

# Fleksible utdanninger – et virkemiddel i rekrutteringen av helsepersonell?

---

Rapport  
IS-2957



# Innhold

Sammendrag	3
<b>1. Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Oppdraget	5
1.3 Definisjon	5
<b>2 Oppsummering av studiemodellene (fra leveranse 1)</b>	<b>7</b>
<b>3 Fleksibel utdanning – effekter på lokal rekruttering</b>	<b>10</b>
3.1 Bofasthet, studentvandring og flytting	10
3.2 Hvor blir det av sykepleierne som utdannes?	11
3.3. Forskning på fleksible utdanningsmodeller i sykepleie i Norge	15
3.4 Oppsummering av erfaringene	22
<b>4 Behovet for fleksible utdanninger</b>	<b>24</b>
4.1 Innspill fra fylkesmennene	24
4.2 Fleksible utdanninger som del av Kompetanseløft 2025	25
<b>5 Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger</b>	<b>26</b>
5.1 Behov for fleksible utdanninger	26
5.2 Innretning på fleksible utdanninger	26
5.3 Anbefalinger	29
<b>6 Økonomiske og administrative konsekvenser</b>	<b>30</b>
6.1 Økonomiske betraktninger	30
6.2 Administrative betraktninger	30
<b>7 Referanser</b>	<b>31</b>

# Forord

Denne rapporten er andre delleveranse i oppdraget om å kartlegge og vurdere behovet for desentraliserte og deltidsbaserte utdanningstilbud for sykepleiere og vernepleiere. Under arbeidet ble vi klar over at det finnes mange ulike utdanningstilbud, som det brukes forskjellige betegnelser på. Vi har derfor valgt å bruke *fleksible utdanninger* som en samlebetegnelse. I arbeidet med oppdraget var det naturlig for Helsedirektoratet å samarbeide med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), som vi anser som landets viktigste kompetansemiljø på rekruttering av helsepersonell til distriktene. De hadde allerede igangsatt et arbeid for å bringe frem økt kunnskap om fleksible sykepleierutdanninger, som et ledd i sitt prosjekt "Utdanner vi helsepersonell som by og land trenger?"

I den første leveransen (oversendt 03.09.2020) gjennomgikk vi kartleggingen av utdanningstilbudene. Vi støttet oss på NSDM's kartlegging av sykepleierutdanningene, som i sin helhet er publisert i deres rapport "Fleksibel sykepleierutdanning. Tilgangen på grunn- og videreutdanningstilbud". Helsedirektoratet utførte selv kartleggingen av utdanningstilbudene for vernepleiere.

I denne rapporten vil vi analysere funnene i kartleggingen nærmere, spesielt med hensyn til rekrutteringseffekten av utdanningene. NSDM har gjennomført en systematisk undersøkelse av publisert og upublisert materiale om effekten av de fleksible studietilbudene for sykepleiere. Helsedirektoratet har kunnet bruke store deler av deres dokumentasjon som kunnskapsgrunnlag for våre vurderinger. Begge bidragene fra NSDM er publisert i sin helhet på deres nettsider.

Oppdraget inngår i arbeidet med nytt kompetanseløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger i denne rapporten må ses i sammenheng med de øvrige tiltakene som vil komme i nytt Kompetanseløft.

## **Sammendrag**

Det er godt belegg for at fleksible utdanningsmodeller virker positivt for å rekruttere, og ikke minst beholde, sykepleiere i områder med rekrutteringsutfordringer. For vernepleiere er det ikke like godt undersøkt, men det er grunn til å tro at effekten er den samme. En del av de desentraliserte studietilbudene er redusert eller sentralisert de siste årene. Helsedirektoratet vil her gi en vurdering av behovet for slike studietilbud og hvordan de bør utvikles.

Det er 30 år siden de første desentraliserte studietilbudene for sykepleiere ble opprettet, i et forsøk på å skaffe kvalifisert personell til deler av landet som slet med rekrutteringen. Nye studietilbud med forskjellig innretning ble etter hvert opprettet i forskjellige deler av landet, og lignende tilbud ble utviklet også for vernepleiere. I vår første leveranse (03.09.2020) ble det presentert en oversikt over de studietilbudene som finnes i dag for begge faggruppene. Siden de eksisterende studietilbudene er svært forskjellige, men har det til felles at de har en annen fleksibilitet enn de treårige fulltidsstudiene på campus, har vi valgt å benevne dem fleksible studietilbud.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har gått systematisk gjennom den forskningen og erfaringen som finnes på de fleksible sykepleierutdanningene som har vært prøvd ut i disse 30 årene. Analysene peker på at den lokale forankringen av disse studiemodellene har vært en viktig suksessfaktor. De fleksible studietilbudene har også rekruttert fra en litt eldre studentmasse, og mulighetene for å bli boende i hjemkommunen og ivareta omsorgsforpliktelser under studiet, har bidratt til at de i større grad fortsetter å jobbe i hjemkommunen etter endt studium.

Etter struktur- og kvalitetsreformen i høyere utdanning har det blitt mer krevende for utdanningsvirksomhetene å tilby fleksible studiemodeller med lokal forankring og lokalt opptak, og mange tilbud er blitt lagt ned eller sentralisert. Det er bekymringsfullt fordi rekrutteringsproblemer i utkantstrøk forventes å bli enda større i årene framover. Helsedirektoratet foreslår derfor at en bestemt andel av kandidatmåltallet for bachelor i sykepleie og vernepleie knyttes til fleksible utdanningsmodeller med lokal forankring av studiegjennomføring og studentopptak. Videreutdanningstilbud som skal gi økt kompetanse til kommunale tjenester, bør for begge yrkesgrupper i stor grad legges opp som fleksible modeller.

De fleksible utdanningsmodellene bør bli ett av elementene i en større satsing på kommunene som utdanningsarena i nytt Kompetanseløft, og knyttes opp mot et løft for forskning, innovasjon og fagutvikling i førstelinjen.

# 1. Innledning

Tilgang på tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse er en av de viktigste forutsetningene for gode helsetjenester. Med vår spredte bosetning og små kommunale enheter som ansvarlig for primærhelsetjenestene, kan det være krevende å skaffe tilstrekkelig velutdannet helsepersonell. Dette har vært et problem i mange tiår for kommuner som ligger langt fra de høyere utdanningsinstitusjonene, slik at ungdommen må flytte ut for å skaffe seg utdanning. De fleste vender aldri tilbake. Derfor har utdanning av distriktets egne innbyggere lenge vært ansett som et viktig virkemiddel. De siste årene har vi sett en tendens til nedbygging av desentraliserte utdanningstilbud, og mange frykter at det kan føre til økende rekrutteringsproblemer for distriktskommunene.

## 1.1 Bakgrunn

Desentraliserte studiemodeller som et virkemiddel for rekruttering av helsepersonell til utkantstrøk har vært forsøkt i 30 år. Desentralisert sykepleierutdanning startet i 1990 i Troms, og i 1991 i Finnmark og Oppland (Jensen 2008, Nilsen et al. 2012, Rognstad 2009). Etter den tid ble det utviklet en rekke ulike desentraliserte og deltidsbaserte studietilbud med forskjellig organisering og studieprogram rundt om i landet. I løpet av disse 30 årene har utdanningsinstitusjonene vært gjennom flere reformer som har påvirket deres mulighet for samarbeid med lokalsamfunnene om tilpassede undervisningsopplegg. I 1995, etter høgskolereformen, var det 28 høgskoler og til sammen 35 studieprogram i sykepleie (grunnutdanning). I 2019, etter struktur- og kvalitetsreformen for høyere utdanning, var antallet sunket til 13 undervisningsinstitusjoner (sju universiteter og seks høgskoler). Etter den siste reformen har det skjedd en nedbygging av tilbudet om desentraliserte og deltidsbaserte studietilbud, som beskrevet i vår første leveranse.

Selv om rekrutteringseffekten av de desentraliserte og deltidsbaserte studiemodellene ikke har vært systematisk undersøkt, har mange uttrykt bekymring for hvordan sentraliseringen av høyere utdanning vil påvirke rekrutteringen, spesielt til distriktene. Oppdraget om å kartlegge og vurdere behovet for disse studiemodellene ble derfor en viktig anledning til å gå dette nærmere etter i sømmene. I den forbindelse var det naturlig for Helsedirektoratet å be om bistand fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), som vi anser som det viktigste nasjonale kunnskapsmiljøet på dette området, til å framskaffe et kunnskapsgrunnlag for vurderingene.

## **1.2 Oppdraget**

I tildelingsbrevet for 2020 fikk Helsedirektoratet et oppdrag vedrørende desentraliserte og deltidsbaserte utdanningstilbud:

*Helsedirektoratet bes innhente oversikt over tilgangen på desentraliserte og deltidsbaserte grunn- og videreutdanningstilbud innen bl.a. sykepleie og vernepleie, og vurdere om eventuelle slike utdanningstilbud bør utvikles. Oppdraget inngår i arbeidet med nytt kompetanseløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende et eget oppdragsbrev i saken.*

I brev av 5. mars 2020 presiserte Helse- og omsorgsdepartementet at direktoratet i vurderingen av om desentraliserte og deltidsbaserte grunn- og videreutdanningstilbud bør utvikles, også bør innhente en oversikt over behovet for slike utdanninger, for eksempel i dialog med fylkesmannsembetene eller Sentrene for omsorgsforskning.

I videre dialog med departementet har det blitt bedt om at direktoratet vurderer og kommenterer om det er dokumentasjon på konsekvenser for rekrutteringssituasjonen i tilfeller der desentraliserte studieplasser erstatter ordinære studieplasser. Videre bes det også om at vi tydeliggjør hvordan eventuelle forskjeller i organisering av desentraliserte studieplasser kan ha innvirkning på rekrutteringseffekten.

I Revidert tildelingsbrev for 2020 – nye oppdrag og tildelinger, datert 24. juni 2020, ble Helsedirektoratet bedt om å foreslå tildeling av 20 mill. kroner til desentraliserte studier for ansatte i omsorgstjenestene, som skulle tildeles gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet som formidles gjennom fylkesmennene. Direktoratet gjorde da en kartlegging blant fylkesmennene av behov og tilbud om slike utdanninger, og besvarte henvendelsen 11. august.

Helsedirektoratet har samarbeidet godt med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) om dette oppdraget. NSDM var allerede i gang med å bringe fram økt kunnskap om fleksible sykepleierutdanninger, som ledd i sitt prosjekt, *Utdanner vi helsepersonell som by og land trenger?* Vi kunne benytte deres kartlegging av de fleksible sykepleierutdanningene, og ikke minst støtte oss på deres kunnskapsoppsummering av effekten av disse utdanningene på rekruttering og stabilisering av sykepleiere. Kartleggingen av vernepleierutdanningene er gjort av direktoratet.

Kartleggingen av de fleksible studietilbudene innen sykepleie og vernepleie ble oversendt 03.09.2020. Vi vil her følge opp med analyser, vurderinger og anbefalinger.

## **1.3 Definisjon**

Under kartleggingen av desentraliserte og deltidsbaserte studietilbud ble vi tidlig klar over at det finnes ulike tilbud med forskjellige studieplaner og studieorganiseringer. Ulike begreper er i bruk for å beskrive fleksibel sykepleierutdanning, for eksempel deltid, desentralisert, distriktsvennlig, samlings- eller nettbasert utdanning. For å kategorisere et studieprogram som

desentralisert, har vi lagt til grunn følgende dimensjoner (dimensjonene er nærmere beskrevet i NSDM's første rapport, Gaski og Huemer 2020):

- Undervisningen er flyttet ut fra campus for å komme nærmere studentens bosted, og
- Praksis foregår i størst mulig grad lokalt (nært der studenten bor).
- Desentraliserte studieprogram
- Kan ha undervisere som er forankret lokalt,
- Det kan være lokal innvirkning på opptaket,
- Det kan være samarbeid med kommunene, og
- Undervisningen kan være samlingsbasert

Det finnes også studieprogram som er basert på deltid, enten på hovedcampus eller på satellitt-campus. Det som er felles for alle disse studiemodellene, er at de er mer fleksible enn de ordinære studiene på campus. Vi har derfor valgt å slå dem sammen under betegnelsen *fleksible* utdanningsmodeller. Med det forstår vi studieprogram som ikke er ordinære utdanninger over tre år med fast oppmøte på campus, men at de har en fleksibilitet i seg; som kan gjelde sted for undervisning eller praksis, opptak, organisering og progresjon. Dette omfatter både de to utdanningsmodellene som departementet spesifikt etterspør i oppdraget, og noen flere modeller som kan være interessante ut fra rekrutteringsperspektiv.

## 2 Oppsummering av studiemodellene (fra leveranse 1)

I første delleveranse (oversendt 03.09.2020) ble det presentert en oversikt over dagens tilbud av fleksible grunn- og videreutdanninger for sykepleiere og vernepleiere. Det framgår at det finnes en rekke forskjellige studieprogram og organiseringsformer, tilpasset lokale behov og muligheter. Vi vil ikke gjenta funnene her, men konsentrere oss om noen overordnede kjennetegn ved de ulike utdanningstilbudene. Vedlagt vår første leveranse var også rapporten, *Fleksibel sykepleierutdanning. Tilgangen på grunn- og videreutdanningstilbud fra NSDM* (Gaski og Huemer 2020), som har gått litt dypere inn i analysene av disse tilbudene. Vi vil her løfte frem noen av disse analysene og utviklingstrekkene. Innenfor tilgjengelig tid og ressurser har det ikke vært mulig å få utført noen tilsvarende analyse av vernepleierutdanningene, men vi har grunn til å tro at mange av de samme karakteristika også gjelder for fleksible vernepleierutdanninger.

NSDM har samlet sine analyser rundt syv forskjellige karakteristika som i varierende grad kjennetegner de ulike utdanningstilbudene, og som kan ha betydning for senere vurdering av rekrutteringseffekten. For dette formålet ble dimensjonene formulert som påstander:

- A. Undervisningen er flyttet ut fra campus for å komme nærmere studentens bosted
- B. Underviserne er i stor grad forankret lokalt
- C. Praksis foregår i størst mulig grad lokalt
- D. Det er lokal innvirkning på dagens opptak
- E. Det er lokal forankring og/eller kommunesamarbeid i dag
- F. Progresjon: deltid (4-årig utdanning)
- G. Organisering i form av samlingsbasert undervisning

Disse påstandene, A-G, var i varierende grad oppfylt for de forskjellige utdanningstilbudene, som litt grovt ble uttrykt med et stort kryss som tilsvarende stor grad, og lite kryss som tilsvarende mindre grad. Oppsummeringen av studieprogram i tabellen nedenfor viser at fleksibel sykepleierutdanning foregår i mange varianter, og de eksisterende utdanningene rundt om i landet er i liten grad like med hensyn til disse fleksibilitetsdimensjonene.



Tabell 1: Studiesteder og studieprogram i sykepleie 2015-2019 som kan kategoriseres som fleksible utdanninger (NSDM)

Undervisningsinstitusjon	Studiested	A	B	C	D	E	F	G
Nord universitet	Sandnessjøen	X	X	X	-	x	X	X
Høgskolen i Innlandet	Tynset	X	x	X	-	X	X	X
Høgskolen i Molde	Kristiansund	X	X	X	-	X	X	X
UiT Norges arktiske universitet	Finnmark	x	x	x	-	-	X	X
Høgskolen i Innlandet	Kongsvinger	X	x	X	-	-	-	-
Høgskolen på Vestlandet	Bergensområdet	x	-	X	X	X	X	X
Nord universitet	Vesterålen (Stokmarknes)	x	-	X	-	X	X	X
NTNU	Oppland	x	-	X	-	X	X	-
Universitetet i Agder	Agder	X	-	X	-	X	(-)1	x
UiT Norges arktiske universitet	Troms	X	X	X	-	x	X	-

Et kjennetegn ved fleksible utdanninger er at de har blitt endret og tilpasset til lokale forhold og endrede behov og tilgjengelige ressurser over tid. Samtidig kan det ses på som en utfordring at studieprogrammene nå skal bli mer like, når utdanningsinstitusjoner fusjoneres og nasjonale retningslinjer (RETHOS) innføres. Det gjenspeiler seg i at en del av disse dimensjonene er endret de siste årene.

Undervisningssteder endres; i Finnmark er studiestedene blitt sentrert til Kirkenes og Alta fremfor å flytte dem rundt i fylket, NTNU har lagt desentralisert studieprogram i Oppland på is, og Nord universitet har lagt ned Sandnessjøen som studiested. Videre begrenser HMS-krav og etablering av godkjente øvingsrom antallet undervisningssteder for denne typen undervisning. Samtidig har enkelte nye studieprogram oppstått (Kristiansund) eller gjenoppstått (Tynset), og Høgskolen på Vestlandet har forsøkt seg på en utvidelse til steder med mye lengre reisetid (inntil 4-5 timer med båt fra campus i Bergen), som Nordfjord og kommuner nord i Rogaland.

Det er også observert på noen fleksible studieprogram at underviserne i større grad enn før har tilhold på campus. Dette kan henge sammen med større innslag av nettbasert undervisning, eller det kan skyldes endret organisering av undervisningen. Et argument for å benytte undervisere med lokal forankring, som kanskje også har en stilling i lokal helsetjeneste, er at lokale undervisere kan formidle metoder og sitt blikk med ståsted i distriktet.

Det er fortsatt mål om mest mulig praksis lokalt ved de fleksible studieprogrammene, men noen steder ser en tendens til sentralisering av praksis til større steder, både som følge av reisebelastning på lærere, stram økonomi og strengere formelle krav til praksisveiledere som følge av RETHOS (jf. § 23 i Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning). Utdanning i praksisveiledning er innskjerpet. Det er positivt å høyne kompetansen, men en ulempe kan være at relevante praksisplasser forsvinner. Et spørsmål er om formalisering og krav vil føre til at de minste kommunene som bare kan ta imot noen få studenter, faller ut som praksisarenaer.

Kartleggingen viser at det benyttes tre varianter av opptak til fleksible sykepleierutdanninger; samordna opptak, lokalt opptak til vårsemester som følger retningslinjer for samordna opptak, og lokale opptak i samarbeid med kommunene. I dag er det kun studieprogrammet i Bergensområdet som praktiserer lokalt opptak hvor kommunene har en innvirkning på hvilke studenter som tas opp. Tidligere var det lokalt opptak ved mange av studiestedene. Lokale opptak gir imidlertid ikke anledning til å komme utenom kravet fra 2018 om karakter på minst 3 i norsk og matematikk, og tilstrekkelig antall timer i disse fagene. En konsekvens av dette er at den lokale tilretteleggingen fra kommunens side nå også må handle om å kvalifisere aktuelle søkere som er etablert i kommunene (ofte helsefagarbeidere) slik at de tilfredsstiller minimumskravene for opptak.

Basert på samtaler NSDM hadde med nøkkelpersoner ved utdanningene, synes det som om den lokale forankringen og samarbeidet med kommuner og fylkeskommuner var sterkere før. Kommuner og fylkeskommuner har vært på banen for å få etablert sykepleierutdanning lokalt, eller kommet på banen for å redde nedleggingstruede studieprogram. Kommuner er gjennom to studieprogram med på å delfinansiere studiet. Andre steder stiller kommunen med lokaler til undervisning. Det er i mindre grad enn før kontakt mellom den lokale helseledelsen eller helsetjenesten og utdanningsinstitusjonen.

De siste årene har det foregått endringer i studieprogram både fra deltid til heltid, og fra heltid til deltid. De fleste av studieprogrammene som er omtalt går på deltid, men ikke alle. Kongsvinger og Agder har fleksibel sykepleierutdanning som fulltidsstudium, og fra 2021 er signalene at Agder går over til deltidsstudium. Argumentet for deltid har vært at man ønsker å nå en målgruppe av studenter som er etablert som ansatte i helsetjenesten lokalt, og som ønsker å fortsette å arbeide der i studietiden. Deltidsstudieprogrammene med unntak av to (Oppland og Troms), har vært, og er fortsatt samlingsbaserte per i dag.

### **3 Fleksibel utdanning – effekter på lokal rekruttering**

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) hadde allerede planlagt å gjøre et arbeid for å beskrive kunnskapsstatus som gjelder effekter av desentralisert sykepleierutdanning på lokal rekruttering til sykepleierarbeidsmarkedet. De la opp arbeidet slik at det kunne besvare Helsedirektoratets ønske om forskningsbasert dokumentasjon på om, og i tilfelle hvordan, desentraliserte studier virker rekrutterende, og om noen modeller er mer egnet enn andre.

Det er begrenset med norske studier som tar for seg effekter av utdanningsmodeller rettet inn mot å øke rekrutteringen av helsepersonell til distriktene. NSDM har gjennomgått sentrale resultater i studier av bofasthet, studentvandring og flytting. Det er presentert en nasjonal studie av sykepleierutdanninger henholdsvis fra 2003, og 2016. Undersøkelsen gjaldt sykepleiere utdannet i Nord-Norge gjennom 15 år, og beskriver resultater fra forskning som omfatter hvordan desentraliserte utdanninger virker rekrutterende til lokalt arbeidsmarked. Her trekkes også inn det man kjenner til av mindre undersøkelser ved enkelte av utdanningene, som ikke tidligere er publisert. Beskrivelser av det enkelte studieprogrammet er hentet fra kartleggingen i første leveranse (Gaski og Huemer 2020). For vernepleie finnes det enda mindre systematisk kunnskap. Vi har imidlertid grunn til å tro at de fleste funnene fra sykepleierutdanningen også gjelder dem.

(Referanse: Gaski M. Desentralisert sykepleierutdanning: Effekter på lokal rekruttering. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Notat 2020. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2020/09/2020-25-sept-NSDM-notat-Desentralisert-sykepleierutdanning-Effekter-på-lokal-rekruttering.pdf>)

#### **3.1 Bofasthet, studentvandring og flytting**

Flere norske studier om bofasthet og flytting viser at halvparten av alle 40-åringene bor i den kommunen hvor de vokste opp. Hvis man bare ser på de 40-åringene som er gift, så bor 70 prosent enten i egen eller ektefellens oppvekstkommune (Sørli, Aure og Langset 2012). Personer med høy utdanning er mer tilbøyelige til å flytte på seg enn personer uten. De som er under 30 år har en netto sentraliseringsmobilitet (NOU 2011:3), det vil si at de har en tendens til å flytte fra mindre steder til større.

*Jo mer distrikt, jo mer avhengig av å utdanne regionalt*

En studie fra Vestlandet og hovedstadsregionen (Gythfeldt og Heggen 2012, Heggen og Gythfeldt 2013) viste at byen er mer attraktiv enn distriktet. Jo mer distrikt, jo mer avhengig av å utdanne regionalt. Storbyfylkene kan forvente å få tilbake rundt 60 prosent av de som har reist ut for å studere, mens distrikter som for eksempel Sogn og Fjordane kan forvente å få tilbake rundt 20 prosent av de som har reist ut for å studere. Videre funn var at både studiested og oppvekststed spiller en rolle for hvor man bosetter seg i fremtiden. Blant studenter som reiste ut av sin oppvekstregion for utdanning, var det

færre som ble rekruttert tilbake, men dette varierte sterkt med urbanitet. Studien undersøkte rekruttering til og tilførsel fra velferdsutdanninger (lærer, sykepleier, sosialarbeider og førskolelærer), for å se hvordan de forskjellige høgskolene påvirker de forskjellige arbeidsmarkedene. Studien var basert på registerdata fra Statistisk sentralbyrå. Røberg (2014) undersøkte tilsvarende for næringsrettede utdanningsgrupper, og fant i hovedsak det samme mønsteret.

### *Første jobb er avgjørende*

Stambøl (2013) fant at mye av den regionale tilpasningen, altså hvor de som tar utdanning velger å bo, foregår i forbindelse med studiene eller kort tid etter at studiene er avsluttet. Studien fant også at det er større lokal forankring i rekruttering til studier og tilførsel av nye høyt utdannede blant de eldre sammenlignet med de yngre studentene. Den lokale tilførselen var også høyere blant de med kort høyere utdanning (1-4 år) sammenlignet med de som har lang høyere utdanning. Stambøl beskrev hvilke studieregioner som har «brain-drain» (området får tilført færre utdannede enn den lokale rekrutteringen til studier skulle tilsi) og hvilke som har «brain-gain» (området får tilført flere utdannede enn den lokale rekrutteringen til studier skulle tilsi). De mest sentrale studieregionene, samt studiestedene i Finnmark, skilte seg ut med en noe større antall lokal tilførsel av nye høyt utdannede enn lokal rekruttering til studier, det vil si en brain-gain. For Finnmark sin del ble dette sett i sammenheng med Tiltakssonen i nord, med gode betingelser for nyutdannede med nedskrivning av studielån. Stambøl sin analyse av rekruttering og geografisk fordeling av tilførselen av nye høyt utdannede, tok utgangspunkt i studentmassen i 2004 som ikke lenger var under høyere utdanning i 2005. Den geografiske fordelingen ble målt med utgangspunkt i studieregion 2004 og bostedsregion i 2007 og 2010.

## **3.2 Hvor blir det av sykepleierne som utdannes?**

Sykepleiere er etterspurt i alle typer kommuner, uavhengig av størrelse og sentralitet. Arbeidsmarkedet er derfor i utgangspunktet åpent for at sykepleiere i stor grad kan få arbeid der de ønsker å bo.

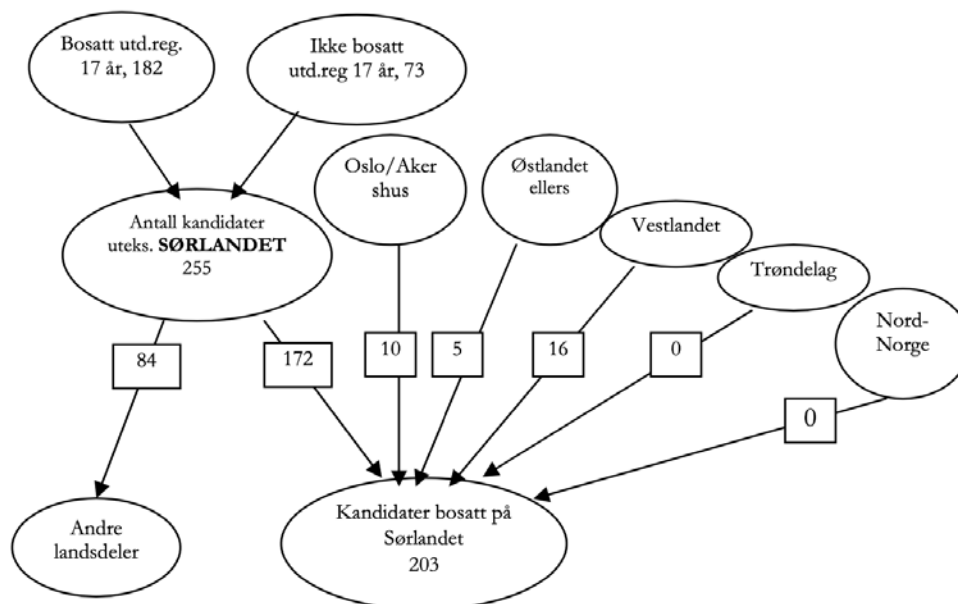
### *Rekruttering og fordeling i 2003 – studier fra hele landet*

Arnesen viste i 2003 at sykepleiere har noe større tendens til å bli i utdanningsregionen etter endt utdanning, sammenlignet med for eksempel ingeniører (Arnesen, 2003), men variasjonen er stor. Sett ut fra et landsdelsperspektiv, beholdt Sørlandet (Agder) den laveste andelen av sine kandidater (68 prosent) et halvt år etter eksamen, mens Vestlandet beholdt den høyeste andelen (87 prosent). Figur 1 viser geografisk rekruttering til sykepleierutdanning på Sørlandet, og geografisk fordeling av ferdig utdannede sykepleiere.

Ved å studere bosetting i mindre regioner et halvt år etter eksamen, viste det seg at hele 85 prosent av sykepleierne utdannet i Telemark og i Bergen var bosatt i samme høgskoleregion, mens dette var tilfelle for kun 42 prosent av kandidatene fra Finnmark, og 36 prosent av kandidatene fra Stord.

Kandidater fra læresteder med en mindre sentral plassering (for eksempel Vestfold, Stord og Nord-Trøndelag), hadde lav sannsynlighet for å være bosatt i høgskoleregionen, men til gjengjeld høy beregnet sannsynlighet for å være bosatt i samme landsdel, men utenfor høgskoleregionen. Arnesen fant at de fleste lærestedene har høy egenrekruttering til studiene (70-90 prosent). Unntaket var

sykepleierutdanningene i Oslo med kun 30 prosent egenrekruttering. Nord-Norge var den landsdelen som hadde den høyeste egenrekruttering til sykepleierutdanningen. En multivariant analyse av sannsynligheten for å bosette seg i ulike områder, viste at omsorgsforpliktelse, kandidatens bosted som 17-åring og lærested hadde betydning for hvorvidt de nyutdannede sykepleierne var bosatt i høgskoleregionen, i samme landsdel utenfor høgskoleregionen, eller i en annen landsdel.



Figur 1: Sykepleiere utdannet på Sørlandet (hentet fra Arnesen 2003, side 125).

Datamaterialet til Arnesen var NIFUs kandidatundersøkelser fra perioden 1995-2000, inkludert et netto utvalg på 1032 uteksaminerte sykepleiere (svarprosenten var 65), i tillegg til kandidater i jus, humaniora, samfunnsfag, realfag, sivilingeniører og ingeniører.

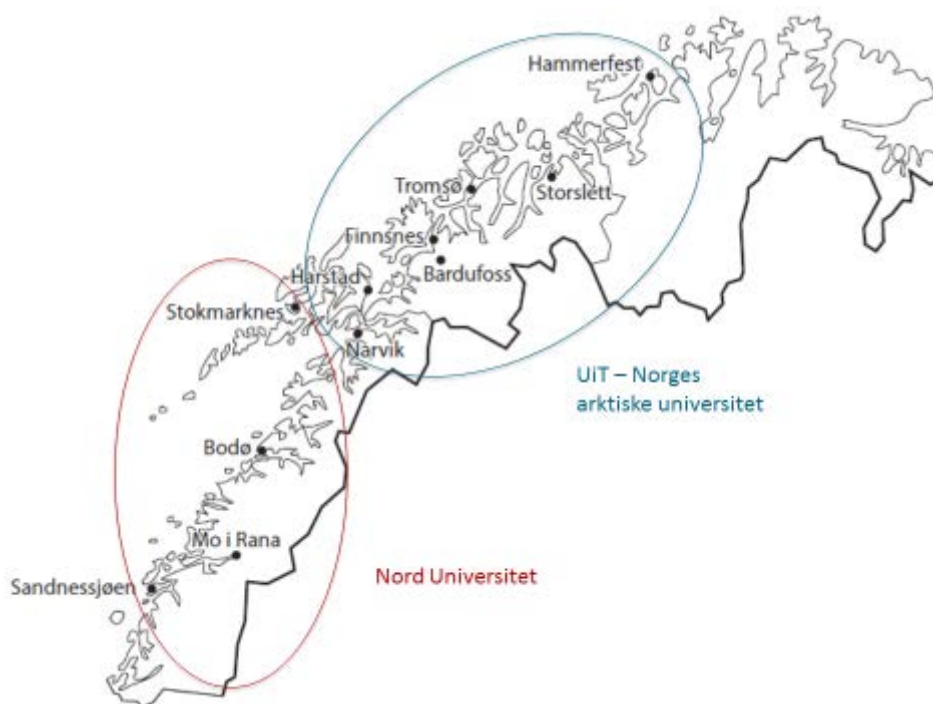
#### *Sykepleiere som utdannes i Nord-Norge - understreker betydningen av regionale utdanningstilbud*

Den store majoriteten sykepleiere (88 prosent) som er utdannet i Nord-Norge, arbeidet i Nord-Norge etter endt utdanning. Dette viser en studie av hvor det blir av sykepleierne som utdannes i Nord-Norge (Gaski, Abelsen og Lie 2016), basert på registerdata som inkluderer alle 5 730 som er utdannet over en 15-års periode (uteksaminert juni 2000-2014). Andelen gikk litt ned over tid, slik at etter tre og fem år var den 85 prosent. Etter 10 år var andelen 82 prosent.

Totalt var det 13 prosent av kandidatene som ble «importert» til sykepleierutdanning i Nord-Norge, enten fra Sør-Norge eller fra utlandet. Blant sykepleierne utdannet i Nord-Norge som var i arbeid per 2014, var det 15 prosent som hadde tatt seg arbeid i Sør-Norge. Dette innebærer at nettoflyttetapet til Sør-Norge per kull utdannet i Nord-Norge utgjorde to-tre prosent av et årskull. Sykepleiere utdannet i Sør-Norge var ikke med i materialet, og det er ukjent om det i denne gruppen er større flytting fra eller til landsdelen.

I analysen av utdanningsløp og studieform er datamaterialet supplert med data fra Databasen for høyere utdanning (DBH). Det er et visst tolkningsrom i disse dataene, men DBH-data peker i retning av at 78 prosent av sykepleierne ble utdannet på ordinære campusutdanninger. De øvrige 22 prosent bestod av 132 som hadde deltatt på desentralisert utdanning i Finnmark, 280 på desentralisert utdanning i Troms, 345 var utdannet på deltidsstudium i Troms, og 555 kom fra desentralisert eller nett- og praksisbasert utdanning i Nordland.

Videre analyser på regionnivå av hvilke utdanningssteder som har høyest tilbakevendingsandel til regionene, understreker betydningen av regionale utdanningstilbud. Det ble definert 14 regioner: Øst-Finnmark, Midt-Finnmark, Vest-Finnmark, Nord-Troms, Tromsøregionen, Midt-Troms, Sør-Troms/Nordre Nordland, Ofoten, Vesterålen, Lofoten, Salten, Indre Helgeland, Helgeland og Sør-Helgeland. For eksempel arbeidet henholdsvis 68 og 67 prosent av sykepleierne fra Øst-Finnmark og Indre Finnmark som hadde studert i Hammerfest eller desentralisert i Finnmark, i regionen som de vokste opp i. Til sammenligning var det henholdsvis 26 og 19 prosent av de fra Øst-Finnmark og Indre Finnmark som hadde studert i Tromsø, som per 2014 arbeidet i regionen som de vokste opp i.



Figur 2: Lokalisering og institusjonstilknytning for sykepleierutdanninger i Nord-Norge i 2016 (figuren er hentet fra Gaski, Abelsen og Lie 2016).

Tabell 2 oppsummerer i hvilken grad sykepleiere vender tilbake til oppvekstregionen etter studier ved nordnorske utdanningsinstitusjoner. Et viktig skille går mellom de regionene som har fast sykepleieutdanning, det vil si Vest-Finnmark, Tromsøregionen, Sør-Troms, Ofoten og Salten, og de øvrige regionene. Tilbakevendingsandelen er naturlig nok generelt høyere i de førstnevnte regionene (64-81 prosent) enn i de øvrige regionene (21-70 prosent). Unntaket er de to største regionene på Helgeland som har en tilbakevendingsandel som er på nivå med Harstad, Narvik og Vest-Finnmark. Et

utbredt tilbud av desentraliserte sykepleiestudier i Rana og Alstahaug har trolig bidratt til dette. Den samme effekten, om ikke i like stor grad, finnes også i de fleste av de øvrige regioner med desentraliserte utdanningstilbud.

Tabell 2: Oppsummering av i hvilken grad sykepleierne vender tilbake til oppvekstregionen etter sykepleiestudier ved nordnorske utdanningsinstitusjoner. (hentet fra Gaski, Abelsen og Lie 2016)

Oppvekst-region	Sykepleieutdanning	Vanligste studiested	Tilbakevendings-andel fra alle studiesteder i Nord-Norge	Studiested med høyere tilbakevendingsandel
Øst-Finnmark	Enkeltkull Kirkenes, Vadsø	Hammerfest	52	Hammerfest (68)
Indre Finnmark	Enkeltkull Karasjok	Hammerfest	54	Hammerfest (67)
Vest-Finnmark	Campus Hammerfest, enkeltkull Alta	Hammerfest	69	Alta (88), Hammerfest (82)
Nord-Troms	Enkeltkull Storslett	Tromsø	43	Storslett (?)
Tromsø-regionen	Campus Tromsø	Tromsø	81	Tromsø (87)
Midt-Troms	Enkeltkull Finnsnes, Bardufoss	Tromsø	54	Finnsnes (?), Bardufoss (?)
Sør-Troms	Campus Harstad	Harstad	64	Harstad (74)
Ofoten	Campus Narvik	Narvik	69	Narvik (76)
Vesterålen	Enkeltkull Hadsel	Bodø	57	Hadsel (85), Bodø (67)
Lofoten	Ingen	Bodø	53	Hadsel (83)
Salten	Campus Bodø	Bodø	81	Bodø (86)
Indre Helgeland	Enkeltkull Rana	Bodø	70	Rana (78)
Helgeland	Enkeltkull Alstahaug	Bodø	65	Alstahaug (89), Rana (70)
Sør-Helgeland	Ingen	Trøndelag	21	Alstahaug (60)

Basert på analysene som tar utgangspunkt i hvert enkelt utdanningssted, ble fire typer utdanningstilbud beskrevet med tanke på å fram utdanningstilbudenes ulike geografiske funksjoner:

1. De to største utdanningene i Tromsø og Bodø, som har utdannet over halvparten av sykepleiekandidatene. Disse to utdanningene har bredere geografisk rekruttering enn de øvrige utdanningsstedene. Rekrutteringen fra egen region er litt over en tredjedel. For Tromsøs del skjer det imidlertid en kraftig sentralisering av kandidatene. Dette er knyttet til Tromsø som det største sykepleierarbeidsmarkedet i Nord-Norge. Sentraliseringseffekten for utdanningen i Bodø er også tydelig, men kandidatene der velger i større grad å arbeide i andre regioner enn Bodø.
2. Den andre typen utdanningstilbud er de regionale tilbudene i Hammerfest, Harstad og Narvik. Disse har til sammen stått for utdanningen av en tredjedel av sykepleierne i studien. De to siste er preget av lokal rekruttering i og med at halvparten av kandidatene er rekruttert fra egen region, og selv om Hammerfest har bredere rekruttering i Finnmark, er over 40 prosent rekruttert fra Vest-Finnmark. For disse utdanningsstedene skjer det i mindre grad regional omfordeling av kandidatene, og i større grad forsyner disse det lokale arbeidsmarkedet med sykepleiere.
3. Den tredje typen utdanningstilbud er de desentraliserte og på andre måter fleksible utdanningene med stor spredning på utdanningssteder og lokale tilbud. Her er flere modeller brukt i perioden, fra desentraliserte enkeltkull rundt om i Finnmark, til kontinuerlige tilbud i Troms og Nordland. Disse studiene har svært lokal rekruttering og stor effekt for det lokale arbeidsmarkedet.
4. Den fjerde typen utdanningstilbud er studier på deltid basert på samlinger på studiestedet. Dette er tilbudt sammenhengende ved Høgskolen i Harstad, og for enkeltkull i Bodø og Tromsø. Knappt 500 kandidater er uteksaminert fra slike deltidsstudier. De regionale effektene av disse utdanningstilbudene er ikke mulig å følge i dette datamaterialet, da de ikke er skilt fra andre kandidater uteksaminert fra samme studiested.

### **3.3. Forskning på fleksible utdanningsmodeller i sykepleie i Norge**

Ved noen av utdanningsinstitusjonene er det gjort studier av hvor det blir av de som har tatt ulike former for desentralisert sykepleierutdanning. Studien viser generelt at en høyere andel av de desentralt utdannede sykepleierne arbeider i det fylket de tok utdanningen i, sammenlignet med de som tok sykepleierutdanning på campus. Dette forklares med at desentralisert utdanning innebærer at det er mulig å ta utdanning kombinert med å bli boende hjemme med familien. De enkelte studiene er nærmere presentert i de neste avsnittene.

#### *Desentralisert sykepleierutdanning i Finnmark utdannet sykepleiere for lokalt arbeidsmarked*

Det desentraliserte studieprogrammet i Finnmark har utgangspunkt i sykepleierutdanningen i Hammerfest som tidligere var en del av Høgskolen i Finnmark (med campus i Alta), og hører nå under UiT Norges arktiske universitet. Siden oppstarten i 1991 har den desentraliserte sykepleierutdanningen i Finnmark vært lagt til ulike kommuner, men studiestedene er de siste årene blitt sentrert til Alta og Kirkenes, fremfor å legge utdanningene til de kommunene som meldte om størst rekrutteringsbehov. Undervisningen var først på fulltid, men har siden kull 2008 med ett unntak foregått på deltid. Undervisningen er samlingsbasert. Gjennomføringen av studiet er i dag avhengig av lærere som reiser



ut fra campus i Hammerfest. Studentene er siden 2013 tatt opp gjennom samordna opptak. Det var lokale opptak tidligere, og et tettere samarbeid med de som var vertskommuner for utdanningen ved at skolen ba helseledelsen i kommunene hjelpe til med rekruttering av studenter, og det var samarbeid om lokaler og eventuelt ekstra praksisplasser.

Den første studien fra Finnmark (Nilsen et al. 2012) viste at 93 prosent av de som var utdannet desentralisert, og 70 prosent av campusutdannede, fortsatt arbeidet i fylket 4-7 år etter eksamen. Den høyere andelen som ble værende etter desentralisert utdanning forklares med at desentralisert utdanning innebærer at det er mulig å ta utdanning kombinert med å bli boende hjemme med familien. Studien tok for seg data om tre kull desentralisert utdanning og campusutdanningene som foregikk samtidig, og intervjuet sju av de sykepleierne som var utdannet på desentralisert modell.

Eriksen & Huemer (2019) gjorde en dokumentstudie av desentralisert sykepleierutdanning i perioden 1991 til 2018 i Finnmark. Den omfattet 15 kull på ni ulike studiesteder og 191 utdannede sykepleiere. Studien slo fast at lokalisering av studiested er bestemmende for hvor studentene rekrutteres fra. I perioden 1991-2018 var det kun åtte studenter som ikke var rekruttert fra Finnmark. Dette tallet har vært økende, og knyttes til at det siden 2013 ikke lenger er lokale opptak. Eriksen & Huemer anbefalte å vurdere å begrense opptaket til lokale søkere.

Eriksen & Huemer undersøkte fullføring av studiet. 277 studenter startet og 191 fullførte (kull 1991-2014), det vil si 69 prosent. Dette er ikke sammenlignet med fullføringsgrad for campusstudenter. Nilsen et al. (2012) fant ingen signifikant forskjell i gjennomføringsgrad mellom campusstudenter og studenter på desentraliserte studier, henholdsvis 81,5 og 76,9 prosent. Denne studien tok for seg 3 kull; 2002, 2004 og 2005.

Nilsen et al. (2012) fant at karakterene ligger på samme nivå i de to gruppene campusstudenter og studenter på desentraliserte studier, henholdsvis 2.6 og 2.7. Begge karakterer korresponderer til karakteren C i dagens karaktersystem.

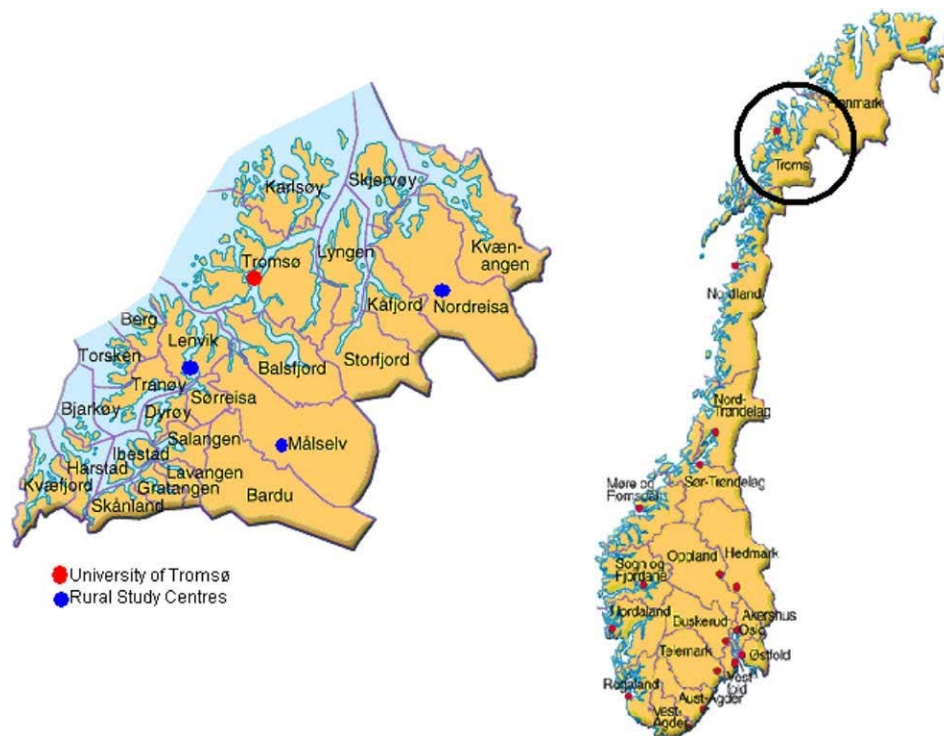
Nilsen (ibid.) beskrev hvordan de ferdig utdannede sykepleierne på desentralisert utdanning brukte seg selv som eksempler, og prøvde å overbevise andre aktuelle søkere om at det er mulig å gjennomføre sykepleierutdanning selv om man har små barn og andre familieforpliktelser. Dette var noe de gjorde helt på eget initiativ, og uten samarbeid med arbeidsgivere, kommunen eller med utdanningsinstitusjonen.

#### *Desentralisert sykepleierutdanning i Troms – kombinasjon med ansvar for familie og arbeidsforpliktelser*

Desentralisert sykepleierutdanning i Troms har sitt utspring i Tromsø helsefaghøgskole som i 1994 ble en del av Høgskolen i Tromsø, og som i 2007 fusjonerte med UiT (med campus i Tromsø). Undervisningen ved den desentraliserte sykepleierutdanningen foregår på tre steder i tillegg til campus i Tromsø; Finnsnes og Bardufoss i Midt-Troms, og Storslett i Nord-Troms. I Tromsøgruppen er det mange studenter fra distriktet rundt Tromsø. De som underviser, er bosatt der hvert av studiesentrene er. Man bruker også lokalt helsepersonell som undervisere på spesielle tema. En del av underviserne har også stilling i kommunehelsetjenesten samtidig. Det er lokalt opptak annet hvert år ved

opptakskontoret til UiT, da studiene starter i januar. Opptaket gjøres imidlertid etter samme regelverk som samordna opptak. Ingen kommuner har lenger noe med opptaket å gjøre. Tidligere var det et samarbeid med kommunene og et visst antall studenter fra hver kommune. Studieprogrammene er fireårige med undervisning to dager per uke i undervisningsperioder når det ikke er praksis, og introduksjon til hver av de tre årsenhetene starter med en ukesamling i Tromsø.

Norbye & Skaalvik (2013) gjennomførte en spørreundersøkelse i 2012 blant 233 tidligere studenter som hadde tatt eksamen på desentralisert sykepleierutdanning i perioden 1994 til 2011. Blant 356 utsendte skjema ble 41 returnert av Posten og 233 besvart, det vil si 74 prosent av mottatte skjema ble besvart. Gjennomsnittsalderen på respondentene ved studiestart var 31,2 år, med lite variasjon i perioden. 93,6 prosent var kvinner. De var rekruttert fra 18 distriktskommuner (180) og en by (Tromsø; 35). Hovedgrunnen til å søke denne utdanningen var mulighet for å kombinere ansvar for familie og arbeidsforpliktelser. På spørsmål om hva som var den første jobben etter utdanning har noen oppgitt flere svar. For 87,5 prosent var den første jobben i kommunehelsetjenesten, 22,3 prosent i spesialisthelsetjenesten og 5,6 prosent annet. Da spørreundersøkelsen ble gjennomført i 2012 arbeidet 85 prosent som sykepleiere. Blant de øvrige 24 arbeidet 11 i helsetjenesten (ambulansetjenesten, jordmødre og ledere), syv var pensjonert og seks hadde sluttet som sykepleiere. Undersøkelsen ga ikke svar på hvilke kommuner respondentene jobbet i, sammenlignet med bostedskommune ved studiestart. 56 prosent av de som svarte på spørreundersøkelsen har tatt videreutdanning, og flertallet foretrakk videreutdanning som var på deltid og/eller desentralisert (Skaalvik, Gaski & Norbye 2014).



Figur 3: Norge med Troms og studiesentrene for desentralisert sykepleierutdanning (hentet fra Norbye & Skaalvik 2013)

### Kandidatundersøkelsene ved UiT Norges arktiske universitet

Kandidatundersøkelsen fra 2019 og 2017 ved UiT Norges arktiske universitet omfatter data fra henholdsvis 240 og 188 sykepleiere, inkludert henholdsvis 11 og 15 som tolkes som å tilhøre studieprogram utenom de faste campusene (svarprosent henholdsvis 48 og 37 prosent for sykepleiergruppen). Videre hører 39 til studieprogram på deltid (Harstad og Tromsø) i 2017. Geografiske analyser basert på kandidatundersøkelsene i 2017 og 2019 (Lie 2020)<sup>1</sup>, viser følgende om effekten av mindre studiesteder for de 26 kandidatene som har svart på de to kandidatundersøkelsene og som er utdannet ved studiestedene Kirkenes (2), Storslett (3), Alta (7), Finnsnes (8) og Bardufoss (6):

Dette er statistisk sett et tynt grunnlag, men summert kan det gi noen antydninger av effektene.

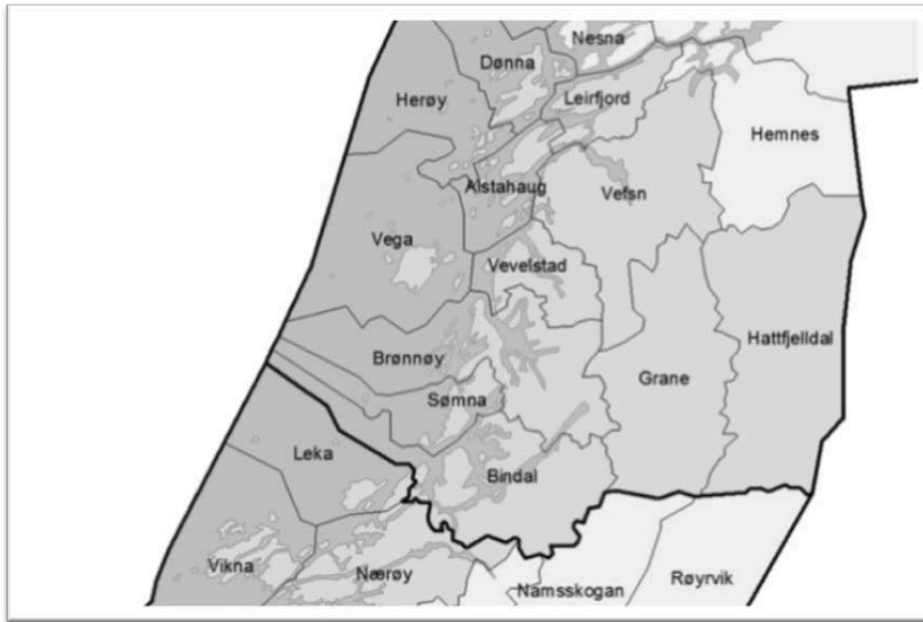
Det som er tydelig er at disse er preget av svært regional og til dels lokal rekruttering. 17 av 26 (65%) var opprinnelig fra studiestedets region, og hele 24 av 26 (92%) om vi også tar med naboregionene til studiestedene. Arbeidsstedsregionen blant disse kandidatene er enda mer regional, 20 av de 25 (80%) kandidatene som var i arbeid arbeidet i studiestedsregionen, altså høyere andel enn som var derfra opprinnelig. Tar vi med naboregioner var det 23 av 25 (92%) som arbeidet der, altså samme andel som var fra disse regionene.

#### *Desentralisert sykepleierutdanning i Nesna utdannet til lokalt arbeidsmarked*

Høgskolen i Nesna (studiested Sandnessjøen som er et knutepunkt for samferdsel på ytre Helgeland) har siden 2000 hatt desentralisert sykepleierutdanning. Skolen fusjonerte med Nord Universitet i 2016. Siste kull på desentralisert sykepleierutdanning ble tatt opp i 2015 og avsluttet i 2019. Mens øvrige fleksible sykepleierutdanninger i Nordland tidlig gikk over til å ha mye av teoriundervisningen og kontakten med studentene på nett, holdt Nesna på en pedagogisk tilnærming med fokus på oppmøte på samlinger hvor utvikling av relasjoner gjennom samhandling med andre ble vektlagt (se også Lund 2014). Det var lokalt baserte undervisere. Opptaket var lokalt til og med 2005, og deretter samordna opptak. Studiet foregikk på deltid over fire år og var samlingsbasert. Utdanningen i Sandnessjøen har hatt flere samlingsuker enn for eksempel den nettbaserte deltidsutdanningen på Mo, og har slik vært organisert lignende et heltidsstudium men fordelt over fire år. Et samarbeid mellom kommuner på ytre Helgeland og VID vitenskapelige høgskole planlegger(per juni 2020) oppstart i 2021 med et nytt samlingsbasert deltidsstudium.

---

<sup>1</sup> Geografiske analyser av kandidatundersøkelsene fra 2017 og 2019 med fokus på fleksible utdanninger, er på forespørsel fra NSDM utarbeidet av Ivar Lie, Seksjon for forskning og utdanningskvalitet, UiT Norges arktiske universitet.



Figur 4: Kart som viser kommunene lengst sør i Nordland (hentet fra Hov (2018)).

Hov (2018, upublisert) gjennomførte i perioden oktober 2015 – februar 2016 en spørreundersøkelse blant sykepleiere som har fullført utdanningen ved Høgskolen i Nesna per august 2015. Undersøkelsen omfattet ni kull med oppstart mellom 2000 og 2011. Til og med kull 2005 hadde lokalt opptak. Svarprosenten i undersøkelsen var 42 (156 utsendte spørreskjema og 65 svar). 87 prosent av de 156 studentene, og 85 prosent av de 65 respondentene, bodde på Helgeland ved studiestart, og spesielt i kommuner på Ytre Helgeland. 93 prosent av de som hadde bostedsadresse på Helgeland ved studiestart, bodde fremdeles på Helgeland. Betydningen av utdanningen var størst for kommuner på Ytre Helgeland. 34 prosent av de 156 som er utdannet bodde i vertskommunen for utdanningen (Alstahaug) da spørreundersøkelsen ble gjennomført, 15 prosent i Leirfjord, 13 prosent i Vefsn, fire prosent i Nesna, fire prosent i Dønna, tre prosent i Brønnøy og tre prosent i Herøy.

91 prosent av de som svarte på spørsmålet om hva som var avgjørende for at de valgte nettopp denne utdanningen, svarte at mulighetene for å kunne bo hjemme under hele eller deler av utdanningen var en avgjørende faktor. 88 prosent var svært tilfredse eller tilfredse med utdanningstilbudet. 75 prosent hadde sitt første arbeidsforhold som sykepleier i kommunehelsetjenesten, og 20 prosent i spesialisthelsetjenesten. De resterende (to) kombinerte de to nevnte tjenestene, og den siste startet ikke i jobb som sykepleier rett etter utdanningen. 15 av de 34 som svarte på spørsmålet, svarte at de ufrivillig arbeidet deltid.

Hov setter antallet utdannede sykepleiere i perspektiv, ved å beskrive størrelsen på kommunene og videre beskrive antallet sykepleiere ansatt i dette området. Hele 23 nye sykepleiere til Leirfjord kommune med 2 277 innbyggere, og 53 nye sykepleiere til Alstahaug med 7 500 innbyggere, ses på som gode bidrag for å imøtekomme det totale behovet for sykepleierkompetanse i kommunene.

## Desentralisert sykepleierutdanning i Oppland utdannet til lokale arbeidsmarkeder

Det desentraliserte studieprogrammet i Oppland har sin historie tilbake til 1991. Dette studieprogrammet er nå lagt på is begrunnet med at det er vanskelig å finne praksisplasser. Studiesentrene og fylkeskommunen har vært viktige partnere. Frem til og med opptak i 2018 var det grupper av 14 studenter på hvert sted i Valdres, Hadeland og Otta, samt 28 på campus i Gjøvik (Figur 5). Høgskolen i Gjøvik fusjonerte i 2016 med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Studentene var inne på campus i Gjøvik to dager annenhver uke, og øvrige uker møttes de på de tre karrieresentrene eller jobbet nettbasert. Tidligere ble forelesninger streamet i sanntid til de lokale karrieresentrene. Etter hvert har de blitt mer nettbasert. Det foregikk ingen fysisk undervisning med undervisere på karrieresentrene. Undervisere pleide å reise ut fra Gjøvik til 1-2 samlinger per semester. Det var tidligere lokalt opptak som eventuelt var øremerket utvalgte kommuner. Fra 2008 ble det samordna opptak hvert år.

En prosjektrapport etter fem kull med desentralisert sykepleierutdanning i Oppland (Rognstad 2009) viser at 88 prosent av sykepleierne fortsatt bodde i regionen to til 12 år etter at utdanningen var avsluttet (regionen består av Oppland fylke samt Ringsaker kommune i Hedmark). Datamaterialet består av svar på en spørreundersøkelse gjennomført i 2007-2008 fra 139 tidligere sykepleierstudenter fra kull 1991, 1993, 1997, 1999 og 2001. Svarprosenten var 63 prosent. Studentene som svarte var i hovedsak kvinner (94 prosent), de hadde barn (67 prosent) og de var i arbeid (74 prosent). Gjennomsnittsalderen på respondentene var 29,3 år ved studiestart.



Figur 5: Kart som viser campus og tre karrieresentra for desentralisert sykepleierutdanning i Oppland

55 prosent svarte nei på om de ville begynt på utdanningen hvis den ikke var desentralisert, 24 prosent svarte ja og resten vet ikke. De som hadde bosted langt unna høgskolen (Dovre, Jevnaker, Vang, Vestre Slidre og Vågå) svarte i større grad nei. Studie- og leseplasser, tilgang til videokonferanseutstyr, medstudenttreff, eksamensmulighet og sosial aktivitet ble vurdert som det viktigste ved studiesenteret

som læringsarena. Tre studenter måtte avbryte studiet underveis, og dette skyldtes ikke selve studiet men egen helse, økonomi og andre årsaker (to fullførte utdanningen i ettertid). Blant de som ikke svarte på spørreundersøkelsen var det en høyere andel som ikke fullførte utdanningen.

97 av de 139 hadde fått fast jobb i kommune/region i etterkant av studiene. På undersøkelsestidspunktet bodde fortsatt 88 prosent av respondentene i regionene hvor de hadde bosted før studiene startet. De tidligere studentene trakk frem følgende positive erfaringer ved å studere ved en desentralisert utdanning: 1) svært viktig å kunne bo hjemme og kombinere utdanning med det å ha barn, familie og arbeid, 2) det er økonomisk besparende å slippe å flytte for å gjennomføre utdanning, og 3) lokale basisgrupper og studiesentra i regionen er viktige for et godt læringsmiljø og gir kortere reiseavstand til læringsarenaen, samt mulighet til å bli særdeles godt kjent med medstudenter i regionen.

*Høgskulen på Vestlandet: 14 av 19 planla å fortsette på sin arbeidsplass etter bindingstiden*

Det har vært desentralisert studieprogram i Bergensområdet siden 1999, og etter fusjoner ligger studieprogrammet nå under Høgskulen på Vestlandet. Studieprogrammet består av teorisamlinger i Bergen (35 uker), 19 uker med studiegrupper på 10-12 studenter lokalt en gang i uken, og 37 uker med kollokvieaktivitet. Undervisere reiser ut til lokale studiegrupper. Det er lokalt opptak, som går via kommunene som prioriterer sine kandidater. Studenter på desentralisert sykepleierutdanning i Bergensområdet må være ansatt i en kommune eller et helseforetak når de søker opptak. Det har vært en anbefaling til kommunene å prioritere de etablerte. Fra 2008 har en av tre studenter vært fra Bergen. Alle kommuner i Hordaland utenom to har vært med, noen hver gang og andre av og til. Det har også vært kull i Nordfjordeid, Haugaland og Bergen. Kommunene betaler 12 000 kroner per år per student. Det er ikke ansiennitet som er styrende for opptak. Det anbefales å ha en god samtale med medarbeiderne man utfordrer. Det var utfordringer med 2019-opptak på grunn av karakterkravet i norsk og matte (omfangskravet i disse to fagene). De som er helsefagarbeidere har hatt for lite norsk og matte og er ikke kvalifisert. Det endte med at kun 66 av 80 plasser ble fylt opp i 2019.

Ved Høgskulen i Bergen ble det gjennomført to spørreundersøkelser i 2005, knapt to år etter at studentkull 1999 var avsluttet<sup>2</sup>. Datamaterialet fra spørreundersøkelsene er ikke tidligere publisert i verken rapport eller artikkel, men NSDM har fått tilgang til det, og presenterer noen resultater. Den ene spørreundersøkelsen var rettet mot studenter på desentralisert sykepleierutdanning på kull 1999, og den andre mot arbeidsgivere for det samme kullet. Sistnevnte omfattet 16 besvarte spørreskjema. Arbeidsgivere svarte at 13 sykepleiere var ansatt mens han/hun tok sin sykepleierutdanning, og fem var ikke ansatt.

Studentundersøkelsen bestod av svar fra 20 tidligere studenter. Spørsmålene var knyttet til arbeidsforhold, sykepleierrollen, utdanning og til fremtidige ønsker. Detaljer om utvalg og metode er

---

<sup>2</sup> Oppfølgingsundersøkelse kull 99 Desentralisert sykepleierutdanning Høgskolen i Bergen. Udatert notat. Oppfølgingsundersøkelse kull 99 Desentralisert sykepleierutdanning Høgskolen i Bergen Arbeidsgiverdelen. Udatert notat.

ikke beskrevet. Resultatene viste at alle respondentene jobbet i kommunehelsetjenesten knapt to år etter at utdanningen var ferdig. 14 gikk tilbake til arbeidsplassen som de hadde før de startet sykepleierutdanningen, seks gjorde det ikke. 16 av 19 som svarte på spørsmålet, oppga at de planla å fortsette på sin arbeidsplass etter at eventuell bindingstid var over, to svarte nei, og for en var spørsmålet uaktuelt. Alle som svarte var fornøyd eller veldig fornøyd med utdanningen de fikk.

### **3.4 Oppsummering av erfaringene**

Mange ulike aspekter spiller inn i prosessene rundt valg av arbeidssted. Det kan være utfordrende å identifisere hva som egentlig har påvirket den enkeltes valg. Studiene av hvor folk tar seg arbeid etter sykepleierutdanningen er i hovedsak basert på registerdata eller spørreskjema med forhåndsdefinerte svarkategorier. Det vil si at de beskriver hvor man arbeider eller bor, og det foreligger i liten grad data som kan forklare den enkeltes valg.

*Regionale utdanninger, og desentraliserte spesielt, har spilt en nøkkelrolle for tilgang på kvalifiserte sykepleiere*

Studier som belyser hvordan desentralisert sykepleierutdanning rekrutterer til lokalt arbeidsmarked er gjort ved kun tre av utdanningsinstitusjonene, i form av en publisert artikkel, et arbeidsnotat, og en rapport. Dette omfatter desentraliserte utdanninger i Finnmark (Nilsen 2012), Nesna (Hov 2018) og Oppland (Rognstad 2009). Disse studiene har alle solide datagrunnlag hentet inn i henholdsvis 2009/2010 (tre kull sykepleiere ferdig utdannet i 2002-2005), 2015/2016 (ni kull sykepleiere ferdig utdannet i 2004-2015), og 2007-2008 (fem kull sykepleiere ferdig utdannet i perioden (1995-2005). Resultatene er entydige: studiene viser generelt at en svært høy andel (88-93 prosent) av sykepleierne arbeidet eller bodde i det fylket/regionen de tok utdanningen i, på tidspunktet da datainnsamlingen ble gjort:

- Finnmark: 93 prosent av de som var utdannet desentralisert, og 70 prosent av campusutdannede, arbeidet fortsatt i fylket 4-7 år etter at utdanningen var avsluttet
- Helgeland: 93 prosent av de som hadde bostedsadresse på Helgeland ved studiestart, bodde fremdeles på Helgeland 0,5 til 11,5 år etter at utdanningen var avsluttet

Oppland inkludert Ringsaker kommune: 88 prosent av sykepleierne bodde fortsatt i regionen to til 12 år etter at utdanningen var avsluttet

Både studien fra Nord-Norge (Gaski, Abelsen og Lie 2016) og kandidatundersøkelser fra UiT Norges arktiske universitet (Lie 2020) bekrefter mønsteret med at utdanningene som er flyttet ut fra campus rekrutterer best til det lokale arbeidsmarkedet. Lokalisering av studiested er bestemmende for hvor studentene rekrutteres fra (Eriksen og Huemer 2019), og andelen som tar seg jobb etter endt utdanning. En nasjonal undersøkelse viste at de regionale utdanningene spiller en nøkkelrolle for tilgang til kvalifiserte sykepleiere. Imidlertid er det ganske stor variasjon i hvor godt campusutdanninger rekrutterer til regionen hvor lærestedet er plassert. Sykepleiere utdannet på campus på læresteder med en mindre sentral plassering (for eksempel Vestfold, Stord og Nord-Trøndelag), hadde lav sannsynlighet for å være bosatt i høgskoleregionen. Til gjengjelder det høy beregnet sannsynlighet for å være bosatt i

samme landsdel, men utenfor høgskoleregionen (Arnesen 2003). Utdanning er en viktig grunn til flytting. Dette gjelder ikke minst flytting fra distrikter til sentra. Sykepleiere vil gjennom praksis i studiene knytte bånd til arbeidsmarkedet der utdanningen foregår. Første jobb har vist seg å være avgjørende for bosetting (Stambøl 2013). Lokalisering av sykepleierutdanninger er derfor viktig med tanke på å rekruttere til lokale arbeidsmarkeder. Jo mer distrikt, jo mer avhengig er man av å utdanne lokalt (Gythfeldt og Heggen 2012).

### *Positive resultater, men vanskelig å generalisere*

De tre studieprogrammene som er undersøkt og som viser svært positive resultater for lokal rekruttering, er enten lagt ned (Nesna), lagt på is (Oppland) eller endret ganske mye (Finnmark). Blant annet er det ikke lenger lokalt opptak, og studiestedene er nå begrenset til de største to sentraene (Alta og Kirkenes).

Som vist i rapporten om fleksibel sykepleierutdanning (Gaski og Huemer 2020), er de ulike studieprogrammene for desentralisert sykepleierutdanning til dels svært ulike. På denne bakgrunnen er det vanskelig å generalisere, og si at de gode resultatene for lokal rekruttering sannsynligvis vil gjelde for dagens studieprogram for desentralisert sykepleierutdanning også. Det er grunn til å anta at effekter på lokal rekruttering vil variere fra studieprogram til studieprogram, og også over år, siden de desentraliserte studieprogrammene er i stadig endring. Ikke minst må det understrekes at øvrige fleksible studieprogram for sykepleierutdanning, for eksempel rene deltidsprogram som foregår på campus, er såpass forskjellige fra desentraliserte studieprogram at man ikke kan forvente lignende effekter for rekruttering til lokalt arbeidsmarked av disse.

### *Desentralisert utdanning har delvis rekruttert en annen gruppe søkere*

Resultater fra studiene som er gjort ved de desentraliserte utdanningene indikerer at det mer eller mindre har vært en annen gruppe søkere som har søkt seg til de desentraliserte studiene enn de som søker seg til ordinær utdanning på campus. Studentene på desentraliserte studieprogram synes å være litt eldre og har ofte omsorgsforpliktelser (Nilsen et al. 2012, Norbye og Skaalvik 2013). For mange ville det ikke være noe alternativ å ta en sykepleierutdanning på campus, for eksempel oppga 91 prosent av de som svarte på spørsmålet om hva som var avgjørende for at de valgte nettopp den desentraliserte utdanningen i Nesna. Undersøkelsen viste at mulighetene for å kunne bo hjemme under hele eller deler av utdanningen var en avgjørende faktor (Hov 2018). Blant sykepleierne utdannet i Oppland svarte 55 prosent nei på om de ville begynt på utdanningen hvis den ikke var desentralisert, fordi det var svært viktig å kunne bo hjemme og kombinere utdanning med det å ha barn, familie og arbeid, og særlig viktig for de som bodde lengst unna campus. Desentraliserte studieplasser vil derfor til en viss grad ikke fange opp akkurat den samme studentgruppen, som studieplasser på campus vil gjøre.



## 4 Behovet for fleksible utdanninger

Det er vanskelig å estimere hvor stort behovet er for fleksible studietilbud i syke- og vernepleie. Gjennom de 30 årene som slike tilbud har eksistert, har de vært opprettet, dimensjonert og tilpasset til lokale behov og muligheter; gjennom samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og utdanningsinstitusjoner. Fylkesmannen har i flere fylker vært pådriver for å sette i gang slik tilbud.

Stort sett har de opprettede studieplassene blitt fylt opp. Når utdanningsinstitusjonenes handlingsrom til å opprette slike studietilbud har blitt begrenset av reformer innen høyere utdanning, har det blitt nødvendig å vurdere behovet mer generelt på nasjonal og regional basis. Man må imidlertid ha klart for seg at det er lokale tilbud som har vist rekrutteringseffekt, og at eventuelle nasjonale kandidatmåltall må omsettes til lokale studieplasser for å ha den ønskede effekt.

### **4.1 Innspill fra fylkesmennene**

Kartleggingen av behov, tilbud og planer om desentraliserte utdanninger, som ble foretatt blant fylkesmannsembetene på forsommeren 2020, hadde som spesifikt formål å framskaffe beslutningsgrunnlag for best mulig anvendelse av de 20 millionene som var blitt bevilget ekstra til dette formålet gjennom RNB. Fylkesmennene ble derfor ikke forespurt om å angi generelt behovet for slike utdanninger i sin region. Men omtrent samtlige embeter rapporterer om desentraliserte og fleksible bachelor- og videreutdanninger som er i gang eller som planlegges. Flere embeter gir støtte til disse gjennom forvaltning av kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd slik tilskuddsregelverket gir åpning for. Vi tolker dette dithen at de vurderer at disse utdanningene fyller et behov som berettiger bruk av tilskuddsressurser.

De sentrale fylkene har også sine utkanter der kommunene sliter med rekruttering av helsepersonell. Her viser fylkesmennene et stort engasjement for fleksible utdanninger. Fylkesmannen i Oslo og Viken løfter for eksempel fram både behov og planer i øvre Hallingdal og deler av gamle Østfold. I vår øvrige dialog med fylkesmennene har de i de siste årene uttrykt bekymring for nedleggelse av desentraliserte studietilbud i kjølvannet av fusjoneringene mellom universiteter og høyskoler. Det er et inntrykk av at fylkesmennene vurderer at behovet er minst på det nivået som tilbudet var før innskrenkningene startet, uten at dette kan tallfestes.

Vi har ikke ansett det som regningsssvarende i vår nåværende ressursituasjon, å innlede dialog med Sentrene for omsorgsforskning for å utdype behovet for fleksible studietilbud, slik oppdraget åpner for.

## **4.2 Fleksible utdanninger som del av Kompetanseløft 2025**

I vårt forslag i rapport IS-2834 til videreføring av Kompetanseløft 2020 fra 2019, fremhevet Helsedirektoratet desentraliserte og distriktsvennlige utdanningstilbud som et viktig tiltak under ny strategi om å rekruttere, utvikle og beholde fagutdannet personell i helse- og omsorgstjenestene.

Desentraliserte utdanninger, med lokal forankring av praksisstudier og lærekrefter, kan også bidra i vesentlig grad til å utvikle helse- og omsorgstjenesten i kommunene som arena for utdanning og kompetansebygging, som er en annen av de foreslåtte hovedstrategiene. Tiltak for å igangsette desentraliserte og deltidsbaserte utdanningstilbud bør inngå i nytt Kompetanseløft med en utvidet satsing på kommunen som læringsarena for helsefaglige utdanninger. De fleksible utdanningene bør legge spesielt til rette for å bidra til at studenter ønsker å beholde sin tilknytning til kommunen gjennom studieløpet og etter fullført utdanning.

## 5 Helsedirektoratets vurderinger og anbefalinger

På bakgrunn av den tidligere kartleggingen (første leveranse), innspill fra fylkesmannsembetene og kunnskapsgrunnlaget framskaffet av Nasjonalt senter for distriktsmedisin, vil Helsedirektoratet her gi sine vurderinger og anbefalinger.

### 5.1 Behov for fleksible utdanninger

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten, særlig i mindre sentrale strøk, sliter med å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert personell. På bakgrunn av dokumentasjonen ovenfor om de fleksible utdanningenes effekt på rekrutteringen, vurderer Helsedirektoratet at det vil være et betydelig behov for slike utdanninger også i årene framover. En kvantifisering av behovet er imidlertid vanskeligere. Det finnes ikke noe absolutt behov der ute som lett kan tallfestes. Behovet vil være avhengig av svingende rekrutteringsvansker i forskjellige deler av landet, endringer i helse- og omsorgstjenesten osv. Denne vurderingen har også politiske implikasjoner: Hvor mye samfunnet er villig til å satse på gode helsetjenester i distriktene, kontra behovet for effektivisering og kvalitetssikring av høyere utdanning. Fylkesmennene, som sitter tett på bemanningsutfordringene i kommunene, har gitt uttrykk for stigende bekymring i takt med nedbygging og sentralisering av de fleksible utdanningstilbudene. Hvis vi må kvantifisere behovet for fleksible studieplasser vil vi derfor foreslå et nivå minst på linje med slik det var rundt 2015, før struktur- og kvalitetsreformen slo inn.

For **bachelor** i sykepleie ble 385 kandidater uteksaminert fra fleksible studiemodeller i 2015. For vernepleie svinger årskullene svært mye, men i årene 2015 - 17 ble det i gjennomsnitt uteksaminert ca. 240 med bachelorgrad i vernepleie årlig. Hvis man skal ta høyde for et visst frafall underveis i studiet, slik man også gjør i de ordinære campus-studiene, vil vi grovt anslå et behov for minimum 450 fleksible studieplasser årlig for sykepleiere og 300 for vernepleiere. Helsedirektoratet mener at det vil være mulig å fylle flere fleksible studieplasser enn det vi har antydnet her, hvis det er politisk vilje til å satse på slike utdanninger, og at disse studieplassene kan utgjøre en bestemt andel av det kandidatmålet vi har foreslått å øke til.

De fleksible **videre- og etterutdanningstilbudene** varierer sterkt i omfang, organisering og varighet, og vi vil ikke begi oss ut på å kvantifisere behovet for antall plasser her. Helsedirektoratet vurderer det imidlertid slik at mange av disse studietilbudene egner seg godt for desentraliserte og deltidsbaserte modeller, hvor det er viktig at studentene beholder tilknytningen til den arbeidsplassen de allerede er ansatt i under studiet. For videre- og etterutdanningstilbud beregnet på kommunehelsetjenesten, vil vi foreslå at majoriteten av studietilbudene opprettes som fleksible.

### 5.2 Innretning på fleksible utdanninger

Det finnes mange forskjellige fleksible studiemodeller som kan ha sin berettigelse i forskjellige deler av landet. Det er imidlertid noen kjennetegn som går igjen ved de studietilbudene som har vist best effekt på å rekruttere og beholde helsepersonell til rekrutteringssvake områder.

### 5.2.1 Lokal forankring

De første desentraliserte studietilbudene oppsto i samarbeid mellom kommuner som hadde behov for personell og den lokale høgskolen. Det sikret engasjement fra kommunen til å skaffe praksisplasser, undervisningslokaler, praksislærere etc., og å legge til rette for at deres ansatte kunne studere ved siden av fortsatt deltidsarbeid i kommunen. Slike partnerskap mellom lokalsamfunn og utdanningsinstitusjoner har vist seg å være en suksessfaktor for mange rekrutteringsprosjekter rundt om i verden, slik NSDM har beskrevet. Fra andre land har de sett at ulike former for samarbeid eller partnerskap mellom utdanningsinstitusjoner og lokalsamfunn har resultert i nyttig praksiserfaring fra distrikt for sykepleierstudenter, og et bedre forhold mellom praksissteder i distrikt og utdanningsinstitusjonene (f. eks Bernal et al. 2004). Det er gjort mange studier av slike samarbeid innfor medisinstudier i andre land, og studier peker på at sterke partnerskap med lokalsamfunn er karakteristiske for vellykket desentralisert praksis eller utdanning (f. eks Cuff et al. 2015, Hays et al. 2005). Ut fra NSDMs kartlegging kan det virke som om denne lokale kontakten rundt fleksible syke- og vernepleierstudier i Norge er blitt svekket de siste årene.

Flertallet av desentraliserte studenter som har uttalt seg i undersøkelsene ovenfor, angir at det å kunne bli boende hjemme var en forutsetning for at de kunne ta utdanningen. Også i migrasjonsstudiene som er gjengitt ovenfor, er det å flytte hjemmefra for å studere en viktig årsak til drenasje av unge mennesker vekk fra distriktene, og de færreste vender hjem igjen. Sentralisering, også av de fleksible studietilbudene, slik vi nå ser i Finnmark, kan svekke rekrutteringseffekten. Hvis man først må flytte 200-400 km for et "desentralisert" studietilbud, vil sannsynligheten for at man vender hjem etter endt studium avta.

Ved tidligere søkning til fleksible studietilbud har det vært lokalt opptak, og kommunene hatt innflytelse på hvilke studenter de vil satse på. I dag praktiserer de fleste utdanningsinstitusjonene samordnet opptak, og det er bare til Høgskolen på Vestlandet at kommunene er med å bestemme opptaket. Der er også kommunene med på å finansiere studietilbudet, og vi mener at et slikt engasjement fra kommunene kan bidra til at studiet, både får de beste søkerne, og dem som med størst sannsynlighet vil bli i kommunene etterpå. Utdanningstilbydere beskriver i evalueringen (2019) av Kompetanseløft 2020 at samordnet opptak fører til at bedre kvalifiserte søkere fra andre deler av landet får studieplass framfor personer i nærområder som kommunene hadde ønsket å utdanne.

Lokale lærekrefter har også vært viktige i utviklingen av de fleksible studietilbudene. Og det å veilede eller undervise studenter har hevet det faglige nivået i mange kommuner. Nå ser vi en økende tendens til at lærere er heltidsansatt på campus og reiser ut for å undervise studentene. Lærernes reisekapasitet blir lett en begrensende faktor for desentralisert studentopptak. Som et ledd i en generell kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i nytt Kompetanseløft, mener Helsedirektoratet at det må satses på videreutdanning i veiledning for å sikre gode praksisveiledere i kommunene, og på opprettelse av kombinerte stillinger (klinisk stilling i kommunen kombinert med akademisk stilling ved en utdanningsinstitusjon). Disse lærerne vil kunne ta seg av den praktiske undervisningen for både desentraliserte studenter og ordinære helsefagstudenter fra campus i deres praksisperioder, mens mer teoribasert undervisning også kan overføres digitalt fra campus.

Mange fleksible studiemodeller har hatt undervisningslokaler knyttet til lokale studiesentra, som eventuelt også kan deles med andre utdanningstilbud. Mange av studentene som har uttalt seg i undersøkelsene ovenfor, forteller at lokale basisgrupper knyttet til studiesenteret har vært viktig for dem i gjennomføringen av studiet. Også der det ikke finnes noe studiesenter, er lokale basisgrupper for de desentraliserte studentene, gjerne med en lokal veileder, av stor betydning.

### **5.2.2 Rekruttering fra en annen studentmasse**

Gjennomgangen som NSDM har gjort, viser at studentene på de fleksible studietilbudene har en noe høyere gjennomsnittsalder enn de ordinære campusstudentene. Flere har også barn eller andre omsorgsforpliktelser, som gjør dem mer bofaste. Dette ansees som en av forklaringene på at de i større grad blir boende i hjemkommunen etter fullført studium. Mange av disse har også arbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ufaglærte eller helsefagarbeidere før de begynte på studiet, og vet hva de går til når de tar utdannelsen. Det kan også bidra til en større grad av yrkesaktivitet som sykepleier (eller vernepleier) noen år etter studieslutt.

En del av studentene i de fleksible studiemodellene har ikke studiekompetanse fra videregående skole, og de siste årene har kravet om karakterer og timetall i norsk og matematikk vært et hinder for opptak av ellers motiverte studenter. Vi ser derfor behov for kvalifiseringstiltak for noen av disse søkerne og eventuelt støtteundervisning underveis for å bestå f.eks. medikamentregning og hindre frafall underveis i studiet. Dette bør kommunen og fylkeskommunen kunne bistå med, i et godt partnerskap med utdanningsinstitusjonene.

Det har i liten grad blitt reist spørsmål om helsepersonell utdannet ved de fleksible studiemodellene blir like dyktige som de ordinære studentene. I NSDMs gjennomgang var det bare undersøkelsen fra Finnmark (Nilsen et al.) som tematiserte dette, og de fant ingen signifikant forskjell. Helsedirektoratet har heller ikke noen opplysninger fra andre kilder, som tilsier at de desentraliserte studentene blir mindre kompetent helsepersonell.

De aller siste årene har man sett at noen av de fleksible studieplassene opptas av unge søkere uten lokal tilknytning, som ikke har kommet inn på de ordinære campusstudiene. Omgjøring av studieprogram til mer vekt på nettstudier og mindre desentralisert undervisning, innebærer at studentene kan sitte hvor som helst og følge undervisningen. Denne muligheten kan bidra til at de fleksible studiene trekker til seg flere studenter uten tilknytning til de rekrutteringsvake områdene, og som ikke oppholder seg der i særlig grad i løpet av studiet. Helsedirektoratet tror ikke at disse vil bidra til lokal rekruttering i samme grad som de bofaste.

De fleste studentene i fleksible studiemodeller er avhengige av lønnet arbeid i studietiden, og beholder sitt arbeidsforhold i kommunen. En tydelig tilbakemelding fra fylkesmennene er at kommunene må gjøres bedre i stand økonomisk til å kunne nyttiggjøre seg av studieplassene ved fleksible utdanninger; gjennom lønnstilskudd til ansatte i helse- og omsorgstjenestene og som stipend til lokale søkere som tar utdanning og inngår avtale om bindingstid til kommunene som nyutdannede. De økonomiske eller arbeidsmessige rammene må legges til rette for at de skal greie å gjennomføre studiet. (referanse: Devaluering (2019) av Kompetanseløft 2020 ved Sintef, NIBR, NIFU).

### **5.3 Anbefalinger**

Helsedirektoratet anbefaler at de fleksible studiemodellene for bachelor i sykepleie og vernepleie utvides og videreutvikles i tråd med de vurderingene som er gitt ovenfor. Videre- og etterutdanningene for de samme fagfeltene bør i stor grad legges opp som fleksible studiemodeller og i samarbeid med kommunene som skal nyttiggjøre seg dem.

Studiene bør ha en tydelig lokal forankring og bygge på et forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og kommunen, eller en gruppe av kommuner. Utdanningene bør bli en del av nytt Kompetanseløft og en utvidet satsing på kommunen som læringsarena for helsefaglige utdanninger. De fleksible utdanningene bør legge spesielt til rette for studenter som ønsker å beholde sin tilknytning til kommunen gjennom studieløpet og etter fullført utdanning.

## 6 Økonomiske og administrative konsekvenser

### 6.1 Økonomiske betraktninger

Det har ikke vært mulig å gjøre noen pålitelig sammenligning av kostnadene ved de fleksible studiemodellene opp mot ordinære campustudier. De fleksible studiemodellene som er vurdert har vært veldig forskjellig innrettet, og har i varierende grad kunnet benytte seg av de samme lærekrefterne undervisningsfasiliteter osv. som på campus. Graden av lokalt engasjement og vilje til å stille ressurser til rådighet, påvirker også kostnadene. Undersøkelsen fra Finnmark (Nilsen et al.) antyder at de desentraliserte studiene der har vært noe dyrere enn de ordinære studiene. Gjennom de forskjellige kompetanseløftene har mange av fylkesmennene gitt tilskudd til opprettelse og gjennomføring av fleksible studier.

Det er grunn til å tro at fleksible studier innebærer noe større kostnader for utdanningsinstitusjonen enn ordinære, treårige heltidsstudier på campus. Merkostnaden vil variere mellom de forskjellige studiemodellene. Hvis man regner med den samfunnsøkonomiske gevinsten ved at studentene kan bli boende på sitt hjemsted og ivareta sine omsorgsforpliktelser, samt bidra på deltid i kommunale helse- og omsorgstjenester, vil imidlertid bildet se helt annerledes ut. I tillegg bør man ta høyde for hva rekrutteringsutfordringene koster kommunene i høy turnover, store vikarutgifter mm.

Fleksible studietilbud vil bli et viktig tiltak i nytt Kompetanseløft for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse tilbudene kan både bidra til, og nyttiggjøre seg, mange av de andre tiltakene i løftet. Man må derfor se på kostnadene samlet sett, og på en hensiktsmessig fordeling av kostnadene mellom utdanningssektoren og helsesektoren. Vi har tidligere påpekt hvordan kommunene må settes økonomisk i stand til å utnytte de fleksible utdanningstilbudene.

### 6.2 Administrative betraktninger

Vi har tidligere også understreket betydningen av lokal forankring av de fleksible utdanningene. Dette bør gjenspeiles i den administrative tilnærmingen; gjennom forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene og utdanningsinstitusjonene, tilrettelegging for undervisning og praksis lokalt og oppfølging av studentene for å hindre frafall osv. For i større grad å kunne ta i bruk kommunene som læringsarena også i de ordinære helseutdanningene, har vi i vårt svar på TTB 68 – Praksis i kommunene, forslått å opprette praksis- og fagkoordinatorstillinger i kommuner (eller grupper av kommuner) som ikke allerede har slike. Disse vil arbeide nært opp mot utdanningsinstitusjonene, og kunne utøve de samme funksjonene i forhold til de fleksible studiemodellene.

Vi ser for oss at de fleksible studietilbudene i årene framover vil være ett viktig element i et større, helhetlig løft for kompetanse, innovasjon, forskning, fagutvikling og utdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig i distriktene vil lokale utdanningsmuligheter bli et bærende element i utviklingen.

## 7 Referanser

Arnesen CÅ. En analyse av bosettingsmønster og arbeidsmarkedstilpasning blant nyutdannede kandidater. Oslo: NIFU 2003. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/275310/NIFUrapport2003-7.pdf?sequence=1&isAllowed=>

Bernal H, Shellman J, Reid K. Essential concepts in developing community-university partnerships. CareLink: ThePartners in Caring Model. Public Health Nurs 2004;21:32-40.

Cuff PA. Building health workforce capacity through community-based health professional education: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press; 2015.

Eriksen TL, Huemer JE. The contribution of decentralized nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway. IJCH 78:1,1691706. 2019

Fylkesmannen i Vestfold og Telemark har gjort helsedirektoratet kjent med rapport " Rett kompetanse – til rett tid- på rett sted" (2020, juni)

Gaski M, Abelsen B, Lie I. *Sykepleiere utdannet i Nord-Norge. Hvor blir de av?* Rapport. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet 2016.

Gaski M, Huemer J. *Fleksibel sykepleierutdanning. Tilgangen på grunn- og videreutdanningstilbud.* Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Rapport 2020. <https://www.NSDM.no/wp-content/uploads/2020/09/2020-2-sept-Rapport-Fleksibel-sykepleierutdanning.pdf>

Gythfeldt K, Heggen K. Er høgskolene regionale kvalifiseringsinstitusjoner? Likheter og ulikheter mellom høgskolene på Vestlandet og i hovedstadsregionen. Høgskolen i Oslo og Akershus, Senter for profesjonsstudier. Rapport 3/29/2012.

Hays R. Establishing successful distributed clinical teaching. Aust J Rural Health. 2005;13(6):366–7.

Heggen K, Gythfeldt K. Hva betyr høgskolene for rekruttering av arbeidskraft til egne regioner? Søkelys på arbeidslivet 03/2013  
[https://www.idunn.no/spa/2013/03/hva\\_betyr\\_hoegskolene\\_for\\_rekruttering\\_av\\_arbeidskraft\\_til](https://www.idunn.no/spa/2013/03/hva_betyr_hoegskolene_for_rekruttering_av_arbeidskraft_til)

Hov J. Kvar har det blitt av sjukepleiarane utdanna ved Høgskolen i Nesna? Om sjukepleiarutdanninga ved Høgskolen i Nesna, studiestad Sandnessjøen, og betydninga for rekruttering til distriktet. Arbeidsnotat 2018. Upublisert.

Jensen EB. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978-2008. Orkana, 2008.



Kompetanseløft 2020-Følgeevaluering, SINTEF hentet fra  
<https://www.sintef.no/prosjekter/kompetanseløft-2020-folgeevaluering/>

Lie I. Sykepleiere i kandidatundersøkelsene UiT – geografiske analyser. Upublisert notat 10.09.2020.

Lund TA. Vår vei til bachelor i sykepleie – dannning og utdanning av sykepleiere på Ytre Helgeland. Rapport om prosjektet. Høgskolen i Nesna 2014. Frederikke (Organ for FoU-publikasjoner) nr 4.  
[https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/225177/2014\\_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/225177/2014_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nilsen G, Huemer, J, Eriksen L. Bachelor studies for nurses organized in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region? *International Journal of Circumpolar Health* 2012 (71): 17902.

Norbye B, Skaalvik MW. Decentralized nursing education in northern Norway: Towards a sustainable recruitment and retention model in rural arctic health services. *International Journal of Circumpolar Health*, 2013 (72): 22793.

NOU 2011:3 Kompetansesarbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet. Oslo: Kompetansesarbeidsplassutvalget.

Rognstad G. Desentralisert høgskoleutdanning – en ressurs for regionene i Oppland fylke. Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2009 nr. 8. Gjøvik.

Røberg KIK. Høgskolenes betydning for regional rekruttering til næringsrettede profesjonsyrker. Høgskolen i Oslo og Akershus rapport 7/2014.

Skaalvik MW, Gaski M, Norbye B. Decentralized nursing education in Northern Norway: a basis for continuing education to meet competence needs in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health* 2014, 73: 25328 - <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v73.25328>

Stambøl LS. Studentvandring. Rekruttering til studier og tilførsel av nye høyt utdannede i et geografisk perspektiv. Statistisk sentralbyrå rapport 6/2013. Oslo/Kongsvinger

Sørli K, Aure M, Langset B. Hvorfor flytte? Hvorfor bli boende? Bo- og flyttemotiver de første årene på 2000-tallet. Rapport 2012/22. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Gaski M. Desentralisert sykepleierutdanning: Effekter på lokal rekruttering. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Notat 2020. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2020/09/2020-25-sept-NSDM-notat-Desentralisert-sykepleierutdanning-Effekter-på-lokal-rekruttering.pdf>

## **Fleksible utdanninger – et virkemiddel i rekrutteringen av helsepersonell?**

### **Utgitt**

Oktober 2020

### **Bestillingsnummer**

IS-2957

### **Utgitt av**

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### **Oslo**

Helsedirektoratet

### **Postadresse**

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### **Besøksadresse**

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### **Trondheim**

### **Helsedirektoratet**

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### **Forsidefoto**

Navn xxxxx

### **Design**

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)