arbeidslivsrelevans fra 2021 [10] peker på at internasjonale regler som følger av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv forhindrer universiteter og høyskoler i å erstatte praksis med simulering. Yrkeskvalifikasjonsdirektivet er tatt inn i EØS-avtalen og Norge er dermed forpliktet til å sørge for at utdanningene omfattes av kravene i direktivet, slik som sykepleierutdanningen, tilfredsstillende kravene.

2.2.2 Nasjonale retningslinjer

I tillegg til internasjonale direktiver fra EU, ble det våren 2019 fastsatt nye nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen. Dette er resultatet av et utviklingsarbeid som har pågått siden høsten 2017 og retningslinjene er utviklet i et samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helse- og velferdstjenestene [19]. Retningslinjene måtte følges fra studieåret 2020/2021 (RETHOS 1). Siden bachelorutdanningen er treårig, vil det første kullet som har fulgt RETHOS først uteksamineres våren 2023.

For vår gjennomgang innebærer dette at vi ikke kan kartlegge hvordan ferdigutdannede kandidater, eller de som ansetter disse ferdige kandidatene, opplever RETHOS-utdanningens relevans. Vi kan imidlertid kartlegge nåværende RETHOS-studenters opplevelse av studiet, siden NOKUTs studiebarometer fra høsten 2021 er rettet mot andreårsstudenter innen høyere utdanning. For sykepleie vil dette dermed være studenter som har fulgt RETHOS i ett år allerede (2020/2021) og ved gjennomføringen av undersøkelsen nettopp hadde startet sitt andre år (2021/2022) med RETHOS.

Vi kan ikke kartlegge hvordan ferdige kandidater opplever RETHOS-utdanningens relevans, siden første kull uteksamineres våren 2023. Vi kan imidlertid kartlegge nåværende studenters opplevelse av RETHOS-utdanningen.

Målet med de nye retningslinjene er å sørge for at utdanningene er fremtidsrettet og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov [20]. Retningslinjene er forskriftsfestet, og innebærer en rekke krav til læringsutbytte for ulike kompetanseområder som skal inngå i utdanningen. For eksempel skal studentene kjenne til innovasjonsprosesser, tilegne seg digital kompetanse og tverrfaglig samarbeidskompetanse. Forskriftene skal sikre at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Forskriftene skal sikre at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Sykepleiestudiet skal sikre integrering mellom teori og praksis i tråd med kompetanseområdene dekket i retningslinjene. Den praktiske utøvelsen skal sørge for at kvaliteten og læringsutbyttet i studiet oppnås. Derfor tilstrebes kontinuitet i praksisoppfølgingen mellom utdanningsinstitusjon og praksistilbyder. Kompetanseområdene i forskriften er oppsummert i Figur 2-4 og beskrevet i teksten som følger.

Figur 2-4: Kompetanseområder i nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning



Illustrasjon: Oslo Economics.

Helse, sykdom og sykepleie: Dette kompetanseområdet er det mest omfattende og trekker blant annet frem at kandidatene skal ha bred kunnskap om menneskets grunnleggende behov, menneskets anatomi og fysiologi, sykdommer og sykdomsforløp, psykisk helse og lidelser samt kunnskap om biokjemi, mikrobiologi og antibiotikabruk. Denne kunnskapen skal kunne anvendes til å systematisere observasjoner, vurderinger, beslutninger og kunne iverksette formålsrettede sykepleietiltak i subakutte og akutte hendelser. I tillegg skal sykepleiestudiet gi kandidaten generell kompetanse i å planlegge og gjennomføre forsvarlig legemiddelhåndtering, kjenne tiltak til å ivareta liv og helse og anvende kompetanse om sammenhengen mellom helse, utdanning, arbeid og levekår, til å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering.

Sykepleierprofesjonen, etikk, kommunikasjon og samhandling: Dette området omfatter å gi kandidaten kunnskap om personkonsentrert sykepleie. Dette inkluderer kunnskap om inkludering og likestilling. Studiet skal gi kandidaten kunnskap og ferdigheter i likeverdige sykepleietilbud uavhengig av pasientens kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder. Dette området inkluderer også håndtering av etiske problemstillinger og hvordan de kan anvendes i egen praksis. Her trekkes også frem den rollen som relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse har i møte med pasienter, brukere og pårørende.

Vitenskapsteori og forskningsmetode: Dette området skal gi kandidaten kunnskap om hvordan man kan anvende vitenskapsteori og forskningsmetode i praktiske og teoretiske problemstillinger, samt hvordan man kan oppdatere sin egen fagkunnskap. Kandidaten skal også tilegne seg generell kompetanse i å planlegge og gjennomføre prosjekter, og formidle både skriftlig og muntlig sentralt fagstoff, synspunkter og erfaringer.

Faglig ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet: Dette området omfatter kunnskap i hvordan helsetjenesten ledes og organiseres, samt kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten. Det innebærer også å kjenne til risikofaktorene, prinsippene og tiltakene som bidrar til å redusere pasientskader og ha kunnskap om helse- og sosialpolitikk, inkludert gjeldende myndighetskrav og tvangsbestemmelser. Kandidatene skal klare å anvende denne kunnskapen til å beherske kartleggings-, vurderings-, dokumentasjons- og kommunikasjonsverktøy i profesjonsutøvelsen. Sykepleierutdanningen skal gi generell kompetanse i å utføre kvalitetsarbeid for å redusere uønskede hendelser og variasjon i helsetjenesten. Kandidatene skal også ha innsikt i hvordan å lede og prioritere arbeidsoppgaver i sykepleietjenesten.

Tjenesteutvikling og innovasjon: Dette området omfatter at kandidaten har kjennskap til verktøy og modeller for å drive innovasjonsprosesser, implementering og kontinuerlig forbedringsarbeid, samt metoder for brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Kandidaten skal kunne reflektere over rutiner og metoder og ta initiativ til å iverksette ny kunnskap i forbedringen og utviklingen av eksisterende arbeidsmetoder.

Teknologi og digital kompetanse: Dette området skal gi kandidaten kunnskap om teknologi og digitale løsninger i helsetjenesten samt informasjonssikkerhet i sykepleieutøvelsen. Ferdigheter kandidaten skal ha tilegnet seg, inkluderer å kunne reflektere og kritisk vurdere etiske og juridiske utfordringer ved bruk av teknologiske og digitale løsninger og kunne bruke disse som ressurser til å hjelpe pasienter og pårørende. Dette området omfatter også å tilegne seg innsikt i utviklingen og bruken av teknologi og digitale løsninger på et individ- og systemnivå og hvordan teknologien påvirker tjenesteutøvelsen.

2.3 Innhold og innretning på teori- og praksisstudiene

Sykepleierutdanningen skal sikre at det utdannes sykepleiere som er kvalifiserte for sykepleierfaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten. Dette omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, i og utenfor institusjoner.

Som beskrevet i forrige delkapittel, skal uteksaminerte sykepleiere i henhold til forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning ha felles sluttkompetanse uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Hvert studieår skal inneholde både teori- og praksisstudier, i tillegg til at det skal legges til rette for studentmobilitet og gis mulighet for valgfag.

I det følgende beskrives innholdet og innretningen av teori- og praksisstudiene i sykepleierutdanningen basert på vår gjennomgang av studieplanene og informasjon innhentet gjennom intervjuer med utdanningsinstitusjonene. Fra og med studieåret 2020/2021 har, som tidligere nevnt, alle studiesteder innenfor en utdanningsinstitusjon samme studieplan.

2.3.1 Fordeling mellom teori og praksis

Alle utdanningsinstitusjoner veksler mellom teori- og praksisstudier gjennom utdanningen. Som regel starter første året med en lengre teoribolk før man går ut i første praksis. Felles for alle utdanningsinstitusjonene i Norge er at hovedvekten av praksisstudiene er lagt til andre og tredje studieår.

Gjennom intervjuer med utdanningsinstitusjonene og gjennomgang av studieplanene, har vi kartlagt fordelingen mellom teori og praksis på de ulike utdanningsinstitusjonene. Alle utdanningsinstitusjonene trekker frem EU-kravet om 50 prosent praksis på nettsidene og/eller i intervju, og alle har flere lengre praksisperioder for å imøtekomme kravene. Det ble også påpekt i intervju at Norge, som følge av føringene fra EU, ikke kan erstatte praksis med simulering. Samtidig gjennomfører enkelte utdanningsinstitusjoner deler av praksisen ved hjelp av simulering og ferdighetstrening. Prosjektpraksis blir også brukt for å tilfredsstillende EU-kravet. Bruk av simulering i utdanningen er nærmere beskrevet i kapittel 2.3.3.

Til første praksisperiode gjennomføres teorien knyttet til praksisen før første praksis. Ved de fleste utdanningsinstitusjonene varierer det deretter om studentene har teori før eller etter praksis. Det skyldes at studentene som regel blir delt opp i grupper og ruller mellom ulike praksisarenaer, samtidig som man gjennomfører teorifagene samlet for alle studentene.

2.3.2 Innhold i teoristudiene

Teoridelen av sykepleierutdanningen favner bredt, og omfatter både naturvitenskapelige fag som anatomi og kjemi, psykologi og pedagogikk, sosiale relasjoner og juss. Generelt har studiet følgende oppbygging:

I **første studieår** er oppmerksomheten rettet mot grunnleggende sykepleie, samt å forstå hvordan «den friske» menneskekroppen fungerer, med fag som anatomi, fysiologi og biokjemi. I tillegg har flere lærersteder noe simulering det første året, der man skal tilegne seg ferdigheter innen grunnleggende sykepleie.

Andre studieår er oppmerksomheten rettet mot «den syke pasienten». Teorifagene er knyttet opp mot praksisene man skal ut i, med temaer som akutt, kronisk og kritisk sykdom, innenfor både somatikk og psykisk helse.

I **tredje studieår** har man opplæring i komplekse og sammensatte pasienttilstander og sykdomsbilder, samt ledelse av tverrfaglige grupper og pasientens forløp i behandlingsskjeden. I tillegg skriver studentene bacheloroppgave tredje studieår.

Forskjeller i teoristudiene mellom utdanningsinstitusjoner

Felles studieplaner bidrar til større likhet i sluttkompetanse hos studentene, uavhengig av studiested. Det kan oppleves som en trygghet for både studenter og arbeidsgivere. På den andre siden innebærer felles studieplaner at det blir mindre grad av fleksibilitet og mulighet for lokal tilpasning på det enkelte studiestedet. Studiestedene har ulike behov og det er ulik organisering av tjenestene, noe som kan medføre behov for lokale tilpassinger, for eksempel i organisering av praksis.

Vår gjennomgang av studieplanene ved de ulike utdanningsinstitusjonene viser variasjon i fordelingen av studiepoeng knyttet til de ulike forskriftsfestede kompetanseområdene. Det er likevel vanskelig å trekke konklusjoner basert på gjennomgang av emnenavn og tilhørende studiepoeng fra studieplanene, fordi emnenavn ikke nødvendigvis reflekterer hele innholdet i emne. I tillegg trekker flere utdanningsinstitusjoner frem at de har ulike fagdager og praksisforberedende uker hvor de har opplæring i ulike temaer, som ikke nødvendigvis ligger i studieplanene. Derfor har vi valgt å ikke presentere tall fra gjennomgangen, ettersom tallene kan gi et misvisende bilde av den faktiske opplæringen tilknyttet de ulike kompetanseområdene.

En tidligere gjennomført kartlegging av universitetenes og høyskolenes implementering av RETHOS i sykepleierutdanningen viser til at det er variasjon i hvordan ulike studiesteder vektlegger

kompetanseområdene. Det blir trukket frem at det ikke finnes føringer på vektingen, og at studiestedene gjør sin egen vekting der de selv tolker kravene i retningslinjene [21].

Av gjennomgangen av studieplanene fremgår det at antall studiepoeng knyttet til emner der teknologi og innovasjon er nevnt eksplisitt i tittelen varierer mellom utdanningsinstitusjonene. Eksempelvis har NTNU, VID og Høgskolen i Østfold egne teknologiemner, mens andre utdanningsinstitusjoner ikke har emner der tittelen er direkte knyttet til teknologi. Videre er det noe varierende hvor mange studiepoeng som går til klinisk praksis. Dette kan skyldes at enkelte utdanningsinstitusjoner erstatter deler av den kliniske praksisen med simulering eller at det benyttes praksisprosjekter. Utover dette fant vi i gjennomgangen at det generelt er liten forskjell i fordelingen av studiepoeng tilknyttet de ulike emnekategoriene mellom universitetene og høyskolene.

På oppdrag fra NSF, publiserte Vista analyse i januar 2021 en kartlegging av implementeringen av RETHOS i sykepleierutdanningen ved de ulike utdanningsinstitusjonene. I kartleggingen kom det frem at det er store variasjoner mellom utdanningsinstitusjonene i form av både søkertall, utforming og innhold i studiene [21]. I rapporten pekes det på at uklare og mange læringsutbyttebeskrivelser må tolkes og operasjonaliseres av utdanningsinstitusjonene, og at dette neppe gir felles sluttkompetanse.

2.3.3 Bruk av simulering i utdanningen

Simulering har blitt en viktig del av utdanningen ved mange lærersteder, og innebærer at man har ulike simulatorer som skal likne situasjoner i det virkelige liv. Det kan både være teknologiske «dukker» som skal likne pasienter, VR-briller eller andre virtuelle løsninger. Simulering kan fungere som et supplement til klinisk praksis, der man kan få ferdighetstrening i ulike prosedyrer, som for eksempel innleggelse av perifer venekanyler, innleggelse og stell av nasogastrisk sonde og urinkaterisering.

Simuleringsteknologien har blitt mer avansert, og simuleringstilbudet er i stadig utvikling. De fleste utdanningsinstitusjonene rapporterer om at de benytter høyteknologiske simuleringsslaber med gode muligheter for ferdighetstrening for studentene og bruken av slike laber er økende. Vårt inntrykk er at utdanningsinstitusjonene generelt opplever simulering som et velfungerende og godt supplement til praksis. Simuleringskompetanse blant de ansatte ble ikke trukket frem som en utfordring gjennom intervjuene, men enkelte pekte på at god simulering krever mye ansattressurser.

The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) har utviklet standarder for gjennomføring av simulering [22]. INACSL anbefaler at simuleringen deles i tre faser [22, 23]:

- **Prebriefing:** Gjennomgang av læringsmål, roller og innhold i scenarioet, samt en orientering om det fysiske simuleringstiljøet.
- **Gjennomføringsfasen:** Gjennomføring av simuleringen, hvor ting skal representeres slik de er for å representere troverdigheten i fagfeltet, såkalt 'Fidelity'.
- **Debriefing:** Ledes av noen som har utdannet seg innen simulering og deltakerne blir oppfordret til å reflektere over ulike aspekter ved simulering. Strukturen til debriefingen følger firenivåmodellen til Kirkpatrick (Resultater, Atferd, Læring og Reaksjoner).

I intervju med utdanningsinstitusjoner ble det nevnt at simulering kan være effektivt og sikkert når det gjelder alvorlige sykdommer og hendelser. Simulering kan sikre at studentene får trening i situasjoner som ikke nødvendigvis oppstår når de er ute i praksis, for eksempel hjerneblødning og hjerteinfarkt. Simulering kan bidra til at alle studentene får slik trening som en del av studiet, da de i varierende grad vil bli utsatt for dette i praksisdelen.

Vår opplevelse fra intervjuene er at det er ulik oppfatning av hvorvidt simulering inngår som en del av teori- eller praksisstudiene. Enkelte peker på at slik trening ikke oppfyller kravene for praksisstudier ettersom de skal inkludere direkte kontakt med friske eller syke personer og/eller grupper. Andre peker på at ferdighetstrening og simulering på universitetet utgjør en viktig del av praksisstudiene, og at slik trening kan utgjøre opptil 15 av de 90 studiepoengene som omfatter praksis.

2.3.4 Innretning og organisering av praksisstudiene

Vanligvis gjennomføres praksisutdanningen ved norske utdanningsinstitusjonene gjennom fem til seks praksisperioder, med omtrent åtte til ti uker i hver praksis. Selv om innretningen og organiseringen av praksisstudiene varierer mellom utdanningsinstitusjonene, er mye felles.

Praksisorganisering

De fleste utdanningsinstitusjonene har et lignende løp for praksisorganisering og rekkefølge på de ulike praksisene, med noen tilpasninger hos den enkelte institusjon.

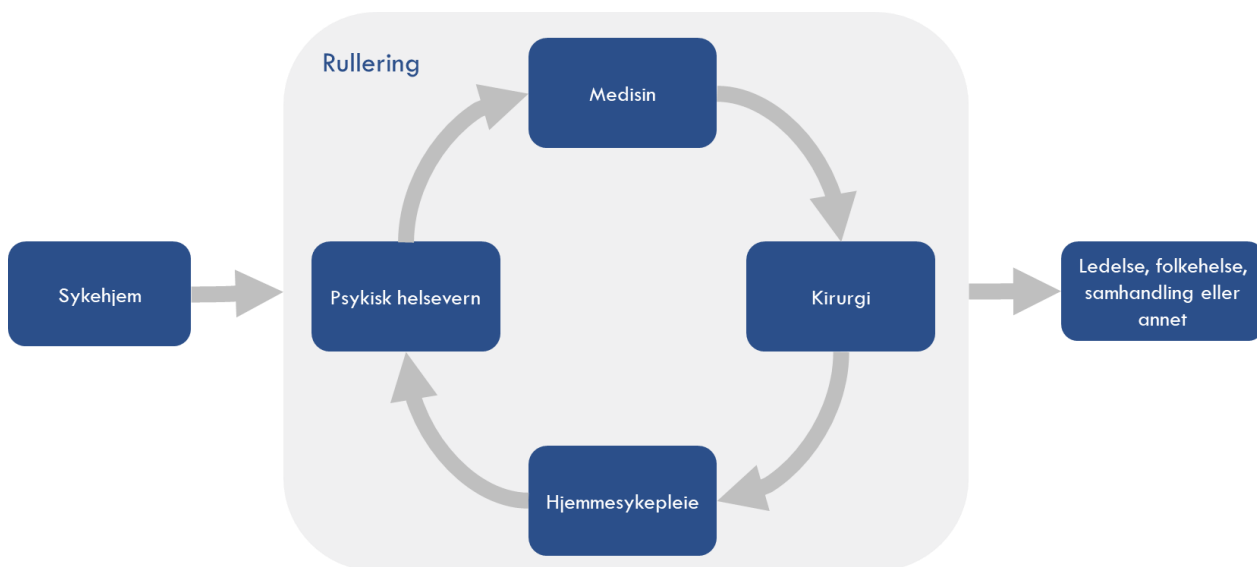
Alle utdanningsinstitusjonene gjennomfører praksis innenfor kommunale institusjonstjenester (sykehjem), medisin, kirurgi, psykisk helsevern og hjemmebaserte tjenester. I tillegg har de fleste utdanningsinstitusjoner

en sjettede praksisperiode, som legger vekt på ledelse, folkehelse eller samhandling. To av utdanningsinstitusjonene har flere enn seks praksisperioder (OsloMet og VID). Praksis i kommunale institusjonstjenester gjennomføres i all hovedsak i sykehjem, men ved noen

utdanningsinstitusjoner er deler av studentene i omsorgsbolig grunnet mangel på praksisplasser ved institusjon.

Den typiske praksisorganiseringsen er illustrert i Figur 2-5 og beskrevet i det følgende.

Figur 2-5: Den typiske praksisorganiseringsen*



Illustrasjon: Oslo Economics. *Merknad: Modellen er ment å illustrere en typisk praksisorganiseringsen. Det er variasjon mellom utdanningsinstitusjonene og flere har lokale tilpasninger som avviker fra illustrasjonen over.

I den første praksisperioden er det grunnleggende sykepleie (pleie og stell) som står sentralt, og de fleste gjennomfører denne praksisen ved sykehjem i løpet av andre halvdel av første studieår.

Generelt gjennomføres hovedvekten av praksisen ved utdanningsinstitusjonene i Norge i andre og tredje studieår, og da med oppmerksomheten på «den syke pasienten». Medisinsk og kirurgisk praksis gjennomføres som hovedregel ved somatiske sykehus, men noen utdanningsinstitusjoner har også flyttet, eller ser på muligheten for å flytte, noe av den medisinske praksisen til kommunehelsetjenesten. Høgskolen i Innlandet har eksempelvis hatt noe medisinsk praksis i kommunehelsetjenesten.

I den første praksisen (på institusjon) går alle studentene ved det enkelte studiested ut i praksis samtidig. For de følgende praksisperiodene deles som regel studentene opp i mindre grupper, og rullerer på praksisplassering. Noen utdanningsinstitusjoner har en firedeling av studentkullet, der man rullerer mellom praksis i medisin, kirurgi, psykisk helsevern og hjemmebaserte tjenester. Andre har en todelt inndeling, der man rullerer mellom medisin og kirurgi i én bolk og psykisk helsevern og hjemmebaserte tjenester i en annen. Ved enkelte studiesteder har de ikke rullering på praksisfelt og alle studentene går ut

samme praksisfelt samtidig (VID Sandnessjøen og Høgskolen på Vestlandet). Årsaken til at de fleste studiestedene deler opp kullet i mindre grupper og rullerer er begrensinger på antall praksisplasser i de ulike praksisfeltene.

I tillegg har flere av utdanningsinstitusjonene en sjettede praksisperiode, som ofte omhandler ledelse eller folkehelse, og er mer knyttet til rollen til sykepleierne i tjenesten og samhandling. Denne praksisen kan gjennomføres i ulike deler av tjenesten, men kommunehelsetjenesten blir trukket frem som et sted mange gjennomfører denne.

Nærmere om praksisperioder og praksisfelt

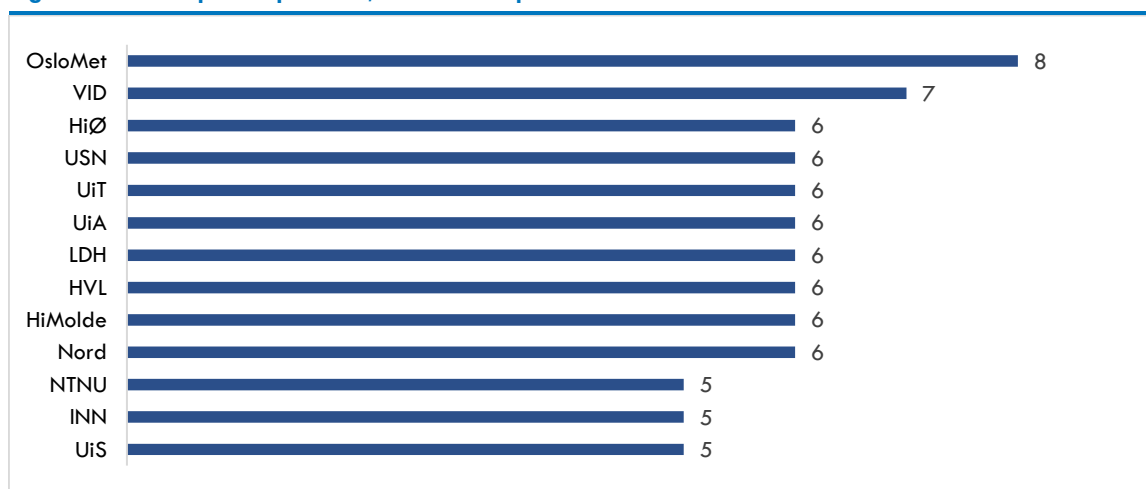
Ved hjelp av gjennomgang av studieplaner og intervjuer med utdanningsinstitusjonene, har vi kartlagt hvilke praksisfelt de ulike institusjonene gjennomfører praksis innenfor. Gjennomgangen er basert på de nyeste studieplanene, det vil si studieplanene for studentene som starter høsten 2022. Deler av praksis kan gjennomføres på utveksling, men dette er ikke hensyntatt i vår gjennomgang. For utdanningsinstitusjoner som tilbyr både heltid- og deltidsstudier har vi tatt utgangspunkt i praksisorganiseringsen for heltidsstudiet.

Høgskolen i Innlandet, NTNU og Universitetet i Stavanger har fem praksisperioder. Praksis gjennomføres i kommunal institusjonstjeneste, medisin, kirurgi, psykisk helse og hjemmebaserte tjenester.

Nord Universitet, Høgskolen i Østfold, Lovisenberg diakonale høgskole, UiT – Norges Arktiske Universitet og Universitet i Sør-Øst-Norge har seks praksisperioder innenfor kommunale institusjonstjenester, medisin, kirurgi, psykisk helse og hjemmesykepleie og ledelse. Ved UiT har de i tillegg til praksisstudier inkludert to prosjektpraksiser som avviker fra klinisk praksis. Den første er 'Prosjektpraksis barn og unge' og inkluderer helsefremmende og forebyggende sykepleie til barn. Den andre er 'Prosjektpraksis fordypningsemne' som varierer avhengig av UiT-campus. Den sistnevnte prosjektpraksisen bidrar til å sette et særpreget på studiet i tillegg til å dekke over et behov ved å utnytte kompetansen de har tilgjengelig. Eksempelvis tilbyr UiT-Narvik villmarkspleie, UiT-Hammerfest distriktsykepleie og UiT-Tromsø prosjekt i akutt medisin.

Universitetet i Agder og Høgskolen på Vestlandet og Høgskolen i Molde har også seks praksisperioder, men den sjette praksisperioden er knyttet til samhandling,

Figur 2-6: Antall praksisperioder, etter institusjon



Illustrasjon: Oslo Economics. Kilde: Gjennomgang av studieplaner og intervju med utdanningsinstitusjonene.

Praksisplasser og praksisplassering

Flere av utdanningsinstitusjonene opplyser om at det er antall tilgjengelige praksisplasser som legger begrensninger på hvor mange studenter som kan tas opp i utdanningen hvert år. De peker på at praksisplasser på kirurgisk avdeling særlig kan være flaskehalsen, men også at det er utfordringer med antall praksisplasser på andre områder. Det skyldes blant annet at sykehusene skal koordinere praksisplasser med flere yrkesutdanninger, og i noen tilfeller med flere utdanningsinstitusjoner.

kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet (UiA) og folkehelse (HVL og HiMolde), istedenfor ledelse. Høgskolen i Molde har derimot oppmerksomhet rettet mot ledelse i praksisen som gjennomføres i hjemmebaserte tjenester.

VID vitenskapelige høgskole har til sammen syv praksisperioder, der fire av praksisemnene er en blanding av teori- og praksisemner. De gjennomfører praksis i grunnleggende sykepleie i andre semester. Deretter har de rullerende praksis i medisinsk og kirurgisk avdeling. VID har i tillegg fire emner som er blandinger av teori- og praksisstudier innenfor arenaene folkehelse, sykepleiefaglig ledelse og innovasjon, sykepleie til mennesker i hjemmebasert kommunehelsetjeneste og psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

OsloMet har til sammen åtte praksisperioder. I andre semester har de praksis i grunnleggende sykepleie. Andre studieår deles studentene opp i grupper og gjennomfører praksis i medisin, kirurgi, sykepleiefaglige beslutningsprosesser og pasientsikkerhet, helsefremmende og forebyggende arbeid, psykisk helsevern, sykepleie til pasienter med sammensatte helseutfordringer og hjemmebaserte tjenester.

Flere av utdanningsinstitusjonene opplyser om at det er antall tilgjengelige praksisplasser som legger begrensninger på hvor mange studenter som kan tas opp i utdanningen hvert år.

Organiseringen av praksisplassering for studentene varierer mellom studiestedene. Ved noen utdanningsinstitusjoner får studentene velge studiested,

der loddtrekning avgjør hvem som får velge først. På andre utdanningsinstitusjoner blir studentene plassert basert på bostedsadresse.

Flere av utdanningsinstitusjonene oppgir at praksisplasser i distriktskommunene er mindre populære blant studentene, sammenlignet med mer sentrale kommuner. Utdanningsinstitusjoner i store fylker med spredt bosetning er ofte nødt til å ta i bruk praksisplasser i kommuner (eller sykehus) langt fra utdanningsinstitusjonene. Det kan medføre lang reisevei, eller at studentene må flytte midlertidig for å gjennomføre praksis. Praksisperiodene kan være relativt lange (8–10 uker), og det kan være lite ønskelig for studentene å bo borte så lenge.

Samtidig trekker flere frem at når studentene først har vært i praksis i en distriktskommune, melder flere tilbake om at de trivdes og fikk god oppfølging.

Praksisplasser i distriktskommunene er mindre populære blant studentene, sammenlignet med mer sentrale kommuner.

Praksisveilederens rolle

Praksis gjennomføres som et trepartssamarbeid mellom studenten, praksisveileder/kontaktsykepleier og praksislærer (Figur 2-7). Praksisveileder er ansatt i tjenesten og følger studenten på praksisplassen. Ved noen praksissteder har man én praksisveileder per student, mens på andre praksissteder har praksisveilederen en gruppe med to eller flere

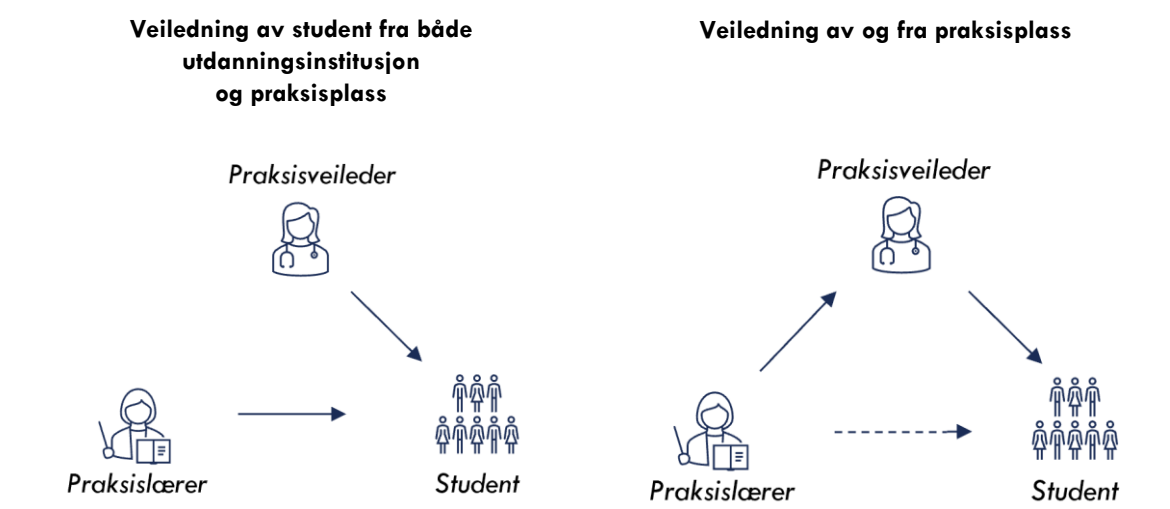
studenter. Praksislærer er ansatt på utdanningsinstitusjonen, og følger opp at læringsmålene blir nådd gjennom praksis og bidrar med oppdatert klinisk, pedagogisk og akademisk kompetanse.

Gjennom intervjuene kom det frem at det varierer hvor involvert praksislærer og praksisveileder er i gjennomføringen av praksis og hvilken rolle de tar. De fleste utdanningsinstitusjonene har et opplegg som innebærer at praksisveileder har hovedansvaret for å følge opp studenten i praksis, men at studenten, praksisveileder og praksislærer sammen gjennomfører en start-, midt- og sluttsamtale for hver praksisgjennomføring. Ved enkelte utdanningsinstitusjoner gjennomføres samtalene primært mellom praksislærer og student.

Det varierer hvor involvert praksislærer og praksisveileder er i gjennomføringen av praksis og hvilken rolle de tar.

Variierende involvering av praksisveileder kan for eksempel skyldes begrenset med tid og kapasitet eller tolkningsrom for hvor involvert man skal være som veileder. Videre kan det også skyldes ressurs hensyn eller at det er lang reisevei til de ulike praksisstudentene. I flere intervjuer ble det trukket frem at dersom det oppstår noen problemer i praksis, blir praksislærer ytterligere involvert. Etter koronapandemien har det blitt vanligere at samtalene og veiledning med praksislærer gjennomføres digitalt.

Figur 2-7: Ulike måter å organisere veiledning av studenter i praksis på



Illustrasjon Oslo Economics

Ved NTNU har de innført en ny veiledningsmodell som kalles «SVIP» - Styrket veiledning i Praksis. Modellen innebærer at praksislærer på skolen skal veilede

praksisveileder, heller enn å direkte veilede studenten (Figur 2-7). Med denne modellen er det praksisveileder som gjennomfører start-, midt- og

sluttsamtalen med studenten. Videre har en gruppe praksisveiledere møte med praksislærer ved universitetet. Modellen skal styrke kvalitet i praksis ved at praksisveileder får veiledning på sin veiledning, praksislærer får økt innsikt i praksisplassen og studentene får veiledere som har økt bevissthet om veilederrollen [24].

Gjennom intervjuene kom det frem at det kan være utfordrende å finne nok veiledere med veiledningskompetanse. Blant annet ble det pekt på at det er utfordrende å rekruttere nok veiledere, på grunn av sykepleiermangel i tjenesten, og at sykepleierne i tjenesten er presset på tid. Den enkelte blir ikke kompensert for å være praksisveileder, men flere utdanningsinstitusjoner tilbyr utdanning for veiledere i veiledningskompetanse. At det tilbys studiepoeng trekkes av utdanningsinstitusjonene frem som viktig for motivasjonen for å delta på slik utdanning. Veiledning i gruppe kan trolig delvis bidra til å redusere behovet for antall veiledere i tjenesten, men kan innebære at den enkelte får mindre individuelt tilpasset veiledning.

Det kan være utfordrende å finne nok veiledere med veiledningskompetanse.

Videre ble det nevnt i intervjuer at det kan oppstå noen utfordrende avveininger i praksisveilederrollen, fordi man skal veilede og vurdere studenten på en og samme tid. I tillegg ble det nevnt at det kan være utfordrende for praksisveileder å veilede på en god måte når det er hektiske og utfordrende dager på jobb.

Kvalitet i praksis

Kvalitet i praksis er et sentralt tema når det kommer til studiets arbeidsrelevans. God kvalitet i praksis er

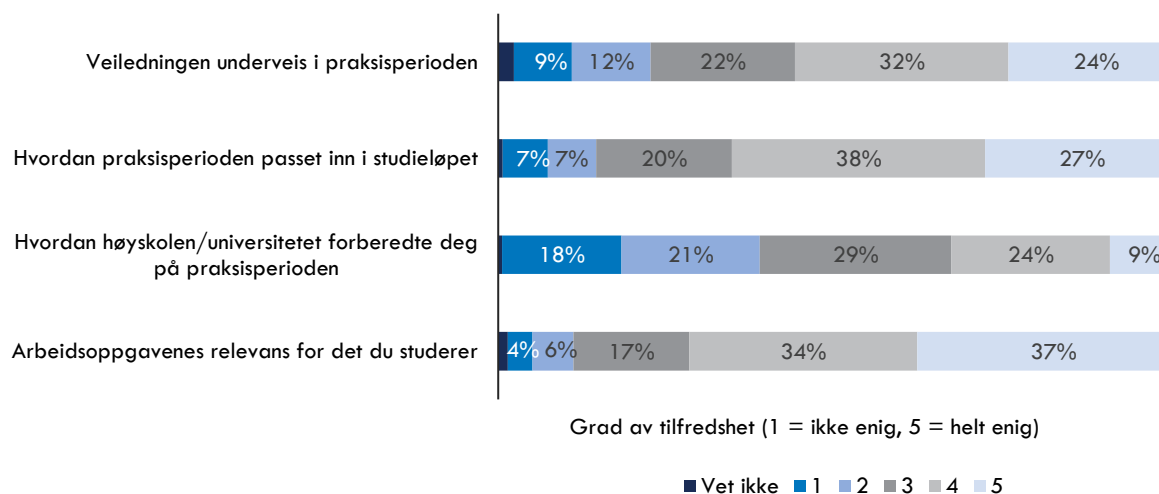
avgjørende for at sykepleiere skal få opplæring i relevante arbeidsoppgaver og forberede seg på arbeidshverdagen etter endt studie. Praksis er også en viktig rekrutteringsarena for tjenesten, og gode praksisordninger kan bidra til at studentene begynner å jobbe steder eller innenfor felt som passer deres preferanser eller egenskaper godt.

I Helsedirektoratets rapport fra 2020 om praksis i kommunene beskrives faktorer som utdanningsinstitusjonene, kommunene og studentene peker på som viktige for god kvalitet i praksis. Utdanningsinstitusjonene trakk i den sammenheng frem forutsigbarhet på antall praksisplasser, god veiledning, god kommunikasjon og samarbeid med kommunene var viktig. Kommunene mente blant annet at tid til veiledning, samarbeid, økonomi og forankring i kommuneledelsen var viktig, mens studentene trakk frem god veiledning, kompensasjon for reise- og bokostnader og at det sosiale var viktig dersom man måtte reise fra venner og kjente i forbindelse med praksis [25].

NOKUTs studiebarometer gir informasjon om studentenes vurdering av praksisperioden, og presenterer resultater per studiested. Institusjonene kan også selv bruke evalueringene for å forbedre praksisperioden. Inntrykket fra intervjuene er imidlertid at informasjonen fra evalueringene ikke systematiseres, og at det er potensial for å utnytte denne informasjonen bedre enn i dag.

Slik vi har pekt på over, kan det variere mellom både utdanningsinstitusjoner og kommuner hvordan praksis organiseres og hvor tett oppfølging studentene får. Dette vil trolig innebære at det vil kunne være en del variasjoner i opplevd kvalitet på praksisen ved ulike utdanningsinstitusjoner.

Figur 2-8: Studentenes vurdering av praksis i sykepleieutdanningen



Kilde: NOKUTs studiebarometer. Samlet for alle utdanningsinstitusjonene (hovedcampus). Andre års bachelorstudenter. Høsten 2021

Figur 2-8 og Figur 2-9 viser statistikk fra studiebarometeret knyttet til studenters opplevelse av praksis ved sitt lærersted. Studiebarometeret er en nasjonal spørreundersøkelse utført på oppdrag av Kunnskapsdepartementet som skal gi informasjon om kvaliteten på studieprogrammer som tilbys i høyere utdanning og studentenes tilfredshet med disse [26]. Spørsmålene som studentene svarer på handler om tilfredshet med veiledning, hvordan praksisperioden passet inn i studieløpet, hvordan utdanningsinstitusjonen forberedte deg på praksisperioden og arbeidsoppgavenes relevans for det du studerer. I undersøkelsen oppgir studentene et tall mellom 1 og 5, der 1 er lavest grad av tilfredshet, og 5 er høyest grad.

Siden dette er andreårsstudenter som er spurt har de allerede gjennomført første praksis, som typisk er i sykehjem. Utover dette har de trolig gjennomført praksis i enten medisin eller kirurgi, der det vil variere hva studentene har gjennomført, siden det ofte er rullering av studenter. Siden praksis i hjemmesykepleie gjerne er i siste del av studiet (og ikke innen de fyller ut NOKUTs spørreundersøkelse), vil svarene fra andreårsstudentene ikke reflektere om eller hvorvidt de er fornøyde med praksis i hjemmesykepleie.

Figur 2-8 viser at de fleste studentene som besvarte undersøkelsen er

- ganske tilfredse med veiledning i praksisperioden,
- ganske tilfredse med hvordan praksisperioden passer inn i studieløpet og
- tilfredse med arbeidsoppgavenes relevans for det de studerer.

Studentene er mindre tilfredse med hvordan utdanningsinstitusjonen forberedte dem på praksisperioden, og det er stor spredning i fordelingen. 39 prosent oppgir en skår på 1 eller 2, og kun 9 prosent oppgir 5 i grad av tilfredshet.

I ett intervju ble det nevnt at en del studenter opplever at de ikke lærer det de skal, eller blir satt til oppgaver som ikke gir læringsutbytte. Det hadde igjen sammenheng med bemanningsutfordringer i tjenesten.

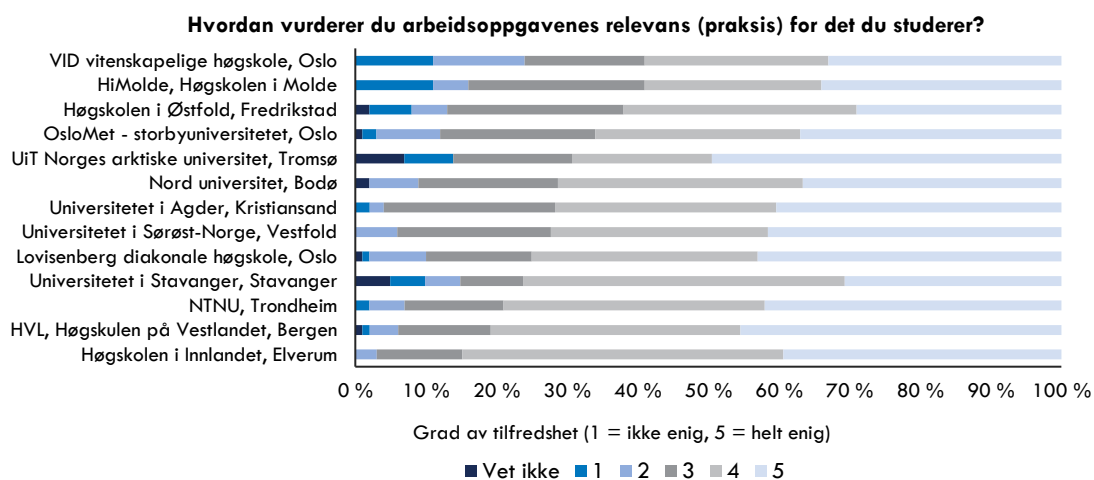
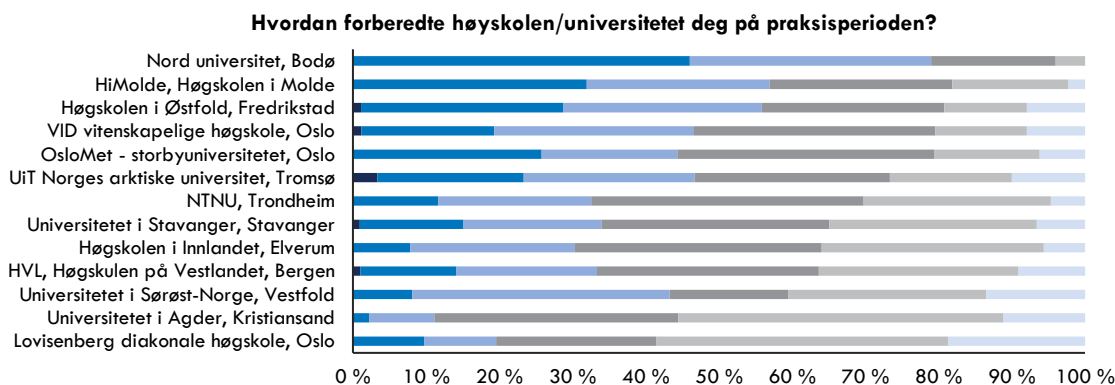
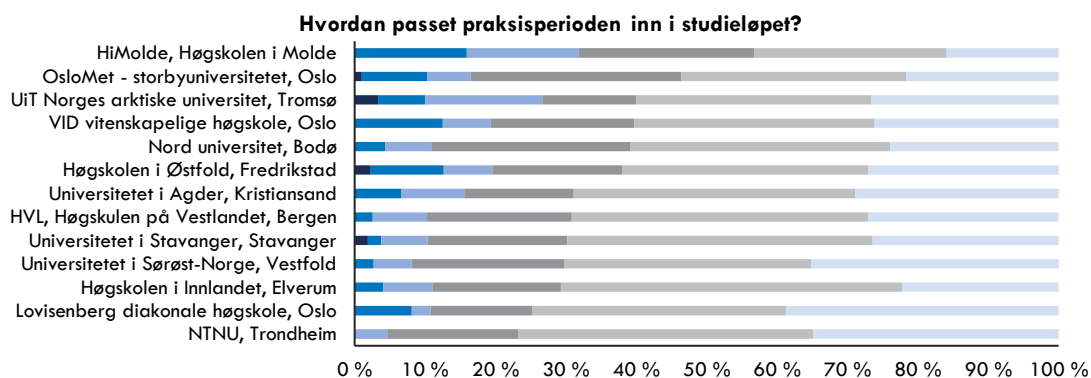
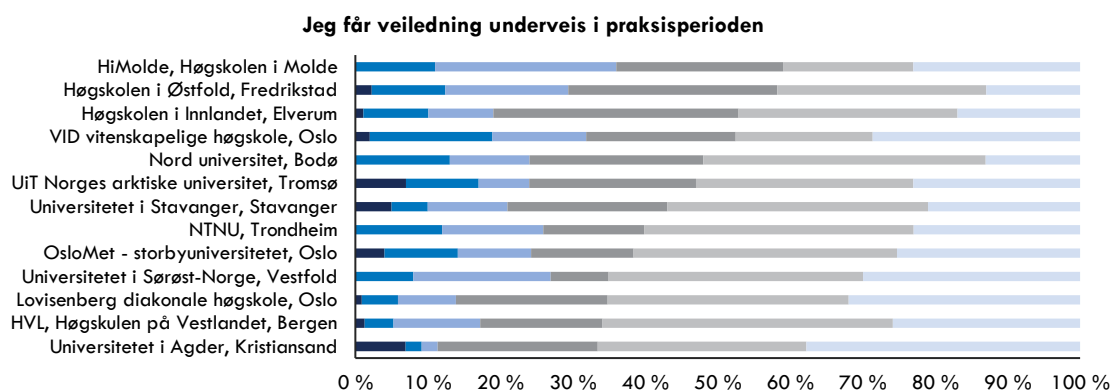
Figur 2-9 presenterer studentenes tilbakemelding knyttet til praksis fordelt etter studiested. Figurene viser at det er noe variasjon mellom studiestedene.

I den øverste figuren, som illustrerer studentenes tilfredshet med veiledning underveis i praksisperioden, oppgir Høyskolen i Østfold (Fredrikstad) og Høgskolen i Molde lavere tilfredshet, med nær 60 prosent av besvarelsene med skår 3 eller lavere. Studentene ved Høyskolen på Vestlandet (Bergen) og Universitetet i Agder (Kristiansand) oppgir høy grad av tilfredshet.

Sammenlignet med de andre studiestedene, skiller Nord Universitet (Bodø) seg ut når det gjelder studentenes tilfredshet med forberedelsene til praksisstudiene, med lav tilfredshet blant studentene. Lovisenberg (Oslo) skårer høyest i dette området med om lag 60 prosent som oppgir grad 4 eller 5 i tilfredshet.

Videre ser vi en generell trend blant studiestedene på høy grad av tilfredshet om arbeidsoppgavenes relevans (praksis) for det de studerer.

Figur 2-9 Oppsummering av studentenes tilbakemelding knyttet til praksisperioden fordelt etter studiested



Kilde: NOKUTs studiebarometer. Andre års bachelorstudenter. Høsten 2021

2.4 Mer akademisk og forskningsbasert tilnærming i teoristudiene

Det har skjedd store endringer i helsetjenesten de siste årene, og tjenestene utvikler seg raskt. Dette gjelder særlig i kommunehelsetjenesten, som både har fått flere og mer kompliserte oppgaver, blant annet som et resultat av Samhandlingsreformen. For at utdanningene skal være i tråd med utviklingen i tjenesten, er det behov for kontinuerlige oppdateringer og tilpasninger, i tillegg til jevnlig samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenestene.

Utvikling i studiet kan følge av oppdateringer av studieplaner og endringer i emner. Både i intervju med utvalgte ressurspersoner, arbeidslivsorganisasjoner og utdanningsinstitusjoner har det blitt trukket frem at sykepleierutdanningen har blitt mer akademisk og at forskningsbaserte metoder og tilnærming er en større del av utdanningen i dag enn tidligere. Det har blant annet sammenheng med at flere høyskoler har blitt universiteter og krav om at utdanning skal være både erfarings- og forskningsbasert. En mer forskningsbasert utdanning styrker sykepleieres kunnskap og kompetanse, og kan bidra til økt kvalitet i tjenesten. Trenden følger også den generelle utviklingen i helsetjenesten om at tjenestene som tilbys blir mer og mer kunnskapsbaserte og evidensbasert. Tilbakemeldingene fra intervjuene om hvorvidt dette er en ønsket utvikling varierer. På den ene siden trekkes det frem at det er positivt at utdanningen blir mer forskningsbasert, at kunnskapsnivået øker og at dette er en naturlig utvikling, mens enkelte på den andre siden peker på at det kan gå på bekostning av mer praktisk kompetanse, som er viktig for å yte gode tjenester når sykepleierne skal ut i jobb.

I et intervju med en utdanningsinstitusjon ble det trukket frem at sykepleierutdanningen både ivaretar et omsorgsperspektiv og et naturvitenskapelig/medisinsk perspektiv, og at det har variert over tid hvilket perspektiv som dominerer. De siste årene har det medisinske perspektivet stått sterkt, mens tidligere var det omsorgsperspektivet som stod sterkest.

2.5 Føringer gir begrenset mulighet for justeringer i studieplaner

Innføringen av RETHOS i studieplanene i studieåret 2020/2021 førte til en større oppdatering av studieplanene ved alle utdanningsinstitusjonene.

Utover dette gjennomføres oppdateringer som mindre endringer innad i de enkelte emnene, etter årlige emneevalueringer. Eksempler på mindre

oppdateringer som har blitt gjort var å få inn større vekt på alternative metoder til tvang i psykiatrien, demens fikk en mer sentral plass i pensum fordi det var behov for økt kompetanse på dette, og å få inn mer om sykepleierens rolle i organisasjonen i et fag som omhandlet organisasjon og ledelse.

Flere nevnte i intervju at kombinasjonen av EU-kravet om 50 prosent praksis og omfattende retningslinjer knyttet til innholdet i teoristudiene gjør at det er lite rom for å gjøre endringer i studieplanene og lokale tilpasninger av studieprogrammer. Dette trekkes frem som negativt, både fordi behovet i tjenesten endrer seg med tiden, kompetansen blant de ansatte kan variere og at studentene har ulike behov og ønsker.

2.6 Velferdsteknologi og innovasjon har fått større plass i utdanningen

Flere av utdanningsinstitusjonene peker på at de nå vektlegger teknologi og digital innovasjon i utdanningen i større grad enn tidligere. Dette skjer gjennom innføring av nye emner eller tilpassing av eksisterende emner, eller gjennom ulike fagdager eller seminarer. Eksempelvis har NTNU inkludert et obligatorisk emne om teknologiforståelse, og Høyskolen i Østfold har fått inn et tverrfaglig emne om digitalisering i helse- og velferdssektoren.

I vår gjennomgang av studieplanene fant vi at flere utdanningsinstitusjoner har få eller ingen studiepoeng knyttet til velferdsteknologi og teknologiforståelse. Etersom gjennomgangen var basert på emnenavn vil den ikke nødvendigvis gi et fullstendig bilde av opplæring i velferdsteknologi i et studieprogram. Enkelte tema kan inngå i pensum i et emne, uten at det reflekteres i emnets tittel. I tillegg kan opplæring i velferdsteknologi skje gjennom fagdager og praksisforberedende dager, uten at det opplyses om dette i studieplanene. Gjennomgangen viser likevel at det er forskjeller mellom utdanningsinstitusjonene, og at det kan være krevende å definere emnetittel da flere temaer inngår i et enkelt emne.

Eksempler på type fag der velferdsteknologi inngår i tittelen er 'Teknologiforståelse' ved NTNU, 'Digitalisation and interdisciplinary collaboration in health and welfare services' ved HiØ og 'Sykepleiefaglig ledelse, samfunnsvitenskap og teknologi' ved UiT Norges arktiske universitet.

I faget 'Teknologiforståelse' ved NTNU «får studentene en introduksjon til problemstillinger innen bruk av digital teknologi i medisinsk- og helsefaglig profesjonsutøvelse» [27]. Dette emnet avlegges i femte semester og utgjør syv og et halvt studiepoeng.

Gjennomgangen av studieplanen viser at de fleste studiestedene som har egne teknologiemner (basert

på tittel), har disse i andre og tredje studieår. Kun ett studiested har teknologiemne i første studieår.

Flere av informantene trekker frem at velferdsteknologi og teknologiforståelse har fått en større plass i studieplanene enn tidligere. Likevel nevner flertallet av utdanningsinstitusjonene at de gjerne kunne hatt enda mer av dette i studieprogrammet. God teknologiopplæring i utdanningen kan føre til bedre og mer utbredt bruk i tjenestene, når disse studentene kommer ut i jobb.

Enkelte utdanningsinstitusjoner ivaretar teknologiopplæring i både teori- og praksisstudier, mens andre har teknologiopplæring primært som en del av praksisutdanningen. Graden av opplæring i velferdsteknologi gjennom praksis vil avhenge av bruken av velferdsteknologi ved det enkelte praksisstedet. Det ble i intervjuene trukket frem at det er en forutsetning at teknologien tas i bruk i tjenesten for at studentene skal få opplæring i teknologiske løsninger som en del av praksisperioden. I kapittel 3.3 viser vi at det stor variasjon mellom ulike kommuner i antall brukere med velferdsteknologi. Det kan derfor variere hvor mye, og hvilken type, teknologi studenten får observert eller brukt som student under praksis.

I intervjuene var det flere som trakk frem at det kan være utfordrende å lære opp studenter i velferdsteknologi som en del av teoristudiene, fordi det finnes så mange ulike teknologiske løsninger, og det er ressurskrevende i form av både tid og penger å lære opp studentene i de ulike løsningene. Teknologiopplæring i teoristudiene vil derfor typisk være emner som legger vekt på teknologiforståelse

og utfordringer/muligheter som ligger i bruk av teknologiske løsninger, heller enn at man lærer å bruke den konkrete teknologien. Samtidig ble det påpekt at enkelte kommuner ytrer et ønske om at studentene skal kunne konkrete teknologiske løsninger når de er ferdigutdannet, men at dette er krevende for utdanningsinstitusjonene å etterkomme da det finnes så mange forskjellige løsninger.

Videre ble det trukket frem at det er varierende interesse og kunnskap blant de ansatte, og at initiativ til teknologiopplæring gjerne kom fra ansatte som er interessert i det. Dette kan bidra til at det oppstår variasjoner fra studiested til studiested.

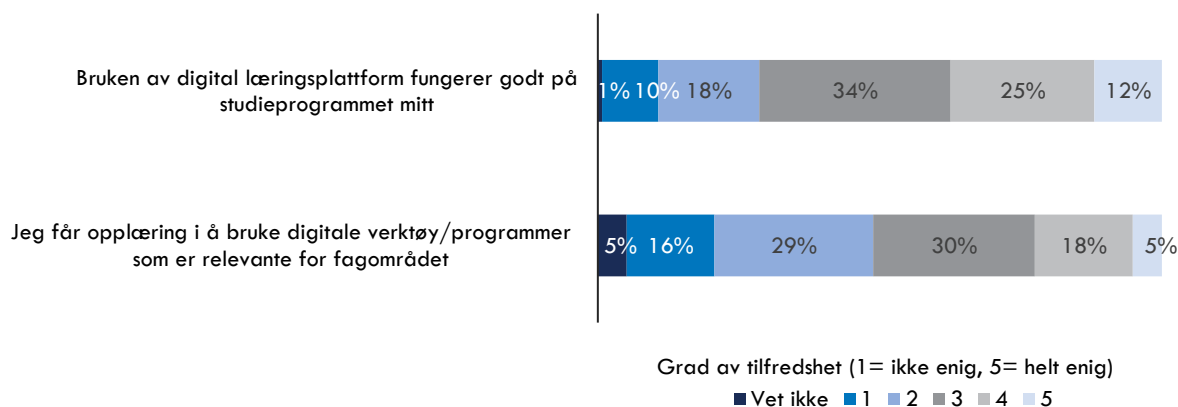
Figur 2-10 illustrerer statistikk hentet fra Studiebarometeret, som viser sykepleierstudentenes tilfredshet med bruken og opplæringen av digitale verktøy i studieprogrammet. Tilfredshet måles på en skala fra 1 til 5, der 1 er laveste graden av tilfredshet og 5 er høyest.

Flere av utdanningsinstitusjonene som har «rene» teknologifag har dette andre og tredje året, det vil si i stor grad etter undersøkelsen ble gjennomført, som kan virke inn på svarene.

Resultatene viser at en betydelig andel av studentene er lite eller middels tilfredse med

- bruken av digital læringsplattform i utdanningen (det er stor spredning i fordelingen) og med
- opplæring i digitale verktøy/programmer som er relevante for fagområdet.

Figur 2-10: Studentenes tilbakemeldinger knyttet til bruken av digitale verktøy



Kilde: Hentet fra Studiebarometeret. Alle utdanningsinstitusjonene (hovedcampus). Andre års bachelorstudenter. Høsten 2021

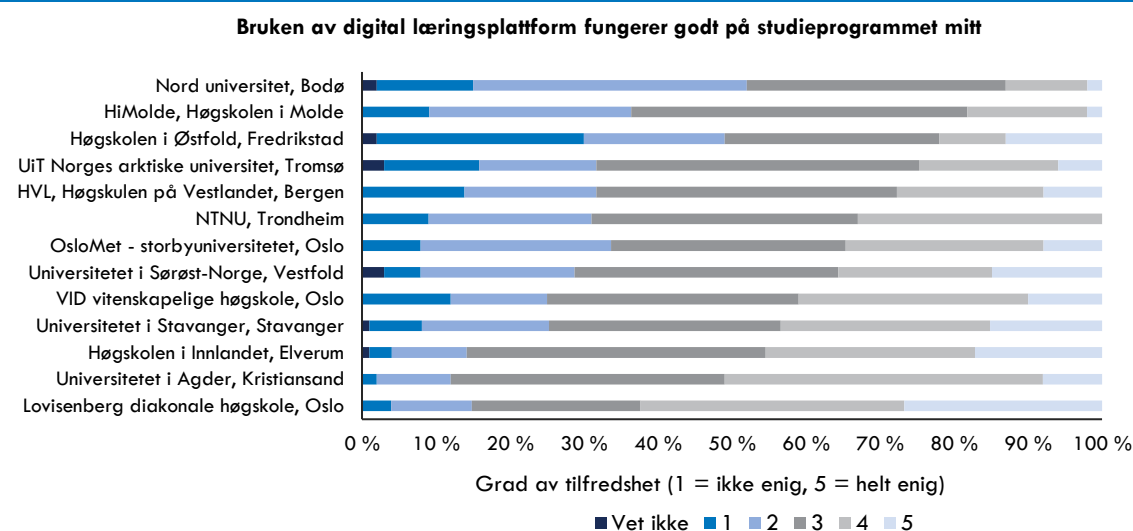
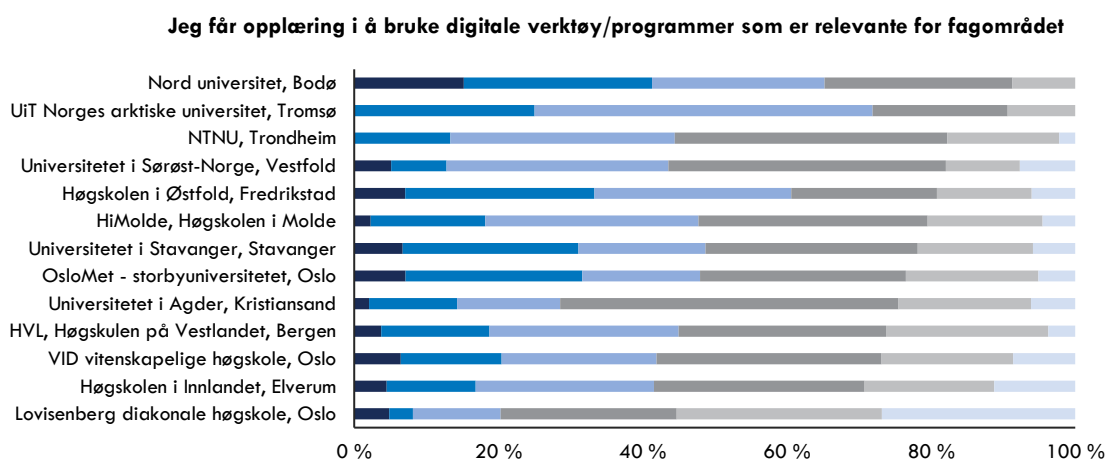
Figur 2-14 oppsummerer studentenes tilfredshet i hvorvidt de får opplæring i å bruke digitale verktøy/programmer som er relevante for fagområdet og om bruken fungerer godt i studieprogrammet, fordelt på de ulike utdanningsinstitusjonene.

Som det fremgår av den første figuren, viser studentene ved UiT Norges Arktiske Universitet (Tromsø) lav tilfredshet i opplæring i å bruke digitale verktøy/programmer, mens studentene ved Lovisenberg (Oslo) viser høy grad av tilfredshet med nær 60 prosent som oppgir grad 4 eller 5.

Sammenlignet med de andre studiestedene oppgir Lovisenberg (Oslo) også høy grad av tilfredshet i at bruken av digitale plattformer fungerer godt i studieprogrammet. Nord Universitet (Bodø) og

Høgskolen i Molde har derimot lavest grad av tilfredshet blant sine studenter- hvor nær 80 prosent oppgir grad 3 eller lavere.

Figur 2-11 Oppsummering av studentenes tilbakemelding knyttet til digitale verktøy etter studiested



Kilde: NOKUTs studiebarometer Andre års bachelorstudenter. Høsten 2021

2.7 Ønske om tettere samarbeid

Et sentralt tema i intervjuene med utdanningsinstitusjonene var knyttet til samarbeidet med den kommunale helsetjenesten og innad i utdanningssektoren. I det følgende beskrives hovedfunnene fra denne delen av intervjuene.

2.7.1 Samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenesten

Utdanningsinstitusjonene rapporterer om at samarbeid med kommunen i hovedsak foregår gjennom organisering og gjennomføring av praksis, og at dialogen særlig er knyttet til antall praksisplasser kommunene kan tilby. Videre rapporterer de aller fleste utdanningsinstitusjonene at de har formelle råd eller samlinger der kommunene er representert. Disse

møtepunktene er en viktig arena for å kommunisere tjenestens behov, utfordringer knyttet til organisering og gjennomføring av praksis.

Samarbeid mellom utdanningene og kommunene foregår i tillegg gjennom ulike prosjektarbeid og forskningsprosjekter i kommunen. Eksempelvis har KS og Universitetet i Agder hatt et omfattende samarbeid gjennom KS-prosjektet Jobbvinner. Jobbvinner er et samarbeidsprosjekt for å rekruttere, beholde og utvikle sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunene [28].

Kombinerte stillinger trekkes også frem som et tiltak som bidrar til at samarbeidet mellom utdanningen og praksisfeltet styrkes. Kombinerte stillinger kan være at undervisere ved utdanningen har deler av sin stilling tilknyttet klinisk praksis i sykehus eller den kommunale

helsetjenesten. Oppgavene kan være en kombinasjon av oppfølging av studenter, fagutviklings- og forskningsprosjekter og klinisk sykepleierarbeid. Slike stillinger kan også innebære at ansatte i tjenesten (for eksempel praksisveileder) kombinerer klinisk arbeid med undervisningsoppgaver eller jevnlig tilstedeværelse ved utdanningsinstitusjonen. Forsøk med kombinerte stillinger har vært utprøvd i Norge, og det har blitt anbefalt at det etableres flere kombinerte stillinger for å styrke studentveiledningen [29, 30].

Videre er det flere av utdanningsinstitusjonene som gjennom intervjuene rapporterte om at representanter fra kommunene holder forelesninger eller innlegg ved utdanningsinstitusjonene, for eksempel knyttet til hvordan det er å jobbe i tjenesten som en del av forberedelsene til et praksisforhold. Det ble pekt på at dette er en viktig del av det praksisforberedende arbeidet, og både studenter og tjenesten er godt fornøyde med et slikt samarbeid.

Gjennom intervju med både kommuner og utdanningsinstitusjoner ble det nevnt at begge aktører ønsker et tettere samarbeid, særlig med tanke på teoridelen av utdanningen. Det ble nevnt at en utfordring er at kommunene er travle og arbeidsbelastningen til de ansatte er stor. Én institusjon forklarte at det er lettere for utdanningsinstitusjonene å gjøre endringer når kommunene «står sammen», ettersom ulike kommuner kan ha ulike behov.

Basert på intervjuene med utdanningsinstitusjonene opplever vi at det er stor variasjon i hvor strukturert kommunikasjonen mellom tjenesten og utdanningsinstitusjonene er. Det ble gjennom intervjuene trukket frem at flere utdanningsinstitusjoner jobber systematisk med å etablere en god dialog med tjenesten og at kommunikasjonen ofte gjøres på ulike nivåer. Ledelsen ved utdanningsinstitusjonen og tjenesten har ofte en overordnet dialog om antall praksisplasser, praksisrullering og eventuelle omlegginger av studieplanen, mens eneansvarlige kan ha direkte kontakt med tjenesten ved utforming av kursinnhold, for eksempel gjennom faste møter. Videre er det ofte jevnlig kontakt mellom praksislærer og praksisveileder i forbindelse med at studenten er i praksis.

2.7.2 Samarbeid mellom studiestedene innad i utdanningsinstitusjonene

Gjennom intervjuene rapporterte flere utdanningsinstitusjoner at innføringen av felles

studieplan for de ulike studiesteder innad i en utdanningsinstitusjon førte med seg økt samarbeid mellom de ulike studiestedene. Det ble påpekt at felles studieplan har ført til større arbeidsfelleskap, og at man kan trekke på fagkompetanse seg imellom.

2.7.3 Samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene

Generelt virker det å være lite formelt samarbeid mellom de ulike utdanningsinstitusjonene. Flere peker på ønske om et tettere samarbeid, men at samarbeidet i hovedsak foregår gjennom forskning eller ulike fagforum, for eksempel forum for simulering.

2.7.4 Samarbeid med andre studieretninger

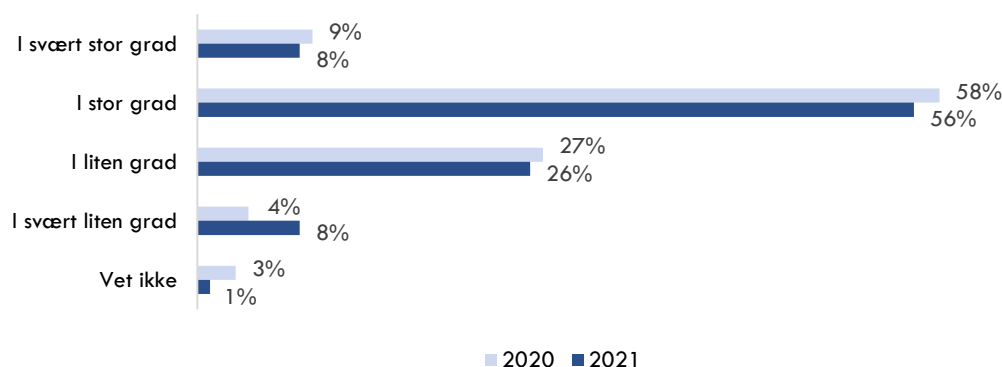
Flere av utdanningsinstitusjonene tilbyr tverrfaglige emner, der sykepleiere kan ta fag sammen med andre helse- og/eller sosialutdanninger. De tverrfaglige emnene er enten teoriemner eller at man øver på simulering med andre utdanninger. Det trekkes frem som positivt dersom man får til å tilby fellesfag for flere utdanninger, særlig fordi det er nyttig for studentene å få innblikk i kompetansen til andre fagfelt de ofte må samhandle med i arbeidslivet. Logistikk knyttet til praksistidspunkt for de ulike utdanningene ble trukket frem som den største utfordringen for å få til fellesfag.

2.8 Mange studenter opplever utdanningen som relevant

NSFs avgangsundersøkelse kartlegger blant annet kandidatenes oppfatning av i hvilken grad utdanningen gjorde dem forberedt på arbeidslivet. Siste tilgjengelige data fra denne undersøkelsen er 2021, og denne omfatter derfor kandidater som begynte utdanningen før innføringen av de nye retningslinjene (RETHOS).

Figur 2-12 illustrerer sykepleiekandidatenes tilfredshet med hvor forberedt de var for arbeidslivet. De fleste rapporterer om høy grad av tilfredshet når det gjelder å være forberedt på arbeidslivet, mens om lag en tredjedel opplever at utdanningen i liten grad eller svært liten grad gjør dem forberedt på det de møtte da de begynte i jobb. Sammenlignet med 2020, oppga en større andel av kandidatene i 2021 (8% mot 4%) at de i svært liten grad var forberedt på det som møtte dem i arbeidslivet.

Figur 2-12: I hvilken grad vil du si at sykepleierutdanningen forberedte deg på det som møtte deg i arbeidslivet? Kandidater 2020 og 2021



Kilde: NSF's avgangsundersøkelse

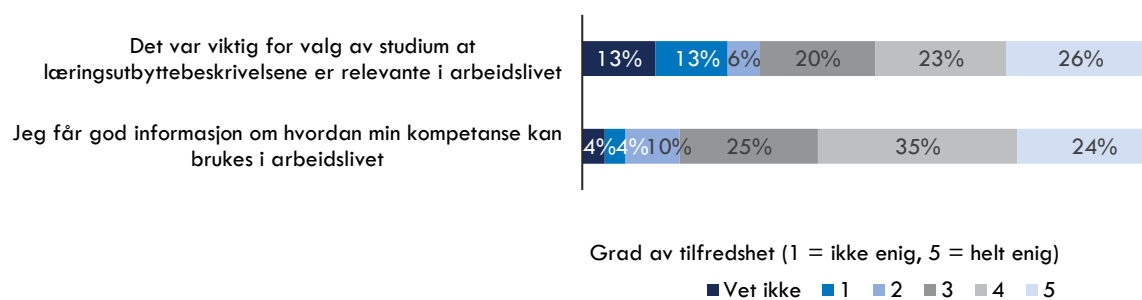
NOKUTs rapport om hovedtendensene fra studiebarometeret blant andreårsstudentene høsten 2021, som dermed har fulgt RETHOS, viser at sykepleierutdanningen er en av studieretningene med lavest grad av tilfredshet, med en merkbar nedgang gjennom koronapandemien [26].

Figur 2-13 illustrerer studentenes tilfredshet med læringsutbyttet i studiet og ferdighetene de tilegner seg og hvor relevant de er for arbeidslivet. På spørsmålet knyttet til viktigheten av at læringsutbyttebeskrivelsene er relevante for arbeidslivet svarer nær 50 prosent at de var enige (4 eller 5). I overkant av ti prosent av studentene svarer

at dette ikke var viktig for dem ved valg av studier. Nær 60 prosent gir tilbakemelding om at de får god informasjon om hvordan kompetansen kan brukes i arbeidslivet, og kun fire prosent oppgir å være helt uenige i dette.

Studentene formidler at det oppleves å være store forskjeller mellom arbeidssteder, også mellom avdelinger i samme institusjon. På noen steder får de anvendt «de mer avanserte delene av pensum», mens på andre steder overlates dette til andre yrkesgrupper. Dette kan skape frustrasjon når man ikke får anvendt det man har lært.

Figur 2-13 Studentenes tilbakemeldinger om viktigheten av relevansen av studiet for arbeidslivet og informasjon om hvordan kompetanse kan brukes i arbeidslivet (alle utdanningsinstitusjonene)



Kilde: NOKUTs studiebarometer. Data for Høgskolen i Molde, Universitetet i Sørøst-Norge (Vestfold), UiT- Norges arktiske universitet (Tromsø) og NTNU (Trondheim) er ikke tilgjengelig for spørsmål 1. Andre års bachelorstudenter. Høsten 2021

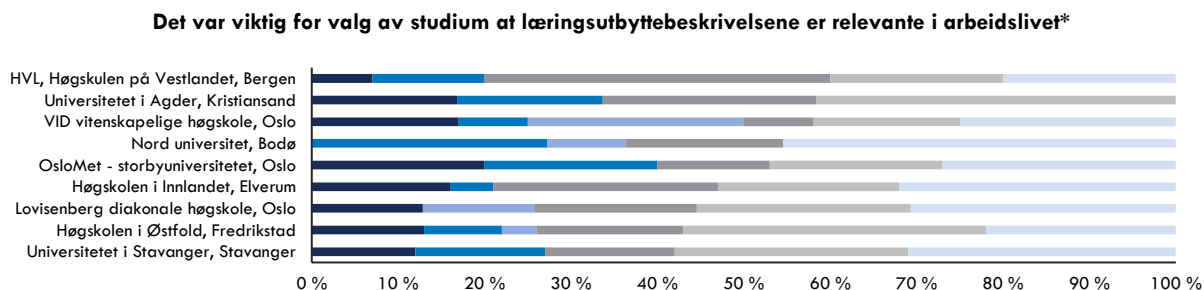
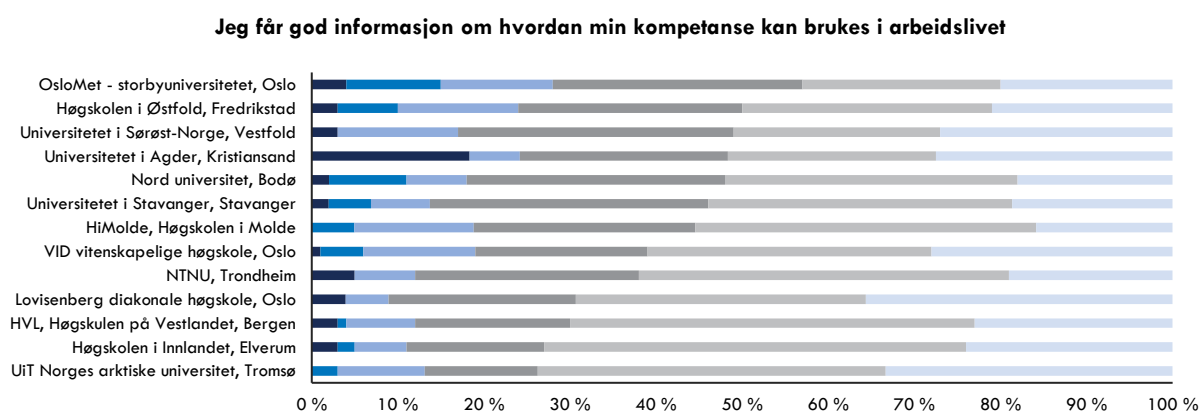
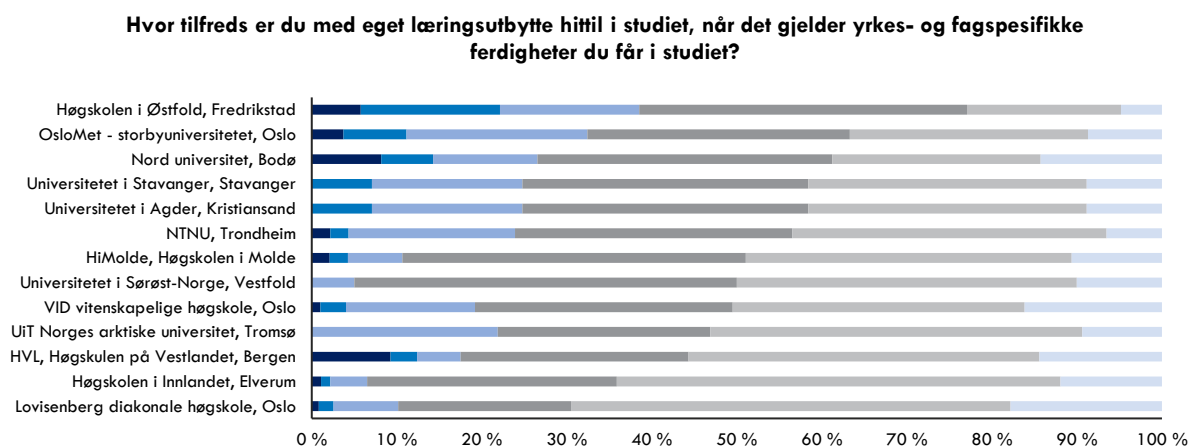
I Figur 2-14 presenteres studentenes tilbakemeldinger på spørsmål knyttet til utdanningens relevans. Figuren viser at det er noen forskjeller mellom studiestedene.

For eksempel oppgir studenter ved Høgskolen i Østfold (Fredrikstad) i mindre grad å være tilfredse med læringsutbytte når det gjelder yrkes- og fagspesifikke ferdigheter, mens studentene ved Lovisenberg, Høgskolen i Innlandet og HVL oppgir høy grad av tilfredshet.

Videre oppgir studentene ved Høgskolen i Innlandet, UiA, UiT, Lovisenberg og HVL i større grad at de får god informasjon om hvordan kompetansen kan brukes i arbeidslivet.

Sammenlignet med de andre studiestedene opplyser studenter ved VID og Nord universitet at det i liten grad var viktig at læringsutbyttebeskrivelsene er relevante i arbeidslivet ved valg av studium.

Figur 2-14: Oppsummering av studentenes tilbakemelding knyttet til relevans fordelt etter studiested



Grad av tilfredshet (1 = Ikke enig - 5 = Helt enig)

■ Vet ikke ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5

Kilde: NOKUTs studiebarometer. Andre års bachelorstudenter. Høsten 2021. *data for Høgskolen i Molde, Universitetet i Sørøst-Norge (Vestfold), UiT- Norges arktiske universitet (Tromsø) og NTNU (Trondheim) er ikke tilgjengelig.

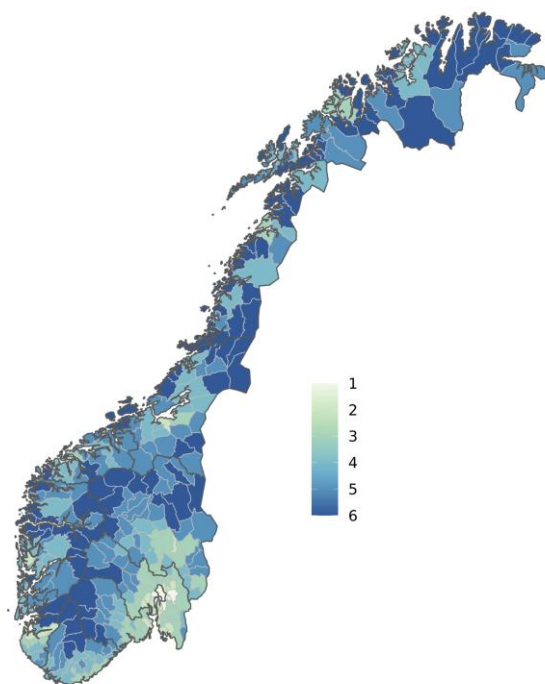
3. Kommunenes behov i dag og i fremtiden

Norge består i stor grad av distriktskommuner. Jo mindre sentrale kommunene er, jo sterkere ventes andelen eldre å øke. Dette vil legge press på den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Oppgavedeling, digitalisering, innovasjon og bruk av velferdsteknologi blir desto viktigere for å kunne møte dagens og fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester, og dette bør reflekteres i sykepleierutdanningen.

3.1 Krevende å rekruttere sykepleiere til distriktskommunene

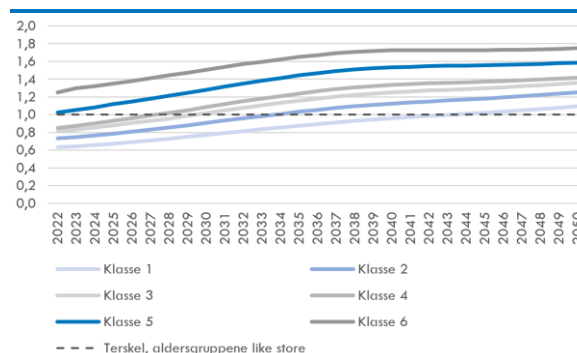
Den økende andelen eldre vil øke behovet for sykepleiere i kommunehelsetjenestene fremover. Norge består i stor grad av distriktskommuner (Figur 3-1). Jo mindre sentrale kommunene er, jo sterkere ventes eldre som andel av yngre (eldrebrøken) å øke, samlet sett for hver sentralitetsklasse [31]. Slik Distriktsdemografiutvalget forklarer [12], kan det dermed særlig i distriktskommunene bli utfordrende å sørge for gode pleie- og omsorgstjenester.

Figur 3-1: Kommuner, etter sentralitet, der 1 er mest sentral og 6 er minst sentral. 2020



Illustrasjon: Oslo Economics: Datakilde: Kartverket og SSB. Distriktskommuner defineres gjerne som de to eller tre minst sentrale klassene, klasse, 4, 5 og 6 [12].

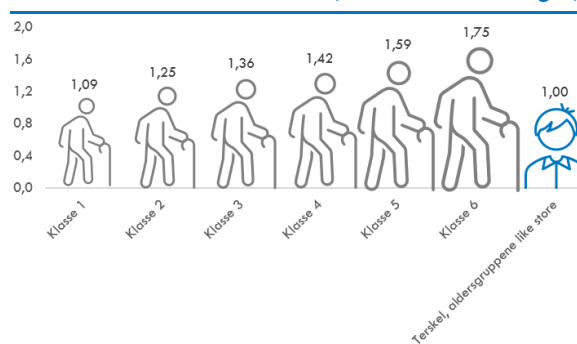
Figur 3-2: Eldre (65+) som andel av yngre (0-19 år), etter sentralitet, basert på SSBs framskrivninger



Kilde: Figur i Skule [31], gjenskapt ved å koble SSBs sentralitetsklasser (2020) til SSBs nyeste befolkningsframskrivninger [32], publisert i juni 2022. Folketall i kommuner i hver sentralitetsklasse er summert.

Figur 3-2 viser at dersom vi ser aldersgruppene samlet for hver sentralitetsklasse, så er det allerede i utgangsåret 2022 i den minst sentrale klassen 1,25 personer i aldersgruppen 65 år og eldre per person i aldersgruppen 0-19 år. Denne andelen vokser til 1,75 i år 2050. I den mest sentrale klassen er det bare 0,65 personer i den eldste gruppen per person i den yngste gruppen. Og i 2050 er den eldste gruppen bare litt større enn den yngste, som illustrert i Figur 3-3.

Figur 3-3: Eldre (65+) som andel av yngre (0-19 år), etter sentralitetsklasse. 2050 (SSBs fremskrivninger)



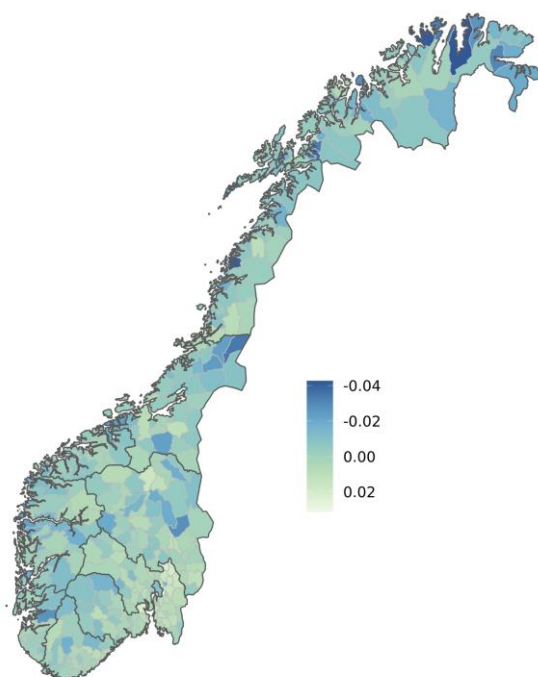
Kilde: SSBs sentralitetsklasser (2020) er koblet til SSBs nyeste befolkningsframskrivninger [32], publisert i juni 2022. Folketall i kommuner i hver sentralitetsklasse er summert.

Figur 3-4 viser innenlandsk nettoinnflytting, som andel av befolkningen i kommunen. I flere av kommunene særlig i Troms og Finnmark var denne andelen rundt minus 3 eller 4 prosent. I flere av kommunene i Viken var derimot andelen positive 2 eller 3 prosent. I 158 kommuner (44 prosent av alle kommunene) var innenlandsk nettoinnflytting, som andel av befolkning i kommunen, tilnærmet lik 0. Distriktsdemografiutvalget peker på flere stabiliserende krefter i folketallet i distriktskommunene, som at beholdningen av unge i

distriktskommunene er lav i utgangspunktet, og dermed vil andelen som flytter ut være lav. Motsatt kommer noen unge fortsatt til distriktene, og da fra en større beholdning. Og samtidig gir veksten i antall eldre i seg selv en større befolkning. Distriktsdemografiutvalget peker også på at innvandrere som kommer til distriktene fra utlandet utvandrer i liten grad [12].

Slik informantene i flere av intervjuene vi har gjennomført peker på, kan det være krevende å rekruttere til sykepleierutdanning i distriktskommuner, så vel som å beholde sykepleiere i distriktskommunene etter endt utdanning.

Figur 3-4: Innenlandsk nettoinnflytting 2021, som andel av befolkning 1. januar 2022



Kilde: SSBs statistikkbank, tabell 07459 og 05471.

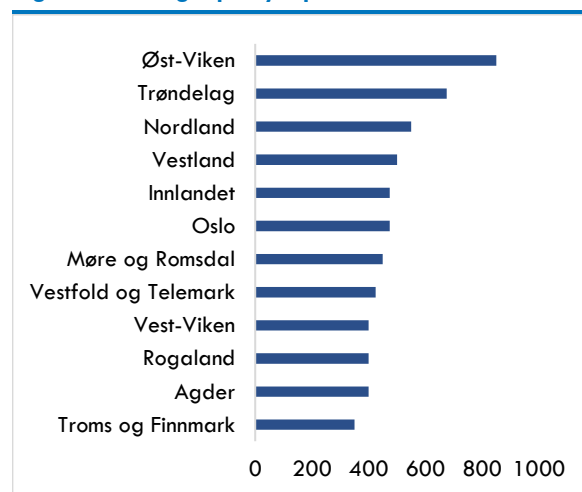
3.2 Lav arbeidsledighet og mangel på sykepleiere

Det er arbeidstakers marked med forsvinnende lav arbeidsledighet. Gjennom vårmånedene har antall helt ledige 'sykepleiere og jordmødre', som NAV bruker som en samlebetegnelse for sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og vernepleiere, ligget i snitt på rundt 250 personer [33]. Antall sysselsatte i disse yrkene var 4. kvartal 2021 til sammen 111 230 personer, ifølge SSBs statistikkbank (tabell 12542).

Den lave arbeidsledigheten kan blant annet gjøre det vanskeligere å få studenter eller nyutdannede til å jobbe i ferier, siden de føler seg trygge på at de vil få jobb etter endt utdanning.

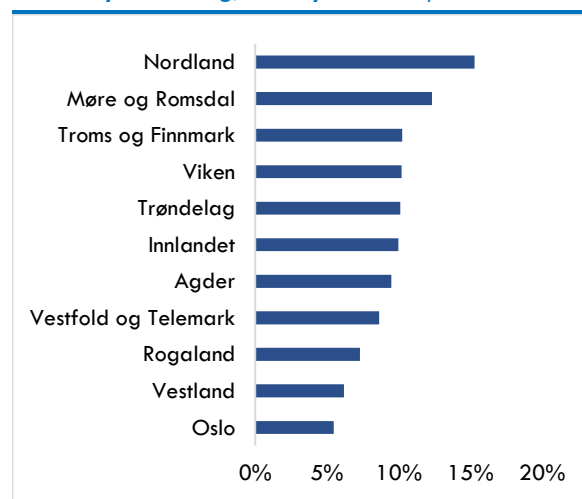
Våren 2022 manglet det 5 900 sykepleiere i Norge, ifølge NAVs bedriftsundersøkelse [6]. Den estimerte mangelen på sykepleiere, etter fylke, er vist i Figur 3-5. I antall personer er mangelen størst i Øst-Viken. Mangel på sykepleiere målt som andel av ønsket sysselsetting, er derimot størst i Nordland (Figur 3-6).

Figur 3-5: Mangel på sykepleiere. Våren 2022



Kilde: NAVs bedriftsundersøkelse for hvert fylke. Merknad: NAV skiller mellom Vest-Viken (Buskerud, Bærum og Asker) og Øst-Viken (Østfold og Akershus utenom Bærum og Asker). Mangelen er her ikke avgrenset til kommunehelsetjenesten.

Figur 3-6: Mangel på sykepleiere som andel av ønsket sysselsetting, etter fylke. 2021/2022



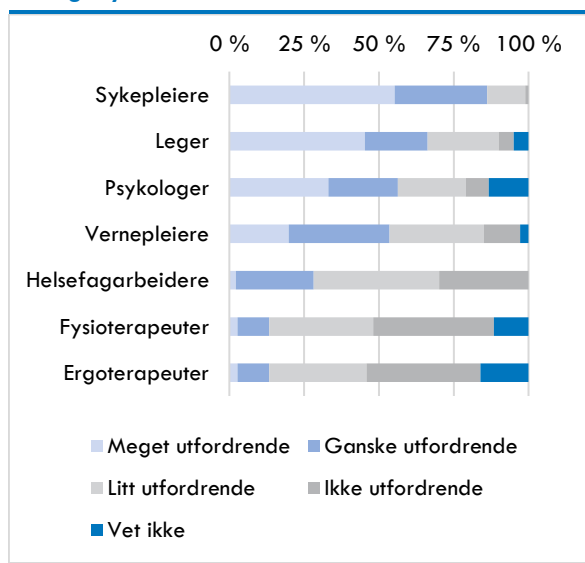
Kilde: Estimert mangel er fra NAVs bedriftsundersøkelse våren 2022, mens sysselsatte 4. kvartal 2021 er tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB). Ønsket sysselsetting er summen av mangel og sysselsetting, slik NAV også definerer det [6]. Mangel og sysselsetting er ikke avgrenset til kommunehelsetjenesten.

Uttrekket av utvalget til NAVs bedriftsundersøkelse er slik at alle virksomheter med over 400 ansatte er med og i tillegg alle virksomheter med over 100 tilsatte i utvalgte næringer, slik som helse- og sosialtjenestene, som sørger for å få med sykehusene blant virksomhetene. Innen kommunehelsetjenesten teller hvert sykehjem eksempelvis som én virksomhet og

siden dette gjerne er små virksomheter, i antall personer, er det bare et utvalg virksomheter innen kommunehelsetjenesten som er spurt om mangel på arbeidskraft i NAVs bedriftsundersøkelse. Mangelen i kommunehelsetjenesten er derfor en estimert mangel, basert på et utvalg, som slås sammen med den faktiske rapporterte mangelen i virksomhetene som NAV har fulltelling for (virksomheter med over 100 tilsatte i helse- og sosialtjenestene). Tallene publiseres samlet og vi vet derfor ikke hva den estimerte mangelen innen kommunehelsetjenesten er, isolert sett.²

KS' Arbeidsgivermonitor [4] viser at nær 9 av 10 kommuner synes det er (meget eller ganske) utfordrende å rekruttere sykepleiere (Figur 3-7). Slik rapporten fra KS peker på, er sykepleiere dermed den enkeltgruppen som kommunene opplever størst utfordringer med å rekruttere. Kommunene opplever det også som utfordrende å rekruttere flere andre helseyrker, både leger, psykologer og vernepleiere. Derimot er det klart lavere andeler kommuner som oppgir at det er utfordrende å rekruttere helsefagarbeidere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Figur 3-7: Rekrutteringsutfordringer i kommuner Utvalgte yrker. 2021



Kilde: KS' arbeidsgivermonitor [4], tall tilsendt fra KS. (N = 181).

3.3 Bruken av velferdsteknologi varierer mellom kommunene






Et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, kalt Nasjonalt velferdsteknologiprogram, skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi. Dette programmet har bakgrunn i stortingsmeldingen

² Basert på forklaringer fra analyseseksjonen i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Morgendagens omsorg [34], har pågått siden 2014 og er nå forlenget ut 2024. Helsedirektoratet skriver på sine nettsider at arbeidet sees «nært opp mot Helsedirektoratets arbeid med å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan» [35].

Det overordnede målet med Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022–24 er at velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling. De underliggende samfunnsmålene er oppsummert i Figur 3-8.

Figur 3-8: Underliggende samfunns mål med Nasjonalt velferdsteknologiprogram

-  Økt trygghet og bedre helse.
-  Økt mestring og bedre evne til å ivareta egen helse.
-  Mer tilstedeshet med oppfølgingen fra helse- og omsorgstjenestene.
-  Økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene på tvers av tjenesteområder.
-  Samfunnsøkonomiske gevinster og økt omsorgskapasitet.

Illustrasjon: Oslo Economics, basert på informasjon fra Helsedirektoratets [35].

Helsedirektoratet peker på at velferdsteknologi under pandemien kan redusere faren for smittespredning til sårbare grupper, i tillegg til at brukerne kan oppleve både økt trygghet og verdighet gjennom større mestring i hverdagen. Videre trekker direktoratet frem at pårørende kan oppleve økt trygghet og bedre innsikt i helsetilstanden til sine nærmeste, mens helsepersonell får bedre tid til reelle helseoppgaver og bedre verktøy til å kunne gi gode helsetjenester [36]. Eksempler på velferdsteknologi er oppsummert i Figur 3-9.

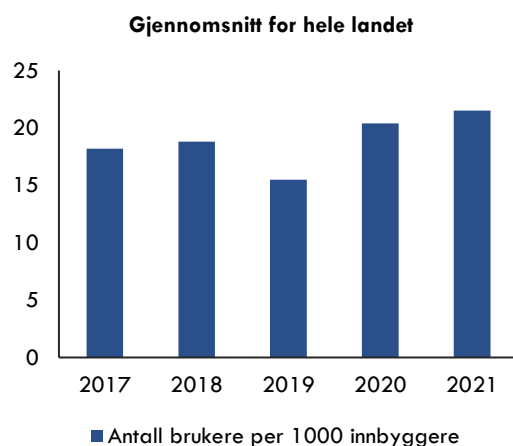
Figur 3-9: Eksempler på velferdsteknologi



Illustrasjon: Oslo Economics, basert på informasjon fra Helsedirektoratets [36].

Antall brukere av velferdsteknologi, per 1000 innbyggere, har steget i senere år, fra nær 16 personer i 2019 til nær 22 personer i 2021 (Figur 3-10).

Figur 3-10: Brukere av velferdsteknologi i Norge



Kilde: Helse- og omsorgstjenester i KPR [7]. Merknad: Velferdsteknologi inkluderer her trykksalarm, lokaliseringsteknologi (GPS), digitalt tilsyn og medisineringsstøtte.

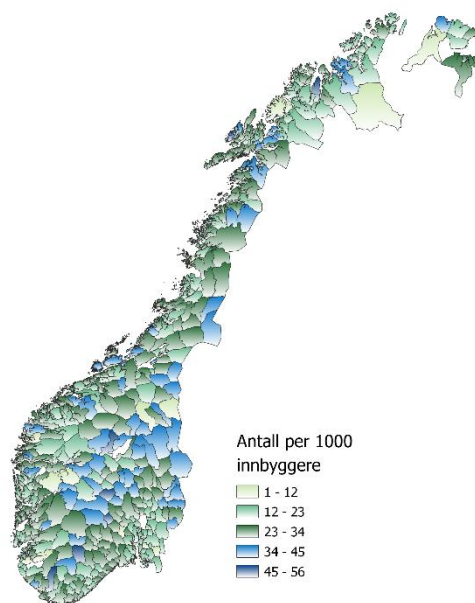
Figur 3-11 viser antall brukere med velferdsteknologi i 2021, fordelt på kommuner. Det er stor variasjon i bruk av velferdsteknologi mellom kommunene. I 2021 lå Sandnes lavest, med 1,2 brukere per 1000 innbyggere, mens Rollag kommune i Viken lå høyest, med 55,6 brukere per innbygger.

Det er imidlertid ikke nok at kommunene tar i bruk nye teknologiske løsninger eller velferdsteknologi. KS' arbeidsgivermonitor fra 2021 [4] viser at 7 av 10 kommuner oppgir at det er meget eller ganske utfordrende å realisere gevinster fra digitalisering. KS peker i rapporten på at det særlig er de mest folkerike kommunene, som gjerne er de som har

kommet lengst i den digitale utviklingen, som i størst grad opplever dette som utfordrende.

En annen utfordring, som nær halvparten av kommunene oppgir som meget eller ganske utfordrende, er utvikling og effektivisering av arbeidsprosesser. Disse utfordringene vil trolig kunne være gjensidig forsterkende. Det vil si, ved ineffektive arbeidsprosesser vil det kunne være krevende å realisere gevinster fra digitalisering.

Figur 3-11: Antall brukere med velferdsteknologi per 1000 innbyggere. 2021



Illustrasjon: Oslo Economics. Kilde: Helse- og omsorgstjenester i KPR [7]. Merknad: Velferdsteknologi inkluderer her trykksalarm, lokaliseringsteknologi (GPS), digitalt tilsyn og medisineringsstøtte. Det mangler data for noen kommuner (markert i hvit)

3.4 Generasjon Z er digitalt åpne og stiller krav

Unge bruker internett i økende grad til alt fra å lese nettaviser og e-post til å bruke banktjenester, selge varer/tjenester, søke opp helse-relatert informasjon, ha videosamtaler og lagre filer i skyen, som vist i SSBs undersøkelse om bruk av IKT i husholdningene [37].

En spørreundersøkelse gjennomført i desember 2020 / januar 2021, viser at andelen som er svært sikre på å oppfylle jobbens krav til bruk av digitale verktøy, er lavest blant de eldste aldersgruppene, 50–59 år og 60–70 år [38]. Andelen som er svært sikre på å oppfylle jobbens krav til fagkompetanse er derimot høyest for gruppen 60–70 år (67 prosent) og lavest for gruppen 18–29 år (38 prosent). Det tidligere direktoratet Kompetanse Norge (nå HK-dir), som stod bak undersøkelsen, peker på at det er flere mulige

forklaringer på denne store forskjellen, slik som at de eldste har opparbeidet seg realkompetanse gjennom et langt yrkesliv og videre at kravene til kompetanse idet man går inn i arbeidslivet som ung har økt. Rapporten peker videre på at også Norsk seniorpolitisk barometer finner at eldre aldersgrupper, i større grad enn yngre, føler at de mestrer arbeidsoppgavene sine [38].

Selv om spørreundersøkelsen referert til over ikke er rettet mot sykepleiere spesifikt, er det trolig et overførbart resultat til sykepleiere at unge arbeidstakere vil føle seg mer sikre på digitale verktøy, men mer usikre på fagkompetansen, sammenlignet med eldre kolleger.

I intervjuene gjennomført i dette prosjektet ble det også trukket frem at unge nyutdannede tar teknologien lett, fordi de allerede er godt kjent med ulike digitale løsninger gjennom oppveksten. De unge har gjerne lettere for å ta teknologien i bruk enn eldre arbeidstakere i helsetjenestene. For eldre arbeidstakere kan kursing, kollegastøtte og utprøving være til hjelp, men de trenger også tid nok til å lære seg det teknologiske, eksempelvis diktering (å snakke inn).

Det ble nevnt at også den yngre generasjonen av ansatte på høyskolen/universitetet ofte har lettere for å forstå teknologi, og kommer med gode idéer knyttet til å inkludere teknologi i utdanningen. Samtidig ble det trukket frem at teknologikompetanse både hos studentene og ansatte i tjenesten varierer svært mye, og avhenger av den enkeltes interesse og åpenhet for endring. I et intervju ble det nevnt at selv om unge er godt kjent med digitale løsninger og teknologi, har det ikke nødvendigvis overføringsverdi for all teknologi som brukes ute i tjenesten.

I intervjuene ble det også trukket frem at sykepleierstudentene jobber mye og dette reflekteres i at karaktersnittet på utdanningen har økt. Det kan imidlertid variere hvor motivert den enkelte er. Det ble også trukket frem i et av intervjuene at sykepleiere i større grad enn før stryker på eksamen i anatomi, fysiologi og biokjemi, der 1 av 4 studenter strøk høsten 2021. Dette er også pekt på i den nyeste Tilstandsrapporten for høyere utdanning [39].

Det ble ellers i intervjuene trukket frem at studentene stiller mer krav enn før, og i større grad er kjent med

hvilke rettigheter de har. Det ble også pekt på at flinke studenter som setter krav kan være med å skape en sterk faggruppe og bidra til bedre tjenester.

3.5 Ny teknologi endrer sykepleierrollen

Kompetansebehovsutvalget [40] beskriver utviklingen i sysselsettingen for ulike yrker og diskuterer dette opp mot beregnede sannsynligheter for automatisering fra en mye sitert studie fra Frey og Osborne [14].

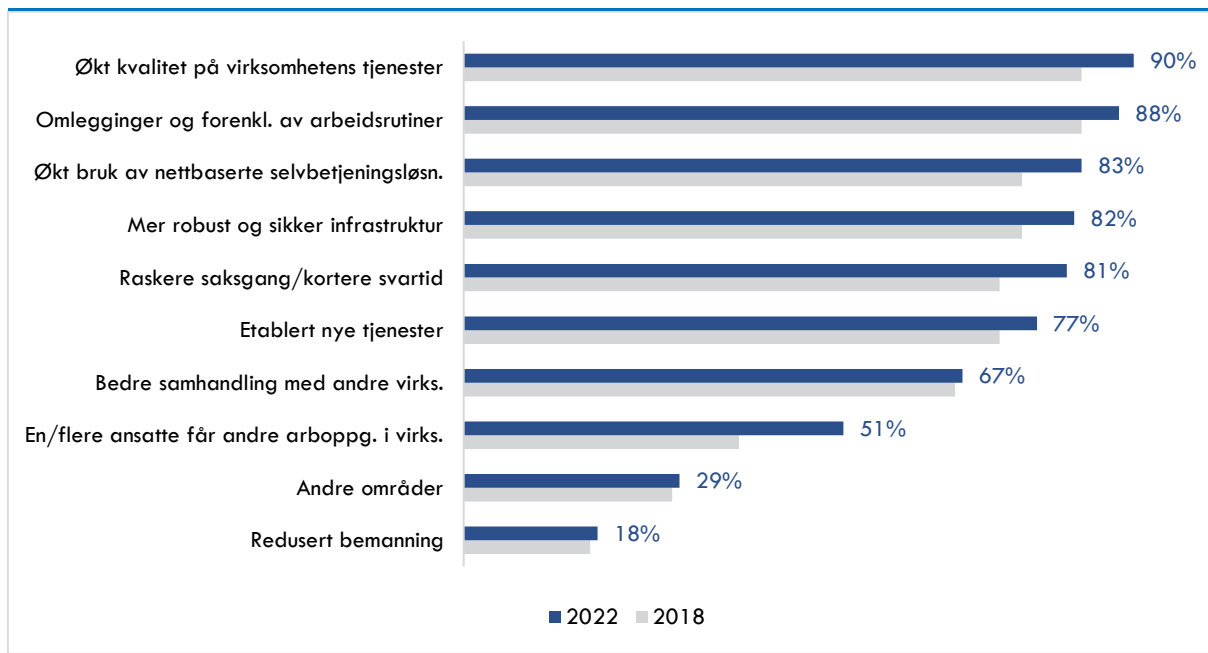
Utvalget argumenterer ut fra sin kunnskaps-sammenstilling med at teknologisk fremgang også innebærer økt inntekt og vridning av etterspørselen, som kan bety at yrker med lav automatiserings-sannsynlighet vil se økt sysselsetting over tid, mens yrker med høy automatiseringssannsynlighet vil se redusert sysselsetting. Uten å gå inn på den mer overordnede analysen til Kompetansebehovsutvalget, kan vi trekke frem at sykepleiere nettopp er blant yrkene med lav automatiseringssannsynlighet og der sysselsettingen har økt over tid.

Utvalget skriver mer generelt at sysselsettingen i Norge har økt for en rekke av yrkene som krever finmotorikk, kreativitet og/eller sosiale ferdigheter og at Frey og Osborne legger til grunn at yrker som krever slike ferdigheter har lavere risiko for automatisering enn andre yrker.

Selv om sykepleiere har lav ledighet, høy mangel, økt sysselsetting over tid og yrket på ingen måte vil kunne «automatiseres bort», så vil det fremdeles være store endringer innad i yrket og utførelsen av oppgavene, som vil kunne endre sykepleierrollen.

SSBs undersøkelse om digitalisering og IKT i offentlig sektor indikerer at kommunene forventer økt kvalitet, omlegging av arbeidsoppgaver og raskere saksgang som følge av innføring av nye IKT-systemer. Nær 9 av 10 kommuner oppgir at de forventer omlegginger og forenklinger av arbeidsrutiner. 2 av 3 kommuner forventer bedre samhandling med andre virksomheter. Rundt halvparten av kommunene forventer at en eller flere ansatte får andre arbeidsoppgaver i virksomheten, og andelen som svarer dette har økt tydelig fra 2018 til 2022. Undersøkelsen skiller ikke mellom ulike yrkes- eller aldersgrupper.

Figur 3-12: Forventede endringer ved innføring av nye IKT-systemer. Kommuner (prosent). Ulike år



Kilde: SSBs statistikkbank, tabell 12029.

Flere informanter i intervjuene vi har gjennomført peker på at teknologi forhåpentligvis kan forenkle hverdagen for sykepleiere og frigjøre tid som sykepleieren i stedet kan bruke med pasienten. Samtidig viser en undersøkelse fra Norsk sykepleierforbund at mange sykepleiere opplever at de gjør arbeidsoppgaver som heller andre yrkesgrupper kunne gjort. Eksempler på oppgaver som ikke oppleves relevante kan være å re opp senger (utenom til pasientbruk), lage mat eller vaske ned rom [41]. Dette kan trolig henge sammen med at eksempelvis renholdere har en avgrenset prosedyre for hva jobben innebærer, mens sykepleiere skal kunne gjøre «alt». Med Samhandlingsreformen har kommunehelsetjenestene blitt mer spesialiserte. Når sykepleie blir mer spesialisert, og det er mangel på arbeidskraft, kan det bli vanskeligere å få gjort disse andre oppgavene for sykepleierne.

Videre ble det i intervjuene pekt på endringer i sammensetningen av, og oppgavedeling mellom, ulike personellgrupper. For det første skaper ny teknologi et økt behov for IT-kompetanse og endringskompetanse. For det andre ble det nevnt at digitale løsninger kan gjøre at andre personellgrupper enn sykepleiere kan være de som «følger med på skjermen», noe som kan føre til endring i behov for ulike personellgrupper. For det tredje kan digitale løsninger flytte enkelte oppgaver fra helsepersonell til pasient. Pasientene opplever større frihet og selvstendighet, i tillegg til at det kan øke trykghetsfølelsen at helsepersonell bare er «et trykk unna». Samtidig var det flere som var opptatt av at pasientene har ulike behov, og at velferdsteknologi ikke passer for alle. Eksempelvis ble

det pekt på at det kan være utfordrende for demente å huske å ta med seg GPS og at enkelte vil ønske å møte helsepersonell for samtale eller lignende. Økt bruk av velferdsteknologi kan derfor føre til økt behov for tilpasning til den enkeltes behov.

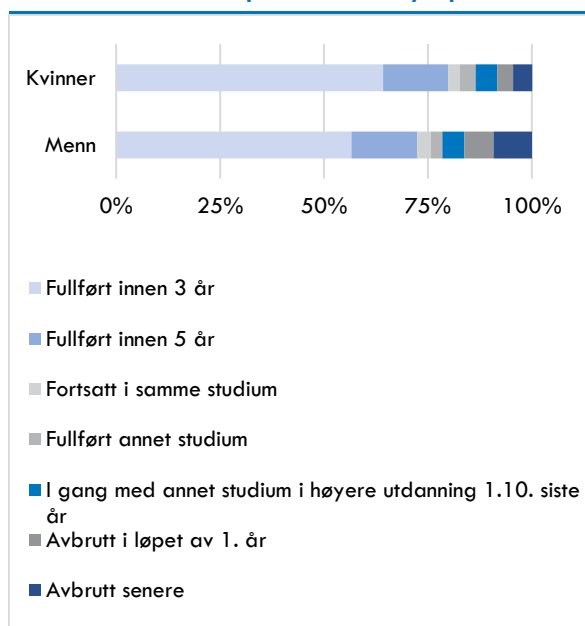
Utover dette ble det nevnt i intervjuene at ny teknologi gjør at det oppstår nye problemstillinger innen etikk og personvern som sykepleierne må forholde seg til. Sykepleierrollen blir stadig mer selvstendig, og den enkelte må i større grad ta raske avgjørelser.

3.6 Frafall og flukt fra yrket

For å dekke kommunehelsetjenestens behov, trengs god gjennomføring i sykepleierutdanningen. Sammenlignet med andre bachelorutdanninger, er gjennomføringen på bachelor i sykepleie allerede god. Rundt 63 prosent av nye studenter på bachelor i sykepleie i 2016 hadde fullført innen tre år og ytterligere 16 prosent av startkullet hadde fullført i løpet av de neste to årene (det vil si innen fem år). De resterende 21 prosentene av startkullet var enten fortsatt i studiet, hadde skiftet studie eller hadde avbrutt studiet, som vist i Figur 3-13.

På bachelor i barnehagelærerutdanning og ingeniørfag er det eksempelvis en høyere andel som avbryter utdanningen (ikke illustrert). Og på bachelor i økonomiske og administrative fag, hadde bare 44 prosent av nye studenter på bachelorutdanningen i 2016 fullført innen tre år og kun ytterligere 12 prosent av startkullet hadde fullført de neste to årene (det vil si innen fem år).

Figur 3-13: Gjennomføring (andel) blant nye studenter som startet på bachelor i sykepleie i 2016



Kilde: SSBs statistikkbank, tabell 12925.

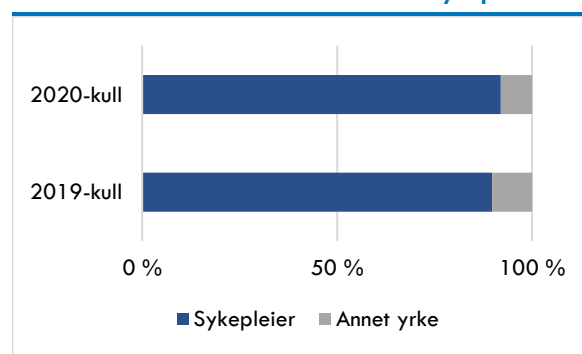
Kompetansebehovutvalget [40] peker på at andelen som slutter underveis i utdanningen er høyere for menn enn kvinner, både for helsefagarbeidere og sykepleiere. Utvalget peker videre på at dette er svært kjønnsdelte yrker. Utvalget referer til en svensk analyse [42], som viser at der det er ujevn kjønnsbalanse i utdanningen, så er det en tendens til at en større andel av det underrepresenterte kjønn velger seg andre yrker, slik at den ujevne kjønnsbalansen forsterkes. Kompetansebehovsutvalget skriver at selv om utvalget ikke kjenner til tilsvarende analyse på norske data, så illustrerer den svenske analysen viktigheten av å se utdanning og arbeid i sammenheng. De skriver videre at det er grunn til å tro at den ujevne kjønnsbalansen i yrket kan virke negativt på rekrutteringen av det underrepresenterte kjønn.

Selv om gjennomføringen i bachelor sykepleie samlet sett er god, har SSB pekt på at 1 av 5 nyutdannede kandidater fra bachelor i sykepleie ikke jobber i

helsetjenesten ti år etter endt utdanning [43]. Ved å se nærmere på tallene, ser man imidlertid at en del av disse jobber utenfor helsetjenesten allerede første året målt, det vil si at de kanskje aldri begynte å jobbe som sykepleiere.

I Figur 3-14 ser vi på andelen som jobber som sykepleier, og andelen som jobber i et annet yrke, blant kandidater som tok bachelor for første gang i henholdsvis 2019 og 2020, og som har bachelor i sykepleie som høyeste fullførte utdanning. Figuren viser at rundt 8 prosent av 2020-kullet jobbet i et annet yrke enn som sykepleier i 4. kvartal 2021. Blant de som inngår i disse 8 prosentene med andre yrker, jobber en god del i ulike andre helserelaterte yrker og omtrent like mange i 'uoppgitte yrker / yrker som ikke kan identifiseres'. Utover dette jobber bare en liten andel i andre yrker som ikke er relevante for utdanningen, slik som servitør, renholder, butikkmedarbeider eller kafémedarbeider.

Figur 3-14: Andel som jobber som sykepleier 4. kvartal 2021 blant de med bachelor i sykepleie



Kilde: Tall hentet fra microdata.no (Sikt/SSB). Merknad: Figuren inkluderer de som tok bachelor for første gang i oppgitt år.

Tallene så langt tyder dermed samlet sett på at det ikke er så stort verken frafall fra utdanningen, sammenlignet med andre bachelorutdanninger, eller flukt fra yrket til 'irrelevante yrker'. Den store utfordringen for kommunene kan heller trolig være knyttet til å rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommunene.

4. Behov for kunnskapsdeling om teknologi og praksis

Ny teknologi og digitale løsninger kan bidra til å sikre god match mellom sykepleierutdanningen og kommunenes behov. Det krever imidlertid større grad av kunnskapsdeling på tvers av kommunene. Det er viktig at sykepleierutdanningen tilpasses tjenestens behov og at den sikrer at kandidatene har relevant kompetanse til å møte utfordringene i helsetjenesten fremover, herunder forståelse for teknologi og sykepleierens rolle i arbeidslivet.

Med mangel på sykepleiere og økt press på helsetjenestene fremover, blir det desto viktigere at utdanningen er relevant for behovene i helsetjenestene. Dette bidrar til effektiv og innovativ oppgaveløsning. I vår rapport har vi sett på sykepleierutdanningen opp mot behovene i kommunehelsetjenesten. Vi har pekt på at innretningen av utdanningene i stor grad er bestemt av nasjonale og internasjonale føringer, men at det gjøres lokale tilpasninger.

God teknologisk forståelse og sterk digital kompetanse kan bidra til å sikre god match mellom kompetansen til studentene og nyutdannede kandidater på den ene siden og kommunene på den andre siden.

Simulering gir ferdighetstrening

Simulering i opplæringen gir viktig ferdighetstrening og bidrar til at studentene kan sette seg inn i ulike case og trene på problemløsningsferdigheter. Det kan videre bidra til å sikre at studentene får trening i situasjoner som ikke nødvendigvis oppstår når de er ute i praksis. Simulering er dels tolket av institusjoner som del av praksis. Og i perioder der praksis ikke er mulig, eller bare i begrenset grad, vil det være viktig å kunne ta i bruk simulering.

Digitale løsninger kan gi tettere oppfølging

Muligheten til å ta i bruk digitale løsninger, slik som videosamtaler, kan være viktig for studenter i praksis i distriktskommuner, særlig dersom praksis ligger langt fra utdanningsinstitusjonen.

Gjennom videosamtaler kan praksislærer følge med på studentens utvikling i større grad enn dersom oppfølgingen var begrenset til fysisk oppmøte alene. Dette henger sammen med reisetid til/fra praksisstedet og begrensede tid og ressurser, som skal fordeles på flere elever.

Velferdsteknologi gir trygghet og frigjør ressurser

Velferdsteknologi kan gi pasienter og brukere økt trygghet, særlig i distriktskommuner med lange reiseavstander. Helsetjenestene i kommunene har blitt mer spesialiserte og velferdsteknologi kan bidra til å frigjøre tid som sykepleiere kan bruke til pasientnære oppgaver. Når mangelen på sykepleiere er stor, og sykepleiere kan bli stående alene med store oppgaver, kan avlastning gjennom velferdsteknologi lette både de fysiske og psykiske belastningene. Det er derfor viktig at denne kompetansen utvikles gjennom utdanningen. Hvis teknologien som tas i bruk er lik på tvers av kommunene og opplæringen i teknologien også er lik på tvers av utdanningsinstitusjonene, vil det kunne bidra til større forutsigbarhet i oppgaveløsning og studentenes kompetanse. Dette er imidlertid krevende å få til.

Forståelse for sykepleierrollen og samhandling med andre profesjoner

Det er viktig at sykepleierutdanningene legger til rette for at fremtidens sykepleiere har god forståelse for deres rolle i arbeidslivet og behovet for å samhandle med andre i tjenesten. Dette innebærer blant annet at kandidater forstår teknologiens rolle og behovet for god oppgavedeling. Flere av utdanningsinstitusjonene trekker frem at de legger vekt på dette i utdanningen, og at kurs med andre profesjoner kan bidra til å øke kandidatenes forståelse av andre kompetanse.

Mulige utfordringer og hvordan de kan løses

Mulige utfordringer som knytter seg til punktene over er dersom studentene ikke får tilstrekkelig god tilgang på simulering i opplæring, dersom digitale løsninger ikke blir brukt som et supplement i oppfølgingen eller dersom det er stor variasjon i hvilken velferdsteknologi som tas i bruk. Vi har i vår gjennomgang pekt på at det kan være noe uklart hva som gir uttelling som praksis og særlig da hvordan simulering regnes inn. Ulik organisering betyr ikke at den ene utdanningsinstitusjonen er mer eller mindre relevant enn den andre. Det er likevel nyttig om utdanningsinstitusjonene kan tydeliggjøre hva som regnes som praksis. En slik gjennomgang kan få frem argumenter om hva som gir god ferdighetstrening og bidrar til å sikre fremtidens sykepleiere et godt grunnlag for arbeidslivet. Variasjoner i utdanningstilbudet kan også henge sammen med innholdet i praksis og særlig oppfølging fra praksislærer og praksisveileder. For å sikre best mulig kvalitet på praksisperioden, kan det være nyttig å sørge for å gi utdanning til praksisveilederne. Videre kan også her kunnskapsdeling på tvers bidra til at man finner gode eksempler på oppfølging og organisering av praksis. Bruk av velferdsteknologi i

kommunene avhenger av ressurser og prioriteringer. Noe av det som kan skape misforhold mellom kandidatenes kompetanse og kommunenes forventninger, er dersom treningen de får i praksis avviker mye fra behovet til den enkelte kommune. En måte å skape bedre match på vil da kunne være

større grad av samordning i type teknologi og digitale løsninger som tas i bruk. Samtidig som mange av utfordringene som vi peker på, og løsningene, knytter seg til mer samordning og økt kunnskapsdeling, vil det også kunne være behov for å gi institusjonene rom for lokale tilpasninger i emner og løsninger.

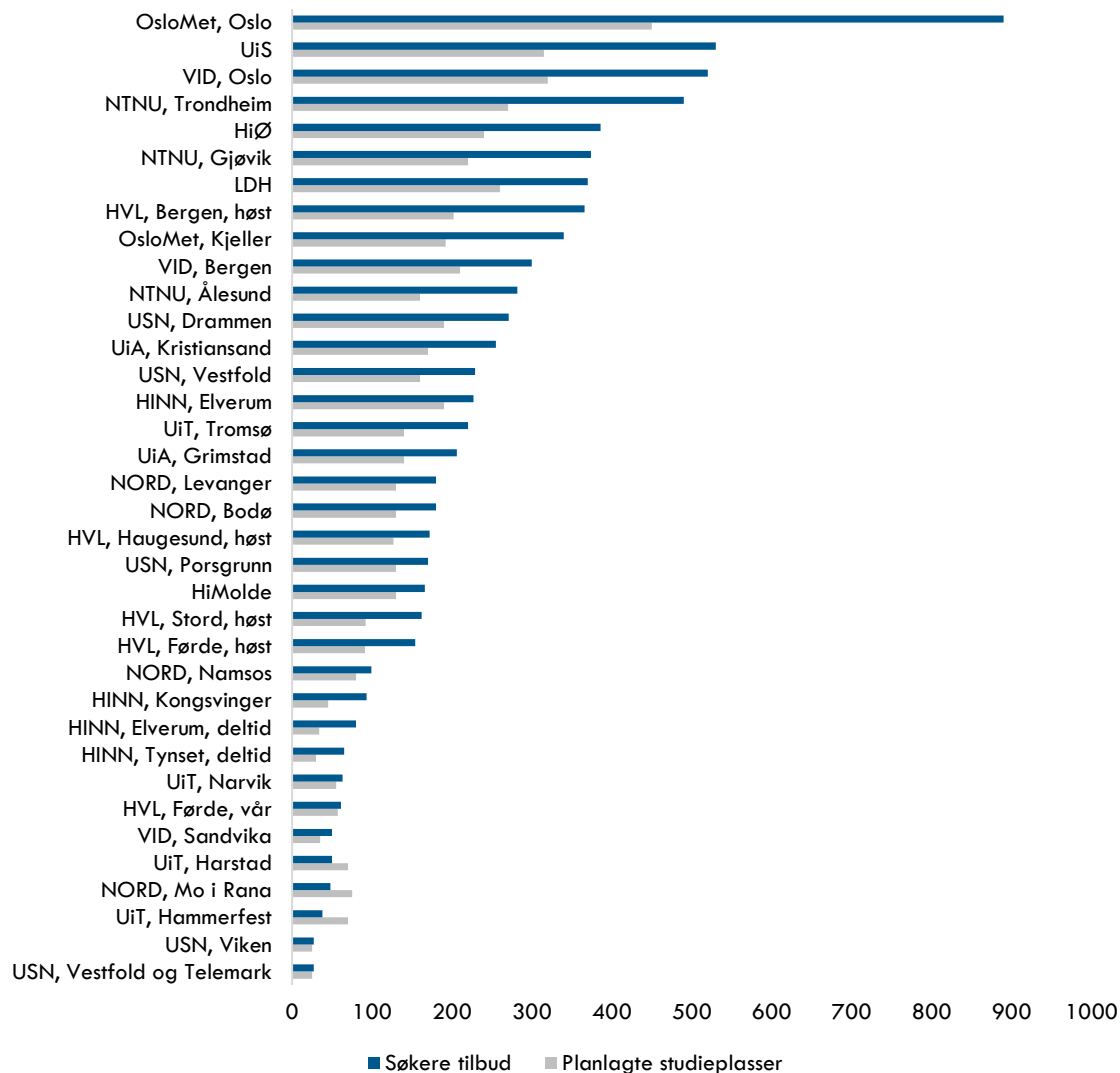
5. Referanser

1. Lai, L., *Strategisk kompetanseledelse*. 2013.
2. Samordna opptak. *Statistikk, søker og opptakstall; Tilgjengelig fra: <https://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/>*. 2021.
3. NOKUT. *Studiebarometeret; Tilgjengelig fra: <https://www.studiebarometeret.no/no/>*. 2022.
4. KS, *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor*. 2021.
5. NAV. *Hovedtall om arbeidsmarkedet*. Available from: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/hovedtall-om-arbeidsmarkedet>.
6. Myklathun, K.H., *NAVs bedriftsundersøkelse 2022 - Stor mangel på arbeidskraft*. 2022.
7. HelseDirektoratet, *Helse- og omsorgstjenester i KPR. Statistikk tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>*. 2022.
8. SSB, *SSBs statistikkbank; Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/>*. 2022.
9. SSB/Sikt. <https://www.microdata.no/>. 2022.
10. Meld St. 16 (2020-2021), *Utdanning for omstilling - Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning*. 2021, Kunnskapsdepartementet.
11. Meld. St. 19 (2020-2021), *Styring av statlige universiteter og høyskoler*. 2021, Kunnskapsdepartementet.
12. NOU 2020: 15, *Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Avgitt til Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
13. Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning (Diku), *Tilstandsrapport for høyere utdanning 2021. Rapportserie Nr. 7*. 2021.
14. Frey, C.B.O., Michael A, *The Future of Employment: How Susceptible Are Jobs To Computerisation?* 2013.
15. Samordna opptak, *Hovedopptak til høyere utdanning ved universiteter og høyskoler. Tilgjengelig fra: <https://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/sokertall-2022/faktanotat-uhg-hovedopptak-2022.pdf>*. 2022.
16. Samordna opptak. *Søker- og opptakstall 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/sokertall-2022/>*. 2022.
17. NOKUT. *Lovregulerte yrker. Tilgjengelig fra: <https://www.nokut.no/utdanning-fra-utlandet/autorisasjonlovregulerte-yrker/>*.
18. Utrykt vedlegg til St. prp. nr 29 (2007-2008), *Europaparlamentet- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner*. 2009, Utenriksdepartementet.
19. Meld. St. 16 (2020–2021), *Utdanning for omstilling - Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning*. 2021, Kunnskapsdepartementet.
20. Kunnskapsdepartementet. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>*. 2021.
21. Vista analyse, *Lik sluttkompetanse - visjon eller virkelighet?* 2021.
22. INACSL Standards Committee, *Standards of best practice: simulation. Simulation Glossary. Clin Simul Nurs.*, 2016. **12(5)**: p. 39-47.
23. Sykepleien. *Simulering er mer effektivt med klare mål. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/fag/2021/03/simulering-er-mer-effektivt-med-klare-mal>*. 2021.
24. NTNU. *SVIP - Styrket veiledning i praksis. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/iha/svip>*.
25. HelseDirektoratet, *Praksis i kommunene - En økonomisk og administrativ utredning*. 2020.
26. NOKUT, *Studiebarometeret 2021 - Hovedtendenser*. 2022.
27. NTNU. *MH2000 - Teknologiforståelse. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/studier/emner/MH2000#tab=omEmnet>*.
28. Gundersen, E.D., A.-M. Sandland, and B. Grythe, *Tilrettelegge for en trygg start og utfordringer gjennom hele praksisperioden - Jobbvinner*. 2022, KS.
29. Sykepleien. *Kombinerte stillinger bygger bro mellom utdanning og praksis. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/01/kombinerte-stillinger-bygger-bro-mellom-utdanning-og-praksis>*. 2018.
30. Sykepleien, *Kombinerte stillingers betydning for sykepleiere som veileder studenter i praksisstudier. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/01/kombinerte-stillinger-bygger-bro-mellom-utdanning-og-praksis>*. 2020.
31. Skule, S., *Kompetansebehovsutvalget - mandat og glimt fra tidligere arbeid*. 2020, Presentasjon for utvalget Norge mot 2025.
32. SSB, *Regionale befolkningsframskrivninger*. 2022.

33. NAV. *Helt ledige*. Available from: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/helt-ledige>.
34. Meld. St. 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg*. 2013, Helse- og omsorgsdepartementet.
35. Helsedirektoratet. *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. 2022; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>.
36. Helsedirektoratet. *Velferdsteknologi som verktøy under covid-19*. 2022; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-andre-publikasjoner>.
37. SSB, *Bruk av IKT i husholdningene (tabell 06998)*.
38. Krüger, I.B.U., Camilla Hovind, *Rådløse unge og tilfredse eldre?* 2020.
39. Anker-Nilssen, M.W.H., Arne; Holme, Trude; Landøy, Ane; Mundal, Bjarne; Olaniyan, Oyeniya Samuel; Røst, Therese; Pedersen, Stig Helge, *Tilstandsrapport for høyere utdanning 2022*. 2022.
40. NOU 2020: 2, *Fremtidige kompetansebehov III - Læring og kompetanse i alle ledd*. Avgitt til Kunnskapsdepartementet.
41. Bergsagel, I. *6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre*. 2019; Available from: <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>.
42. Reglab, *Regionala matchningsindikatorer. Fördjupad analys*. 2018.
43. Skjøstad, O.H., Geir; Beyrer, Svetlana. *1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten*. 2017; Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>.

Vedlegg A Studieplasser fordelt på studiested

Figur 5-1: Planlagte og tilbudte studieplasser. Hovedopptaket 2022, etter studiested



Kilde: Søknad- og opptakstill fra Samordna opptak: Opptakstill fordelt på alle studier 2022 [16].

www.osloeconomics.no

oslo**economics**

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Klingenbergata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo

