



UiT The Arctic University of Norway

Det helsefaglige fakultet, institutt for helse og omsorgsfag

**Hvordan kan universitetet ivareta sitt samfunnsoppdrag:
med eksempler fra sykepleierutdanningen i rurale Finnmark.**

Liss Trine Eriksen

A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor May 2020



Innhold

FORORD	4
OVERSIKT OVER ORIGINALE ARTIKLER	5
SAMMENDRAG	6
1 INTRODUKSJON	10
2 BAKGRUNN FOR STUDIEN	13
2.1 Universitetets samfunnsoppdrag	13
2.1.1 Begrepet samfunnsoppdrag	14
2.2 Sykepleie som profesjon	16
2.3 Utdanning av sykepleiere ved UiT- Norges Arktiske Universitets	18
2.3.1 Utdanning av sykepleiere i Finnmark i en historisk kontekst	19
2.3.2 Utdanning av sykepleiere i en geografisk kontekst	19
3 MÅL MED STUDIEN	21
4 MATERIALE OG METODE	22
4.1 Utvalg, datainnsamling og analyser	23
4.1.1 Individuelle intervju	23
4.1.2 Fokusgruppeintervju	24
4.1.3 Dokumentanalyse	25
4.1.4 Spørreskjema	26
4.1.5 Metodetriangulering	26
4.2 Analysemetoder	27
4.2.1 Kvalitativ innholdsanalyse	27
4.2.2 Analyseverktøy	28
4.3 Ethiske overveielser	29
4.4 Metodediskusjon	30
4.4.1 Aksjonslæring som tilnærming	30
4.4.2 Fortolkende perspektiv i samfunnsvitenskapene	32
4.4.3 Reliabilitet, validitet og generalisering	34
5 RESULTATER	36
5.1 Artikkel 1:	36
5.2 Artikkel 2:	37
5.3 Artikkel 3:	38
5.4 Artikkel 4:	39
5.5 Artikkel 5:	40

5.6	Artikkel 6:	42
6	RESULTATDISKUSJON	44
6.1	Rekruttering- og stabiliserings utfordringer /endringer	45
6.2	Nye utfordringer og endringer	46
6.3	Organisering og ledelse av DSU	48
6.4	Pedagogiske valg og strategier i utdanningen	49
6.5	Er DSU modellen fremtiden i all utdanning?	51
6.6	Kunnskap om samisk kultur og historie	51
6.7	Endringer i pleie- og omsorgskonteksten: utdanning i takt- eller utakt?	52
7	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	54
	Referanseliste	55

FORORD

Takk til alle dere som har bidratt til at denne studien!

Linda som ga meg et mildt press til å gå løs på dette prosjektet, og Nina som samtykket.

Jeg vil takke alle studentene som har bidratt med fortellinger, som har vært aktivt deltagende i undervisning og praksisstudier. Sykepleiere som har delt sine erfaringer, og utfordringer i praksis.

Takk til mine medforfattere Gudrun, Berit, Grete og ikke minst Jeanette.

Jeanette du har virkelig bidratt med gode diskusjoner, oppmuntringer underveis og muntre historier.

Venke som har delt sin kunnskap, og lange erfaring.

Mine kolleger som har kommet med gode innspill og diskusjoner.

NSDM som ga støtte til prosjektet.

Til slutt vil jeg takke mine barn Katrine og John Erik som oppmuntret meg i denne studien,

og takk for at dere har gitt meg fantastiske barnebarn Tiril, Henrik, Filip og Kaja

OVERSIKT OVER ORIGINALE ARTIKLER

Avhandlingen er basert på følgende forskningsartikler:

Artikkel I	Nilsen, G., Huemer, J., & Eriksen, L. (2012). Bachelor studies for nurses organized in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region? International Journal of Circumpolar Health; Volum 71.ISSN 1239-9736.s doi: 10.3402/ijch.v71i0.17902.
2	Eriksen, L. & Huemer, J. (2019). The contribution of decentralized nurse educations to social responsibility in rural Arctic Norway. International Journal of Circumpolar Health, 78:1, 1691706, DOI:10.1080/22423982.2019.1691706
3	Huemer, J.& Eriksen, L. (2020). Utdanningens innretning i forhold til samfunnets behov. Manus
4	Eriksen, L. & Huemer, J. (2013). Dialogkonferanse i klasserommet. Oslo: Norsk Pedagogisk Tidsskrift (1). ISSN 0029-2052.s 4-16.
5	Huemer, J. & Eriksen, L. (2017). Teknologi i Samhandlingsreformen. utfordringer med implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten. Nordisk sygeplejeforskning (1). ISSN 1892-2678.s 48 - 62.s doi: 10.1826/issn.1892/2686/01/05 .
6	Eriksen, L., Bongo, B. & Mehus, G. (2017). Urfolksperspektiv i utdanning. Sykepleierutdanninger i Norge uten urfolkskunnskap? Nordisk sygeplejeforskning ; Volum 7 (3). ISSN 1892-2678.s.239-249.s doi: 10.18261/issn.1892-2686-2017-03-06

Artiklene er trykket her med tillatelse fra de respektive tidsskriftene.

SAMMENDRAG

Avhandlingen er basert på studier fra sykepleierutdanning i Finnmark, og belyser ulike aspekter ved universitetets samfunnsoppdrag (med eksempler fra UiT- Norges Arktiske Universitet).

Avhandlingen består av seks artikler. Den første diskuterer hvordan desentralisert utdanning (DSU) kan være et verktøy for å forbedre helsetjenestene i rurale områder i den cirkumpolare regionen.

Artikkel 2 vurderer hvordan DSU kan bidra til samfunnsoppdraget i rurale arktiske Norge. Den tredje artikkelen ser på hvordan universitetet kan imøtekomme kommunehelsetjenestens behov for sykepleiere med rural kompetanse. I den fjerde artikkelen evalueres dialogkonferanse som pedagogisk verktøy for å oppnå mer sammenheng mellom teori og praksis i sykepleierens ledende funksjon. Den femte artikkelen utforsker utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen. Artikkel seks er en studie som belyser hvilket fokus sykepleierutdanningene i Norge har på urfolksperspektiv.

I perioden 1991-2014 ble det utdannet 191 sykepleiere ved DSU, og det er økende tendens til flere søkere utenfra Finnmark. Studiene viser at studenter på DSU ikke ville søkt på ordinær utdanning. Fleksibilitet i organiseringen av studiet var viktig for at studenter knyttet til primærnæringene reindrift og fiske, kunne fullføre studiet. Det er ikke noen forskjell på karakterer og alder på DSU studenter sammenlignet med ordinære kull. Resultatene fra studiene viser at DSU studenter fra Finnmark blir i Finnmark etter endt utdanning, de kjenner både den lokale kulturen og behovene til befolkningen i små kommuner. Støtte fra hjemkommunen var viktig for at studentene valgte å ta arbeid der etter endt utdanning. Sykepleiere utdannet i DSU med over fem års erfaring i yrket ønsket mer vektlegging av organisatorisk kompetanse i utdanningen.

Gjennomgang av fagplanene til sykepleierutdanningen i Norge viste at ingen av utdanningene hadde læringsutbytte på samisk kultur og språkforståelse, kun på generelle kulturelle forhold.

Urfolksperspektivet er på bakgrunn av dette tatt inn i ny felles rammeplan for helse- og sosialutdanninger.

Dialogkonferanse er en studentaktiv pedagogisk tilnærming som bidrar til økt endringskompetanse og er med på å bygge en bro mellom teori og praksis.

Hensikten med artiklene er å bidra til økt kunnskap om urfolksperspektiv, utfordringer som stabilisering og rekruttering av sykepleiere til distriktene, samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samt pedagogiske tilnærminger i utdanningen som gir handlingskompetanse. Samtlige artikler er innenfor satsningsområdet for engasjerende og aktuelle utdanninger ved UiT-Norges arktiske universitets strategi mot 2022, Drivkraft i Nord.

ABSTRACT

The dissertation is based on studies undertaken at the nursing education institution in Finnmark, and sheds light on various aspects of the University's social responsibility (with examples from the University of Tromsø – The Arctic University of Norway, UiT).

The dissertation consists of six articles. The first article discuss how decentralized education can be a tool to improve health services in the rural areas of the circumpolar arctic region. The second article considers how decentralized education can contribute to the University's social responsibility in rural Arctic Norway. The third article looks at how the University can meet the local health services' needs for nurses with expertise on working in rural regions. In the fourth article, dialogue conference is evaluated as an educational tool to improve the linkages between theory and practice in nurses' key work functions. The fifth article explores the challenges of implementing information and communication technology in the municipal health services, in connection with the introduction of the Coordination Reform. Article six is a study that highlights the focus nursing education institutions in Norway have had on indigenous peoples' perspectives.

During the period 1991-2014, 191 nurses were trained through a decentralized education programme and there has been a growing number of applicants originating from outside Finnmark County. The studies show that students at the decentralized education programme would not apply for ordinary on-campus education programmes. Flexibility in the organization of the education programme was important for students related to the primary sector of the economy, such as reindeer herding and fishing, could complete the study. There is no difference in grades and age of decentralized education programme students and on-campus students. The results from the studies show that decentralized education students from Finnmark County remain in the County after graduation. They know both the local culture and the needs of the people in small municipalities. Support from the home municipality was important for the students choosing to work there after finishing their education. Nurses educated at the decentralized education programme with more than five years of professional work experience wanted more emphasis on organizational competence in the programme.

A review of the curricula for the nursing education in Norway showed that none of the programmes had concrete learning targets on the Sami indigenous culture and language, only on general cultural matters. This has led to the incorporation of indigenous peoples' perspectives in a new framework plan for health and social programmes.

Dialogue Conference is a pedagogical approach that contributes towards increased competence and helps build a bridge between theory and practice.

The purpose of the articles is to contribute towards increased knowledge of indigenous peoples' perspectives, better understand the challenges of recruitment of nurses to rural regions, shed light on linkages between front-line and specialist health services, as well as improve the understanding of effective educational approaches. All articles are within the focus area for engaging and relevant education, as outlined by the University of Tromsø – The Arctic University of Norway's strategy towards 2022.

1 INTRODUKSJON

Avhandlingen omhandler desentralisert utdanning (DSU) i rural kontekst, som et av flere eksempel på UiT Norges arktiske universitets samfunnsoppdrag knyttet til de spesielle forholdene for sykepleiere i rurale arktiske Norge. Forskningsartiklene omhandler utdanning av sykepleiere i rurale Arktiske Finnmark. Artiklene har både et ruralt og pedagogisk perspektiv. Hensikten med studiene har vært å bidra til økt kunnskap om utfordringer som stabilisering og rekruttering av sykepleiere i distriktene, samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samt urfolksperspektivet og nye pedagogiske tilnærminger i utdanning.

Ifølge WHO (World Health Organisation, 2010) er sykepleiermangel en kjent utfordring i rurale områder, så også i Finnmark og da særlig i de minste lokalsamfunnene. Et tiltak for å bedre sykepleiedekningen i distriktene har vært å tilby utdanning nær studentenes bosted. Over en tiårsperiode fram til 2014 har fleksible utdanningstilbud i Norge generelt økt med 25 prosent. Det har blitt vanskeligere å skille mellom desentralisert utdanning og nettbasert undervisning, da begge deler dekkes av begrepet fleksibel utdanning. I begge formene finnes innslag av nettstøtte og fysiske samlinger (Kunnskapsdepartementet, 2016).

I 1990 startet Midt- Troms den første desentraliserte sykepleieutdanningen, året etter hadde den første desentraliserte utdanning i Øst- Finnmark oppstart (Norbye & Skaalevik, 2013, Blix & Eriksen, 2007; Eriksen & Okstad, 2008). Desentralisert sykepleieutdanning ble også gjennomført andre steder som for eksempel Østlandet (Rognstad 2009). Nord Sverige etablerte tilsvarende sykepleierutdanning (Fåhraeus, M & Lundberg 2002), og for å forbedre helseomsorgen til den rurale befolkningen i USA ble det etablert desentralisert sykepleierutdanning (Princeton & McGrath, 1989).

Det har vært utfordrende å finne forskning som omhandler desentralisert utdanning av sykepleiere. Internasjonal forskning beskriver rurale temaer og off-campus studier. Der beskriver de praksisstudier ruralt, og hvorfor studentene velger å bli sykepleiere i rurale områder. Som for eksempel Canada

(Zimmer et al. 2014, Bushy & Leipert 2005), USA (Harmon, 2014), og Australia (Birks et al., 2011; Clark & Piercy, 2012)

Bakgrunnen for den første desentraliserte sykepleierutdanningen (DSU) var mangel på sykepleiere i distriktene i Finnmark. Noen av utfordringene var høy turnover og mange ubesatte sykepleierstillinger, og mer enn 50% av nyutdannede sykepleiere ved Finnmark sykepleierhøgskole søkte jobb utenom fylket (Rolstad, 1989; Fugelli, 1989, Høgskolen i Finnmark, 1987).

Nasjonale studier viste også at det var høyere sykefravær og lavere forventet levealder i Finnmark enn i resten av Norge, og dermed større behov for helsetjenester (Aase 1982, Rolstad, 1989). Allerede i 1989 ble det foreslått å etablere DSU i Finnmark, men avgjørelsen om oppstart ble utsatt i påvente av finansiering. Det ble likevel ansatt en avdelingsleder som hadde ansvar for utprøving av teknologi som skulle benyttes i DSU. I 1991 fikk utdanningen finansiering og startet opp. Hensikten var at den desentraliserte utdanningen ikke skulle være permanent på et sted, men kunne tilbys ulike steder ut fra hvor i Finnmark det var mest mangel på sykepleiere. I forberedelsene ble det etablert samarbeid med Fylkeslegen i Finnmark som hadde oversikt over de kommunene hvor det var flest ubesatte stillinger for sykepleiere.

DSU har vært gjennomført på ni ulike steder i Finnmark fylke over ca 30 år, og har resultert i 191 uteksaminerte sykepleiere, med en gjennomføringsgrad på 69%. De desentraliserte studietilbudene har vært både på heltid og deltid, samlingsbasert eller med undervisning som i campus klassene, men med 30% selvstudium. En forutsetning for etablering av DSU har vært bruk av teknologi som gir muligheter til læring på distanse, både synkront og asynkront mellom samlingene.

Evaluerings av effekten av de desentraliserte utdanningstilbudene i sykepleie har, og vil ha betydning for helsetjenesten i Finnmark og for UiT- Norges Arktiske universitetets utdanningspolitiske diskusjoner og strategiske planlegging. Ikke minst med de utfordringene som har kommet med innføring av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) og betydningen av interprofesjonell samhandling i distrikter med små fagmiljø.

Å gi tilbud om desentralisert utdanning er en del av samfunnsoppdraget, og det er få norske studier om hvordan dette ivaretas. I denne avhandlingen er hensikten å belyse sykepleierutdanning og DSU i rural kontekst, som et eksempel på UiT Norges arktiske universitets samfunnsoppdrag.

Problemstillingen er konkretisert i følgende forskningsspørsmål som presenteres og diskuteres i forhold til de seks artiklene i avhandlingen:

Problemstilling: Hvordan kan UiT- Norges arktiske universitet ivareta sitt samfunnsoppdrag med eksempler fra sykepleierutdanningen i Finnmark?

Artikkel 1: Hvordan har DSU bidratt til å redusere ledige stillinger, var læringsutbyttet det samme for studenter i DSU det samme som studentene på campus, og hvordan utdanningen har innvirket på sykepleiernes profesjonelle praksis i kommunehelsetjenesten?

Artikkel 2: Hvordan kan DSU fremme rekruttering og stabilitet til sykepleiestillinger i små kommuner rurale områder.

Artikkel 3: Hvordan kan universitetet imøtekomme kommunehelsetjenestens behov for sykepleiere med rural kompetanse?

Artikkel 4: Hvordan kan dialogkonferanse i klasserommet som pedagogisk verktøy bygge en sterkere bro mellom teori og praksis?

Artikkel 5: Hvordan har sykepleierne i kommunehelsetjenesten erfart implementering av IKT på sitt arbeidssted etter innføring av Samhandlingsreformen?

Artikkel 6: Hvilket innhold har sykepleierutdanningen i Norge på samiske kulturforhold, helseforståelse og - tilnærming til sykdom?

2 BAKGRUNN FOR STUDIEN

2.1 Universitetets samfunnsoppdrag

Universitetene og høyskolenes samfunnsoppdrag i Norge er regulert gjennom lov om universitets- og høyskoler (Kunnskapsdepartementet, 2005). Loven regulerer universiteter og høyskoler gjennom forskrifter, bevilgnings- og økonomireglement, samt rammeplaner. De overordnede formål og forventningene til universitetene og høyskolene er innenfor kjerneområdene: utdanning, forskning og kunstnerisk utviklingsarbeid og formidling. Loven gir institusjonene et ansvar for å bidra til samfunnsutviklingen, herunder blant annet nasjonal verdiskapning, deltakelse i samfunnsdebatten, institusjonenes samhandling med regionale og lokale aktører.

I loven gis det også bestemmelser om akademisk frihet og ansvar for å sikre de akademiske verdier ved universiteter og høyskoler, samt den enkelte vitenskapelig ansattes faglige uavhengighet.

Universitetene og høyskolene er i en særstilling innen statlig forvaltning ved at de har ansvarlige styrever, og de er gitt fullmakter til selv å organisere sin virksomhet, som for eksempel å opprette eller legge ned studietilbud. Et av temaene i denne studien handler om opprettelse og erfaring med DSU i Finnmark. Fullmaktene er gitt universitetene og høyskolene for å sikre både faglig og institusjonell autonomi i tråd med akademiske tradisjoner (Kunnskapsdepartementet, 2005).

Det finnes bestemmelser i loven som regulerer den konkrete virksomheten, særlig på utdanningssiden, for eksempel rammeplaner, kompetanse- og kvalifikasjonskrav for ansatte, regler om eksamensgjennomføring og klageordninger. Disse bestemmelser har vært ansett som viktig for å sikre studentenes rettssikkerhet, nasjonale standarder og likebehandling. Det er en rekke forskrifter og bestemmelser til loven, som for eksempel opptak og akkreditering, samt tilsyn med kvalitet som ivaretas av NOKUT –Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2016).

Ifølge Stortingsmelding 16 om Kultur for høyere utdanning (2016-17) har universiteter og høyskoler ansvar for ”å identifisere samfunnets behov og respondere på disse behovene, kombinert med et kontinuerlig kritisk blikk på kvaliteten og relevansen i egen virksomhet.” Videre skal de sørge for god tilgang til høyere utdanning og legge til rette for at en sammensatt student befolkning skal lykkes i studiene.” Den faglige virksomheten skal ha høy kvalitet, og behov for kompetanse skal ivaretas både på kort og lang sikt. «Utdanningsinstitusjonene skal utarbeide studieprogram i dialog med samfunns- og arbeidsliv” (Kunnskapsdepartementet, 2016).

2.1.1 Begrepet samfunnsoppdrag

I begrepene samfunnsoppdrag og det utvidede formidlingsbegrepet har departementet i «Statusrapport på Kvalitetsreformen» i høyere utdanning definert hva som vektlegges, spesielt i forhold til samarbeid mellom universiteter og høyskoler og samfunns- og arbeidsliv (Kunnskapsdepartementet, 2007).

Inntektene til de statlige universitetenes består av offentlige midler, og universitetene er organisert som forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Det forventes at universitetets virksomhet er å bidra til å realisere overordnede mål i samfunnet, som reguleres gjennom § 1-1 Formålsparagrafen (Universitets- og høyskoleloven, 2005) om utdanning, forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid og formidling, og gjennom § 1 – 3. Her framkommer nærmere bestemmelser om institusjonenes virksomhet. Disse paragrafene angir til sammen institusjonenes overordnede samfunnsoppdrag. Dette samfunnsoppdraget vil avhenge av myndighetenes føringer i styringsdialogen, institusjonens størrelse og profil, og i hvilken grad institusjonene er finansiert av staten.

Kvalitetsreformen har hatt som mål å øke de høyere utdanningsinstitusjonenes samlede relevans for samfunnet. I lov om universiteter og høyskoler av 2005 blir det presisert «forventningene om at institusjonene i større grad skal samarbeide tett med samfunnsliv, kulturliv og næringsliv», jf. Ot. prp. nr. 79 (2003–2004). Spesielt viktig her er § 1 – 3 om at institusjonene skal «samarbeide med

lokalt og regionalt samfunns- og arbeidsliv, offentlig forvaltning og internasjonale organisasjoner». Et slikt samarbeid forutsettes at det omfatter de tre hovedoppgavene utdanning, forskning og formidling. I denne studien er fokuset rettet mot DSU- tilbudene i Finnmark og forskning om dette tema.

I det utvidede formidlingsbegrepet inngår formidling som den tredje oppgave i universitetene og høgskolenes samfunnsoppdrag, ved siden av forsknings og utviklingsarbeid. Institusjonene har som oppgave å formidle kunnskap om virksomheten, spre forståelse for og bruk av vitenskapelige metoder og resultater, både i offentlig forvaltning, kultur- og næringsliv. De skal bidra med å formidle resultater fra forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid, innovasjon og verdiskaping og tilrettelegge for at institusjonenes ansatte og studenter kan delta i samfunnsdebatten. Både andre fagmiljøer, kulturliv, arbeids- og næringsliv og allmennheten, kan være målgruppe for deres formidling (Kunnskapsdepartementet, 2007).

I hovedsak brukes denne forskerrettede formidlingen gjennom vitenskapelige publiseringer og vitenskapelige konferanser, mens den brukerrettede formidlingen er mer variert som for eksempel utviklingsarbeid, direkte kontakt med brukere gjennom konferanser. Allmennrettet formidling kan for eksempel være foredrag, media innslag, kronikker eller populærvitenskapelige artikler.

UiT- Norges arktiske universitet sin strategiplan” Drivkraft i nord: Strategi for UiT mot 2022” (UiT, 2013), sier at UiT skal” bidra med både kunnskap og menneskelige ressurser for å skape, økonomisk, kulturell og sosial vekst og utvikling i nord”. Innenfor helse, velferd og livskvalitet betinger man både gode skoler, helsetjenester og andre tjenester for å fremme innbyggernes livskvalitet, samt utvikle kunnskap om blant annet: folkehelse, teknologi og andre samfunnsmessige løsninger, samt samisk språk, kultur og livskvalitet.

I de gjennomgående strategier om engasjerende og aktuelle utdanninger, skal UiT tilby forskningsbaserte utdanninger med bredde og mangfold, og kvalitet på høyt internasjonalt nivå og UiT skal ifølge Drivkraft i Nord: Strategi for UiT mot 2022:

Utvikle sin studieportefølje og utdanningskvalitet i dialog med studenter, samfunns- og arbeidsliv. Legge til rette for fleksible og nettstøttede undervisningsformer. Utvikle og ta i bruk nye pedagogiske virkemidler og studentaktive læringsformer. Øke bruken av læringsfremmende teknologi. Bidra til å øke studentenes kunnskap om samisk kultur og historie, samfunns- og næringsliv. (UiT, 2013).

Fellesbetegnelsen på slike ulike aktiviteter er det utvidede formidlingsbegrepet, og viser at formidling innebærer både kommunikasjon og samhandling med andre aktører. Formidling rettet mot brukere i samfunns- og arbeidsliv, samt formidling til allmennheten, bidrar til at institusjonene samarbeider tettere med samfunnet rundt seg (Kunnskapsdepartementet, 2007).

Ifølge Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) er utdanningsinstitusjonene i for stor grad rettet inn mot spesialisthelsetjenesten, og det må legges større vekt på å utdanne helsepersonell som er tilpasset framtidige kommunale oppgaver. På grunn av lang avstand til sykehus, spredt bosetning og hardt klima, har kommunene spesielt i Finnmark, behov for høyt kvalifisert helsepersonell knyttet til prehospital tjeneste. Utdanningens samfunnsoppdrag er nedfelt i Lov om universiteter og høyskoler fra 2005, hvor det presiseres at det er forventninger til at institusjonene samarbeider tett med både samfunnsliv, kulturliv og næringsliv (Universitets- og høyskoleloven, 2005).

2.2 Sykepleie som profesjon

Fram til 1960-tallet ble kortere yrkesrettede utdanninger, som for eksempel ingeniør-, lærer og sykepleierutdanning, sett på som ”semiprofesjoner”, og utdanningene var adskilt fra universiteter og vitenskapelige høyskoler (Smedby, 2008).

Profesjoner er ifølge Molander & Terum (2008) yrker med bestemte koblinger til høyere utdanning og forskning, som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap gjennom en spesialisert utdanning.

Profesjonsbegrepet viser til kunnskap, epistemiske verdier som er sann, gyldig og holdbar, samt til

mer eller mindre godt utviklede ferdigheter. En yrkesgruppe som har kontroll over sine arbeidsoppgaver er en profesjon (Freidson, 1970; *ibid*). Ut fra disse betraktningene kan man si at sykepleie i dag er en profesjon, som kom inn i et vitenskapelig profesjonalisert høgskolesystem i 1982 (Slagstad, 2008).

Dersom man tar et tilbakeblikk på utdanning av sykepleiere har antallet økt fra 5000 i 1945 til 95000 i 2010. Det gjenspeiler også tendensen i Norge der man de siste 30-40 årene har hatt en dramatisk økning i å ta høyere utdanning. De fleste studentene finnes i dag ved høgskolene og er kvinner, i motsetning til tidligere der de fleste studentene var ved universitetene, og kvinner var i mindretall (Grøgaard & Aamodt, 2006:20). Framveksten av denne eksplosive utdanningen kalte Parson (1970:36) «det profesjonelle kompleks» som han delte i tre ledd: 1. direkte utførelse av tjenester. 2. undervisning av kunnskap og ferdigheter for tjenestene. 3. Kunnskapsutvikling gjennom forskning. På den måten koblet han utførelsen av tjenester sammen med vitenskapelige institusjoner via utdanningssystemet (Molander & Terum, 2008).

Etter avsluttet sykepleierutdanning kreves det en offentlig godkjenning fra autorisasjonsmyndighet før du kan arbeide som offentlig godkjent sykepleier, og en slik autorisasjon for å forvalte bestemte typer kunnskap er et spesielt kjennetegn ved de klassiske profesjonene ifølge Grimen (2008). Kunnskapen som formidles i utdannelsen er teoretisk og vitenskapelig som er tenkt å komme befolkningen til gode, og i utdanning av sykepleiere er halvparten av studiene ferdighetstrening og praksisstudier. Grimen (2008) sier at profesjoners kunnskapsbaser må forstås som mangfoldige, og at den viktigste sammenhengen i dem er praktiske. Det finnes flere typer forhold mellom teori og praksis og at profesjonell yrkesutøvelse preges av kompliserte samspill mellom disse. Han sier at det ikke finnes klart skille mellom kunnskapsformene, men et kontinuum.

2.3 Utdanning av sykepleiere ved UiT- Norges Arktiske Universitets

Ny Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger har ikrafttredelse fra studieåret 2020-2021 (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Bachelorprogrammet i sykepleie (fulltid) ved Universitetet i Tromsø har fire studiesteder:

Hammerfest, Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det deltidsstudier utenfor campus. Hammerfest og Tromsø har felles profil i sitt bachelorprogram i sykepleie med fokusområder:

Utdanningen av sykepleiere har en arktisk profil, slik at utdanningen fokuserer på de særegne utfordringene i landsdelen. Utfordringene handler om å leve under nær- arktiske forhold der tilgjengeligheten for spesialisthelsetjenesten kan være vanskelig, både på grunn av klimatiske forhold og infrastruktur. Både natur og miljø har betydning for befolkningens helse. Landsdelen er flerkulturell, og utdanningen ønsker å fremme den samiske befolkningens behov i møte med helsetjenestene (Studieplan, UiT 2020:4)

Et nært samarbeid med praksisfeltet er viktig for at studentenes sykepleie- og pasienterfaringer skal reflektere praktisk og teoretisk kunnskap. For utvikling av studentenes kritisk-analytiske kompetanse ved utøvelse av kunnskapsbasert praksis, er lærerveilederens veiledning av studenten i praksisstudier sentralt. Utdanningen vektlegger også utviklingsarbeid i samarbeid med praksisfeltet. (Studieplan, UiT 2020:4)

Den sykepleiefaglig identitet og kompetanse utvikles i tverrprofesjonelt samarbeid. Gjennom ledelse, faglig utvikling og kompetanseheving skal studentene gjøres i stand til å sikre kvaliteten på de helsetjenestene som gis til pasientene, og utvikling av undervisnings- og veiledningskompetanse blir vektlagt. (Studieplan UiT, 2020:4)

2.3.1 Utdanning av sykepleiere i Finnmark i en historisk kontekst

Under andre verdenskrig gjennomførte den tyske okkupasjonsmakt ” den brente jords taktikk ” med nedbrenning av nesten hele Finnmark. Størstedelen av befolkningen ble tvangs-evakuert sørover. Krig og evakuering førte til at barn og unge fikk mangelfull utdanning. Perioden fra 1945-1960 var en periode med gjenoppbygging i Finnmark. Helsevesenet hadde utfordringer, og blant annet ble det benyttet midlertidige brakker til pasienter. Utdanning hadde de samme utfordringene og ungdom måtte forlate Finnmark for å ta utdanning, og mange av dem bosatte seg ikke i fylket etter endt utdanning.

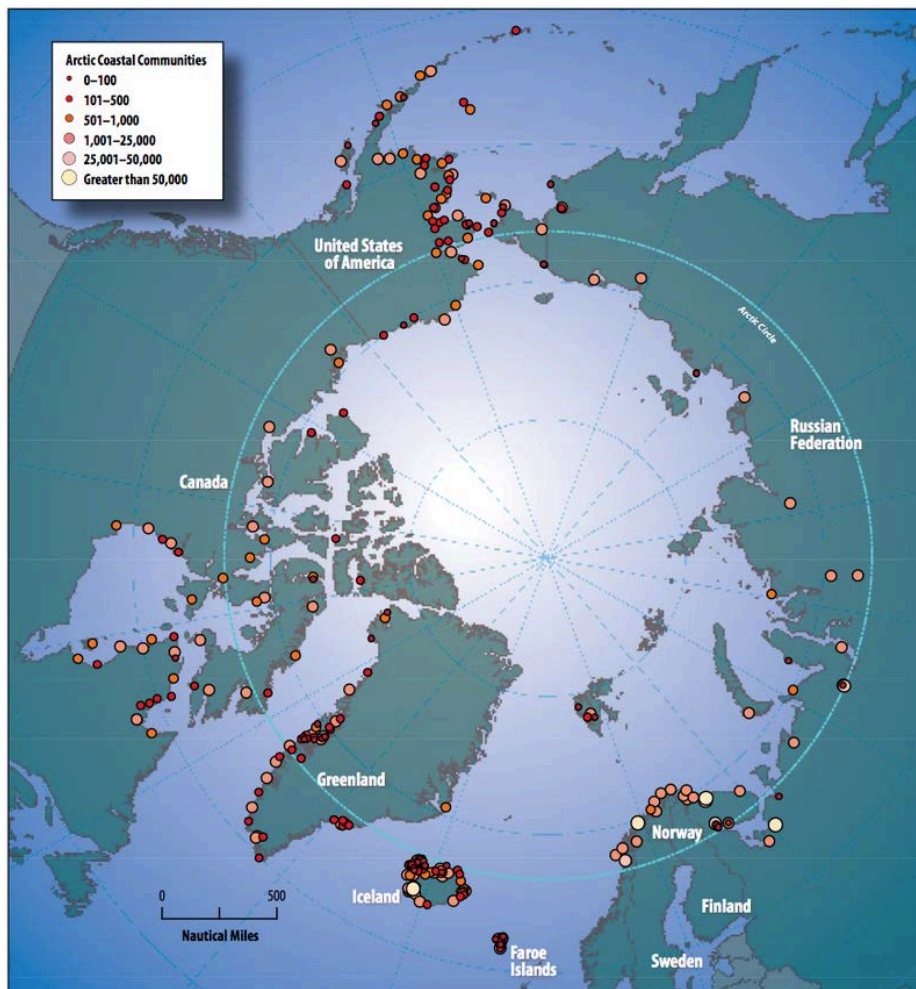
I perioden 1956-1960 hadde Finnmark en samarbeidsavtale med Røde Kors sykepleieskole i Tromsø om en egen ” Finnmarkskvote ”, der det var opptak av 6 elever fra Finnmark i hvert kull to ganger i året. Elevenes sykehuspraksis ble avviklet ved Hammerfest sykehus. Utdanning av de første seks sykepleiere i Finnmark startet i 1960, og bakgrunnen var mangel på sykepleiere i Finnmark (Immonen, 1999).

Den første tiden ble sykepleieutdanningen drevet av Finnmark Sykepleieskole, og i 1994 fusjonerte utdanningen med Alta distriktshøgskole og Lærerutdanningen i Finnmark, og ble en del av Høgskolen i Finnmark. Fra august 2013 ble Høgskolen i Finnmark fusjonert med UiT, fra januar 2016 er også sykepleierutdanningene ved studiested Harstad og studiested Narvik en del av UiT, Norges arktiske universitet.

2.3.2 Utdanning av sykepleiere i en geografisk kontekst

I denne avhandlingen har alle seks vedlagte artikler utgangspunkt i forskning som er utført i Finnmark, Norges nordligste og største fylke i areal. Finnmark hadde 75 863 innbyggere ved utgangen av 2018, og omfatter et område på 48631 kvadratkilometer. Fylket er inndelt i 19 kommuner, med fra 934 til 19 898 innbyggere i den enkelte kommunen (SSB, 2018). Pr i dag er Finnmark og Troms fylke sammenslått til ett fylke.

Finmark har to lokalsykehus hvor avstanden mellom dem er 530 km, tilsvarende avstanden mellom Oslo og Trondheim. Finnmark er det eneste delen av Norge som har mindre enn 2 innbyggere pr kvadratkilometer, og med reisetid med bil fra 45 til 240 minutter til nærmeste sykehus, eller tettsted med over 3000 innbyggere. I Finnmark kan 18 av 19 kommuner defineres som rurale sett ut fra befolkningstetthet (De Smedt & Mehus, 2017; Wakeman, 2004; Du Plessis, 2001).



By Susie Harder - Arctic Council - Arctic marine shipping assessment (AMSA)

Figur 1: Finnmark er en del av det sirkumpolare området i Arktis som vist på bildet over.

3 MÅL MED STUDIEN

Overordnet hensikt med studien er å belyse universitetets samfunnsoppdrag, med eksempler fra UiT-Norges arktisk universitet. Studien er basert på seks delstudier, fem publiserte vitenskapelige artikler og en artikkel (3) i manus.

Hensikten med delstudiene:

Artikkel 1: Å utforske om DSU hadde bidratt til å redusere ledige stillinger, om læringsutbytte var det samme for DSU studenter som studenter på campus, og hvordan utdannelsen hadde påvirket sykepleiernes yrkesutøvelse i de lokale helsetjenestene.

Artikkel 2: Å utforske hva som kan fremme rekruttering og stabilitet til sykepleiestillinger i små kommuner i rurale områder.

Artikkel 3: Å belyse hvordan universitetet kan imøtekomme kommunehelsetjenestens behov for sykepleiere med rural kompetanse.

Artikkel 4: Å belyse et pedagogisk verktøy som kan bidra til å bygge bro mellom teori og praksis i klasseromsundervisning.

Artikkel 5: Å belyse hvordan kommunene i Finnmark, har møtt utfordringene med implementering av IKT i Samhandlingsreformen.

Artikkel 6: Å utforske urfolksperspektiv i utdanning av sykepleiere i Norge.

4 MATERIALE OG METODE

Studien ble gjennomført med studenter i DSU, og sykepleiere fra DSU i kommunehelse-tjenesten i Finnmark over en tiårs periode. Datainnsamling fra intervju, fagplaner til sykepleierutdanninger i Norge, og annet tilgjengelig skriftlig materiale som for eksempel rapporter og evalueringer og lignende har blitt benyttet i studien.

Artikkel	Studiens fokus	Utvalg	Datainnsamling	Analysemetode
1	Desentralisert sykepleierutdanning	159 studenter fra tre campus- og tre DSU klasser.	Intervju 7 DSU studenter: 2 menn og 5 kvinner. Arkivdata fra 119 campus-, og 40 DSU studenter	Dokument-analyse Innholds-analytisk tilnærming
2	Søke kunnskap som kan rekruttere og stabilisere sykepleiere i små kommuner ruralt	277 studenter fra 14 DSU klasser	Arkivdata fra klasselister og rapporter, evalueringer, bøker, tidligere forskning.	Dokument-analyse med en kvalitativ tematisk innholdsanalyse
3	Utdanningens innretning i forhold til samfunnets behov	14 studenter fra DSU, og 7 sykepleiere fra tidligere DSU	Intervju med 7 sykepleiere. Fokusgruppeintervju med 14 studenter	NVivo. Innholds-analytisk tilnærming
4	Dialogkonferanse i klasserommet-fornyendestudent-aktivt pedagogisk prosjekt	162 studenter fra seks klasser	Anonyme skriftlige tilbakemeldinger fra studenter	Innholds-analytisk tilnærming
5	Utfordringer ved implementering av IKT i små kommuner	Sykepleiere fra 16 av 19 kommuner i Finnmark	Spørreskjema med lukkede og åpne svaralternativ	Innholds-analytisk tilnærming
6	Urfolks-perspektiv i sykepleierutdanning i Norge	Fagplaner fra 25 av 26 sykepleieutd.	Strukturert gjennomgang av fagplaner.	Dokument-analyse, kvalitativ innholdsanalyse

Tabell 1: Oversikt over materiale og metode på forskningsartikler 1-6

4.1 Utvalg, datainnsamling og analyser

I forskningsstudier vil både prosjekt og problemstilling være avgjørende for valg av metode, og en ser at ulike metoder vil være virkemidler for å svare på ulike spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

I samfunnsvitenskapen er det tre overordnede prinsipper som man framhever for drøfting av samfunnsvitenskapelig metode. Samfunnsvitenskapen bygger på sannhet som en overordnet verdi, og som er et ontologisk prinsipp og handler om eksistens av bestemte samfunnsforhold. Andre prinsipp er at oppfatninger av sannhet er teoretisk, metodologisk og kontekstuel forankret. Det tredje prinsippet er vurderinger om sannhet som bygger på rasjonelle og logiske forklaringer i samfunnsvitenskapen, og er et metodologisk prinsipp som handler om hvordan man går frem når man vurderer kunnskapen om de eksisterende forhold. Metode er oversatt fra metienai, og på norsk kan man kalle det ”spor på veien” og er verktøyet man bruker, mens metodologi er selve verktøykassen/måten å kunne på. På den måten kan man se at forskere med ulike verktøykasser kan bruke samme verktøy (Leseth & Tellmann, 2014).

4.1.1 Individuelle intervju

Individuelle intervju ble benyttet i artikkel 1 og 3. Ved bruk av individuelle intervju kan forskeren få innsikt i menneskets persepsjoner, meninger, definisjoner av situasjoner og virkelighetskonstruksjoner (Punch, 1998). Patton (2002) klassifiserer intervju som det formelle samtaleintervjuet, den generelle intervju-guide-tilnærmingen og det standardiserte intervjuet (Mehmetoglu, 2004). Det ble benyttet halvstrukturerte intervju i begge artikkelene med forhåndsbestemte spørsmål i tillegg til temaer, for å oppnå en mer åpen samtale med sykepleiere fra tidligere DSU (Kvale, 2000)

For å få en utdypet forståelse av funnene i artikkel 1 ble 7 studenter (2 menn og 5 kvinner) fra DSU klassene intervjuet. De ble rekruttert ved skriftlige forespørsel til sykepleiere fra tidligere DSU og de som ønsket å delta ble intervjuet av artikkelforfatterne.

I artikkel 3 ble det gjennomført intervju med 5 sykepleiere som hadde gjennomført DSU for et til to år siden. For å få en utdypet forståelse av endringene som har foregått i kommunehelsetjeneste over en større tidsperiode, ble to sykepleiere fra DSU med mer enn fem års erfaring også intervjuet. Samtlige av de tidligere DSU studentene arbeidet nå som sykepleiere i kommunehelsetjenesten i Finnmark, og ønsket å delta etter skriftlig henvendelse. For å få en større bredde i forhold til sykepleiernes erfaringer fra praksis, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med 14 studenter i DSU.

4.1.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju organisert som dialogkonferanse ble benyttet både i artikkel 3 og 4.

I utgangspunktet ble fokusgrupper utviklet for markedsføring, og undersøkelser om hvor fornøyd kundene var med produktegenskapene. Intensjonene var å la informantene reflektere over egne og andres synspunkter i en gruppe, og utfra dette ble det utvikle nye ideer og synspunkter. Fokusgrupper er effektive og passer spesielt godt i studie 3 og 4 fordi vi ville ha belyst hvordan sykepleierne erfarte at universitetet imøtekom kommunenes behov for rural kompetanse og bruk av pedagogiske verktøy til å bygge en bro mellom teori og praksis. Gjennom å stille åpne spørsmål oppfordret vi deltakerne til å diskutere det som var viktig for dem og de erfaringene de hadde med tematikken. Når intervjuer har mange åpne spørsmål, og ønsker å oppfordre forskningsdeltakerne til å utforske problemer som er viktig for dem. De diskuterte innad i gruppen, og gjorde egne prioriteringer av forhold de synes var viktig (Malterud, 2012; Kitzinger, 1995; Waldorff m fl, 2001)

I dialogkonferansen kartlegger studentene eget arbeidsmiljø, prioriterer kartleggingen, og kommer med konkret løsningsorientert handling gjennom samtaler i fokusgrupper. Det kom anonymiserte skriftlige tilbakemeldinger fra 162 studenter fra seks ulike klasser. Samtlige studenter samtykket i at deres tilbakemeldinger kunne brukes videre i forskning.

4.1.3 Dokumentanalyse

I artikkel 1 ble det benyttet metodetriangulering, med både intervju og dokumentanalyse. Artikkel 2 og 6 er dokumentanalyse. Det er ulike typer dokumentarisk materiale som kan analyseres med sikte på å få fram relevant informasjon om de samfunnsmessige forholdene vi vil studere (Grønmo, 2004).

Dokumentanalyse kan være et godt virkemiddel når man studerer skriftlig kommunikasjon, både retrospektiv og prospektiv ved at materialet produseres på forhånd (Ehrenreich, Hilden & Malterud, 2007).

I artikkel 1 ble samlet data fra tre campus- og tre desentraliserte klasser i samtidig løp, 119 campus- og 40 DSU studenter. Dette ble gjort med gjennomgang av universitetets tidligere klasselister, og lignende materiale over uteksaminerte studenter. Data som ble samlet inn var om bosted ved studiestart og etter avsluttet utdanning, gjennomsnittsalder, gjennomsnittskarakter på avsluttende bachelor oppgave, og gjennomføringsgrad. Det ble også gjennomført intervju med studenter for å utdype funnene, viser til intervju.

I artikkel 2 om DSU studenter fra 1991-2018. Her ble det samlet data fra perioden 1991 til og med 2014 med totalt 277 studenter ved oppstart, til de 191 studentene som er ferdig utdannet. Dokumenter omfattet blant annet klasselister, arkiv, rapporter, evalueringer.

Artikkel 6 er en dokumentanalyse av fagplaner fra 25 sykepleierutdanninger i Norge. Det ble gjennomført en strukturert gjennomgang av fagplaner fra 25 av 26 sykepleierutdanninger i Norge, med fokus på urfolksperspektivet i utdanningen. Hver enkelt sykepleierutdanning fikk skriftlig forespørsel om de kunne sende deres fagplan, og henvendelsen ble sendt til den enkelte studieleder ved institusjonen.

4.1.4 Spørreskjema

I artikkel 5 fikk sykepleiere fra alle 19 kommunene i Finnmark tilbud om å delta ved å svare på spørreskjema med lukkede og åpne alternativer. Informantene fylte ut spørreskjemaet anonymt, og returnerte det som vanlig post. Spørreskjemaet hadde både åpne og lukkede svaralternativer. Ifølge Grønmo (2004) må spørreskjemaet pre-testes, og det ble gjennomført pre-test av spørreskjema med sykepleier i kommunehelsetjenesten. Denne kommunen hadde kommet langt i implementeringen av IKT, og det var tilbakemeldinger fra pre-testen som medførte enkelte endringer og klargjøringer i spørreskjemaet før utsendelse. Spørsmålsstilling tar utgangspunkt i problemstillingen i den enkelte studien, og spørsmålene var korte og enkle slik at de ble forståelig for informantene (Grønmo, 2004 & Patton, 2002).

Kvantitativ metode brukes for å få breddekunnskap og for testing av hypoteser som er overførbar til personer eller situasjoner. Spørreskjema som metode kan gi besvarelser fra mange potensielle brukere, men har også begrensninger med at man belyser noe bredt, og ikke går i dybden på det man undersøker (Grønmo, 2004). Sykepleiere fra 16 av kommunene valgte å delta. Kontakten til sykepleiere i den enkelte kommune var via deres rådmenn. Rådmennene tok videre kontakt med sykepleiere i sine kommuner.

4.1.5 Metodetriangulering

Metodetriangulering kan også brukes i samfunnsvitenskapelige studier, der en kombinerer ulike data og metoder slik det framkommer i artikkel 1 og 3. For å beskrive triangulering tar Grønmo (2004) utgangspunkt i navigasjon og landmåling, der en kartlegger nett av trekant/triangler, og ut fra hjørner og vinkler i trekant beregnes posisjoner, avstander og vinklene. På den måten kan samfunnsforskere belyse den samme problemstillingen ut fra ulike data og metoder. Valget på teoretisk perspektiv og metodisk tilnærming kan være prinsipielle og strategiske. Prinsipielle begrunnelser blir ofte gjort ut fra samfunnsforskningens karakter og vitenskapelige betraktninger,

mens strategiske begrunnelser for valg av metode ofte har konkrete vurderinger av spesifikke samfunnsforhold (Grønmo, 2004).

I artikkel 1 ble det først gjennomført en kartlegging av gjennomføringsgrad, karakterer, alder og hvor de arbeidet 3-7 år etter endt DSU. Bakgrunnen for denne studien var blant annet at det var en oppfatning om at DSU studenter var eldre og hadde dårligere karakterer enn studenter på campus.

I artikkel 3 om hvordan bachelor i sykepleie ivareta behovet for relevant kompetanse i rurale arktiske Norge, er det gjennomført fokusgruppeintervju (dialogkonferanse med studenter siste studieår). Dette var med på å danne grunnlag for intervjuguide og individuelle intervju med tidligere studenter. Fem nyutdannede sykepleiere ble intervjuet, for at å få innblikk i deres opplevelse av å være nyutdannet og hvilken kompetanse som trengs i distriktet. Det ble også interessant å se på hvordan arbeidshverdagen og til erfarne sykepleiere endret seg etter innføringen av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Av den grunn ble det gjennomført individuelle intervju med erfarne sykepleiere, utdannet for over fem år siden Metodetrianguleringen slik den ble brukt her, kan gi muligheter for teorimangfold, den kan styrke tilliten til de metoder og analyseresultatene som framkommer, samtidig som den kan danne grunnlag for faglig fornyelse (Grønmo, 2004).

4.2 Analysemetoder

4.2.1 Kvalitativ innholdsanalyse

I avhandlingen er det benyttet innholdsanalyse både når det gjelder dokumenter, friteksten i spørreskjema, ved individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuene. I artikkel 6 ble det benyttet et spørreskjema med ferdige kategorier som vi så etter. Læringsutbytte, tematikker om urfolk og litteraturlisten. I de andre studiene ble tematikkene funnet gjennom åpen analyse og gjort til innholdstematikker.

Den kvalitative innholdsanalysen bygger på en systematisk gjennomgang av dokumenter for kategorisering av innhold, samt registrere relevante data i forhold til problemstillingen i studien (Grønmo, 2004). Dataene ble analysert i henhold til Graneheim & Lundmans (2004) metode for innholdsanalyse. Denne metoden består i å lese teksten flere ganger, for så å finne meningsbærende enheter, og kondensere de meningsbærende enhetene. Deretter fulgte en abstraheringsprosess der underkategorier, kategorier og temaer ble opprettet (Graneheim & Lundman, 2004)

Dokumentdata som datainnsamlingsmetode brukes også i kvalitativ forskning, da det genererer mye og nyttig data for samfunnsforskning. Denne metoden har fått mindre oppmerksomhet enn intervju og observasjon (Giddens, 1993; Punch, 1998). Dokumentdata som offentlige dokumenter, kan utgjøre en viktig datakilde for forskere (Berg, 2001). Ikke alle problemstillinger lar seg belyse av dokumentdata, så det er vanlig å kombinere med for eksempel intervju, som for eksempel i artikkel 1 og 3 (Mehmetoglu, 2004).

I kvalitativ innholdsanalyse er det forskeren selv som gjennomfører en systematisk gjennomgang av dokumenter, med fokus på kategorisering av relevant innhold for problemstillingen. Metoden er fleksibel, men fokus må avklares og grad av åpenhet vurderes. Likeledes må tekstene gjennomgås systematisk under datainnsamlingen, det gjelder både kildekritisk og kontekstuell vurdering. Det kan også bli nødvendig med dataanalyse og valg av nye tekster. Typiske utfordringer i kvalitativ analyse kan være at utvelging og tolkning kan påvirkes av forskerens perspektiv, kildekritiske begrensninger og kontekstuell forståelse kan påvirke tolkningen av tekstene (Grønmo, 2004).

4.2.2 Analyseverktøy

Det ble benyttet NVivo 12.0 (QSR International Pty,Ltd, Melbourne, Australia) for analyse av kvalitative data i artikkel 3. Programmet sorterer koding i kvalitativ analyse av data, og gir en samlet oversikt over sitater som tilhører den enkelte kode. Programmet kan også brukes til å kode lyd, bilde og video, og kan benyttes til transkribering.

4.3 Etiske overveielser

Etiske overveielser har gjennom hele forskningsprosessen blitt nøye vurdert, med forankring i lover og regler som regulerer forskningsetikk og forskning (Helseforskningsloven, 2008 § 1-156) (Helseforskningsloven, 2008). De etiske prinsippene om informert samtykke og frivillighet var viktige forutsetninger for denne studien (World Medical Association, 2013)

Studiene er meldt til, og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). I henhold til personvernets godkjenning er alle data anvendt i anonymisert form. Etiske hensyn er vurdert i disse studiene, med anonymiserte intervjudata, som for eksempel alder, bosted og kjønn. Identifiserbare lister er makulert. Informert samtykke er underskrevet, der formålet med studien er presentert, samt at man kan trekke deltakelse og samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn (Thagaard, 2018). Samtlige studier er forankret i institusjonens ledelse.

Å forske i eget fagfelt og studere egen profesjon er utfordrende (Winters, 2013). Det kreves ekstra skjønn og ansvarlighet, og krever ekstra tillit å åpne seg om sine erfaringer (Malterud, 2018). Egen forforståelse vil være på bakgrunn av erfaringer, både som ansatt ved en profesjonsutdanning og som profesjonsutøver, noe som krever ekstra fleksibilitet. Som lærer har jeg vært med på å bygge opp DSU. Er tidligere sykepleier med kjennskap til rurale Finnmark, er nå forsker og innbygger i et lite lokalsamfunn, og har detalj innsikt i og kjennskap til problematikken jeg forsker på. Dette ga også en unik tilgang til feltet og bidro til et innenfra perspektiv, som kunne benyttes til å danne forskningsspørsmålene på bakgrunn av at jeg visste hvorfor vi hadde startet opp DSU på ulike steder (Paulgaard, 1997). Samtidig hadde jeg distanse fordi jeg ikke hadde all detaljkunnskap om alt som hadde blitt gjennomført på DSUene. I intervju med studenter som nå var deltagere i forskning og kanskje husket meg som lærer, måtte jeg være oppmerksom på at min rolle nå var forsker og ikke lærer. Balansen mellom nærhet og distanse kunne noen ganger være en utfordring og jeg kjenner dette igjen fra Paulgaards beskrivelser om problematikken (1997). Samtidig var vi flere forskere som

gjennomførte intervjuene, og vi arbeidet sammen i analysefasen for på den måten å sikre den nødvendige distansen til feltet.

4.4 Metodediskusjon

I metodediskusjonen blir egen forforståelse, aksjonslæring som tilnærming, det fortolkende og kritiske perspektiv i samfunnsvitenskapene diskutert, samt reliabilitet, validitet og generalisering.

Det å være bevisst sin egen forforståelse er viktig i møte med informantene og andre ansatte i feltet.

Det er viktig å være åpen for andres erfaringer og oppfatninger (forforståelse) enn de man selv har.

Forskerens forforståelse kan ha virkning både i møte med informanter og i selve forskningsarbeidet.

Åpenhet er noe man tilstreber for å få ny innsikt og forståelse, og forutsetningen for dette er at forsker må sette egen forforståelse i en «parentes» (Warren, 2001).

Det er ikke bare gjennom det direkte møte i feltet forforståelse er gjeldende, men gjennom arbeid med forskning vil det være en viss forforståelse, og dersom du leser en tekst så er både mening og forståelse sentralt (Skinner, 2003). Det ene er hva teksten sier, det andre er hva den som skriver har ment, og hvis du skal forstå det må du forstå begge. Meningen med det som blir sagt må også være hensikten, videre må det være sammenheng mellom meningen i teksten og identifiseringen av forfatterens hensikt. Normalt vil det i enhver komplisert tekst ligge mer i teksten enn forfatteren har tenkt seg. Dette støttes av Ricoeur (1981), som kaller det for «surplus meaning». Videre sier han at identifisering av intensjonene til forfatterne, må bli identifisert av hva forfatterne mente med den.

4.4.1 Aksjonslæring som tilnærming

Aksjonslæring som tilnærming ble benyttet i artikkel 4, og kan beskrives som en kunnskapsinnhenting fra praksis, og man kan trekke ut erfaringer og bruke det i videre planlegging (Tiller 2004).

Stjernstrøm (2004) sier at erfaring i seg selv er ingen garanti for læring. For å lære må man ha

analytiske redskaper for å få en distanse til erfaringene, slik at man kan se alternative måter å handle på. I aksjonslæring produserer deltakerne sin egen kunnskap, i tillegg til å konsumere kunnskap. De går inn i en hverdag og begynner å stille en rekke spørsmål ved systemet, slik at de blir satt i bevegelse. Hun sier at systematikk og grundighet er vesentlige faktorer i aksjonslæringen. Der deltakerne jobber sammen med forskerne innen aksjonsforskning etter like prinsipper, jobber de sammen med sine medarbeidere innen aksjonslæring. Det er en viktig hovedforskjell mellom aksjonslæring og aksjonsforskning at deltakerne i aksjonslæring nødvendigvis ikke er forskere, men at de forholder seg forskende til sitt arbeid i sin hverdag. En annen forskjell er den grundige validitet med dokumentasjon som stilles som krav til prosessen og forskningsrapporten i aksjonsforskning. De samme krav er ikke til stede i like stor grad i erfaringslæring og aksjonslæring ifølge Tiller (1999).

Det finnes en del definisjoner med den tosidige forståelsen av aksjonsforskning, der forsker er deltakende i løsning av praktiske problemer i samarbeid med andre, og at det er en lærings situasjon for forskeren også. Gustavsen & Sørensen (1982:148) sier: *“Aksjonsforskning bør defineres tosidig, som virksomhet som ikke bare skal a) produsere ny vitenskapelig kunnskap, men også b) bidra til forbedring i det feltet det studeres gjennom aktiv deltakelse av forskeren”*.

Det finnes nok flere samfunnsvitere som vil hevde at aksjonsforskning er selve hoved eksempelet på konstruktiv samfunnsvitenskap, og at aksjonsforskningen oppsto som et alternativ til den positivistiske forskertradisjonen. Både engelske og amerikanske aksjonsforskere bygger på Frankfurtherskolen og den kritiske vitenskapen, som eksempel kan nevnes Stenhouse (Hopkins, 2008). I den kritiske forskertradisjonen er forskeren, som første person, det vil si i et du og jeg- eller vi forhold, og veksler mellom å være både subjekt og objekt i forskningen. Dette i motsetning til positivismen der de utforskende blir sett på som objekter, der forsker prøver å forklare og forutsi andres handlinger.

4.4.2 Fortolkende perspektiv i samfunnsvitenskapene

Berger & Luckmann (2000) sier at den sosiale realiteten er en prosess med etablering av indre meningsstrukturer og at disse opprettholdes gjennom aktørenes fortolkning i sosiale sammenheng. Resultatet gjennom fortolkning og internalisering- og eksternaliserings-prosesser i sosial samhandling i samfunnet blir den objektive virkeligheten. På den måten blir forskningens oppgave å avdekke aktørenes meningsstrukturer, og hvordan de konstituerer og opprettholder de sosiale realitetene. Ifølge Andreassen (2005) gjenkjennes dette perspektivet i mye av skoleforskningen, der oppgaven er å øke aktørenes forståelse av seg selv gjennom fortolkning og begrep satt i sammenheng med den sosiale verden man er en del av. Skjervheim (1992) sier at pedagogikk ikke er en ren teoretisk vitenskap, men har utspring fra praktisk interesse, med både innsikt og verdiforankring.

Kritikerne til det fortolkende perspektivet mener at det ikke fanger opp strukturene, rammebetingelsene eller sosiale fenomener som aktørene er en del av. Ifølge Gilje & Grimen (1993) kan metodologisk individualisme føre til konservatisme i forhold til makt og sosial endring, der aktørenes individuelle erfaringer og fortolkninger vil gjenskape de betingelsene samhandlingene framkommer i. Carr & Kemmis (1986) mener at disse strukturene ikke fanges opp og blir en del av de vitenskapelige forklaringene, og kan dermed ikke gi teoretisk bidrag til hvordan endringskonteksten kan takles. Endringer i individets fortolkning og deres meninger i handlingene, vil ikke endre sosiale betingelser som handlingen foregår i. De sier at det vil være en naiv antagelse om hvordan endringer av individuelle forestillinger vil ha en effekt på endringer i sosiale grupper, skole eller samfunn.

Universitetet i Frankfurt, Frankfurterskolen, ble etablert i 1930-årene. Deres ønske var å etablere et alternativ til såkalt «borgerlig» vitenskapsforståelse innenfor samfunnsvitenskapene, der man utfordret relasjoner mellom teori og praksis. Gjennom kritisk samfunnsvitenskap søkte de en samarbeidende prosess hvor utvikling i forståelse og innsikt hos aktørene ville sette dem i stand til å handle solidarisk som gruppe i et samfunn (Carr & Kemmis, 1986).

Frankfurterskolen hevdet at det ikke finnes noen nøytral beskrivelse av sosiale fenomener, i motsetning til positivistenes. Ifølge Eriksen & Weigård (1999) vil samfunnsteorier være enten kritiske til rådende maktforhold, eller så er de tilslørende ovenfor undertrykkingsforhold.

Habermas (1969) var også tilknyttet Frankfurtherskolen og så på hva som er gyldig kunnskap, og bestrider vitenskapen som den eneste målestnad. Han ønsker å vise hvordan menneskelige interesser skaper ulike former for kunnskap, dette i motsetning til vitenskapens krav om objektivitet og nøytral beskrivelse. Han mener at det er resultatet av menneskelig aktivitet er motivert fra ulike interesser og behov. Videre prøver han å vise sammenhengen mellom epistemologi og vitenskap, med ulike kunnskaps- og vitenskapstyper som er utformet av den eller de mennesker de tjener.

Han viser til tre kunnskapsituierende interesser- teknisk, praktisk- og emansipatorisk, og hvordan de sees gjennom ulike kunnskaps- og handlingstyper, de realiseres gjennom media og resulteres i tre ulike vitenskapstyper. Modellen under de tre kunnskapstypene er utviklet av Carr & Kemmis (1986):

Interesse	Kunnskap	Medium	Vitenskap
Teknisk	Instrumentell (kausal forklarende)	Arbeide	Empirisk-analytisk eller naturvitenskapene
Praktisk	Praktisk (forstående - fortolkende)	Språk	Hermeneutikk eller fortolkende kunnskap
Emansipatorisk	Emansipatorisk (refleksjon)	Makt	Kritisk vitenskap

Tabell 2: Oversikt over tre ulike vitenskapstyper

Habermas (1969) avviser ikke noen av kunnskapstypene, da hver enkelt har sin egenart. Han avviser den positivistiske forståelsen av samfunnsvitenskap, da den tar utgangspunkt i naturvitenskapene med

at alt er fakta, og det sikre er uavhengig av observatør. Habermas mener at man gir vitenskapen et skinn av objektivitet, da det den grunnleggende interessen for det vitenskap bunner i blir skjult.

4.4.3 Reliabilitet, validitet og generalisering

Innad i forskermiljøene er det uenigheter om begrepene reliabilitet, validitet og generalisebarhet kan brukes i kvalitativ forskning, da disse begrepene i kvantitativ forskning har en annen mening.

Pålitelighet og gyldighet er de alternative begrepene som brukes, og er knyttet til datainnsamlingsprosessen, det vil si selve fremgangsmåten i datainnsamlingen. (som eksempel: studie 6 med fagplaner fra sykepleieutdanninger i Norge).

Det er forskjeller på kvantitativ og kvalitativ forskning når det gjelder reliabilitet eller pålitelighet, mens kvalitativ forskning ikke kan repliseres av en annen forsker med samme resultat kan kvantitativ forskning ha muligheter til å få samme resultat hvis en gjentar studien. Reliabilitetsvurderingen handler om hvordan forskeren setter spor i forskningsprosessen, og studiens reliabilitet måles på både transparens og refleksivitet noe som innebærer beskrivelse av datainnsamlingsprosessen, begrunnelse av kritiske valg og egen rolle i prosessen.

Validitet eller gyldighet omhandler datatolkningen, undersøker du det du har sagt og er datamaterialet gyldig i forhold til det. En høy validitet er lik høy reliabilitet, og validitet finnes i ulike former som begreps-, inter- og eksternvaliditet. Begrepsvaliditet omhandler teoriene og begrepene du bruker både i tolkning og i virkeligheten du ser på, og begreper og teorier som brukes redegjøres for, samt at du må begrunne fremgangsmåten. Intervaliditet vil vise om intensjonen med undersøkelsen og ditt datamateriale samsvarer, og dette styrkes ofte ved triangulering av data. I og med at det er brukt metodetriangulering (studie 1 og 3) i vedlagte forskningsartikler, så imøtekommer man deler av denne kritikken.

Ekstern validitet handler om overførbarhet til andre sammenhenger for eksempel, begreper eller profesjoner (Grønmo, 2004; Leseth & Tellmann, 2014). Både studie 1, 2, og 3 vil være overførbar til

andre profesjoner, for eksempel desentralisert medisinutdanning. Studie 3 og 5 kan ha betydning for sykepleiere og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Studie 6 og studie 2 kan være overførbar til samisk sykepleieutdanning eller andre profesjoner. Studie 4 kan overføres til de fleste profesjoner.

5 RESULTATER

5.1 Artikkel 1:

“Bachelor studies for nurses organized in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region?”

Hensikten var å utforske om DSU har bidratt til å redusere ledige stillinger, om læringsutbytte var det samme som for DSU studenter som studenter på campus, og hvordan utdanningen hadde innvirket på sykepleiernes profesjonelle praksis i kommunen.

DSU har vært en av de mest effektive tiltak for å rekruttere sykepleiere til rurale områder. Resultatene viste at 92,5 % av de tidligere DSU studentene fortsatt arbeidet som sykepleiere i Finnmark 3 til 7 år etter endt utdanning, mens 30% av studentene på campus hadde flyttet fra Finnmark og jobbet i andre deler av Norge. Forskningsdata er samlet inn over en periode på 3 år.

	2002	2004	2005
DSU	13	11	16
Campus	39	47	33
Total	52	58	49

Tabell 3. Antall studenter på campus og DSU uteksaminert i 2002, 2004, 2005

Sammenligning av både karakterer og alder viste at DSU studentene var lik de ordinære kullene på campus.

Studie- modell	Antall oppstart	Antall uteksaminert	Alder gj.snitt	Karakter BA	% som arbeider i Finnmark
Campus	146	119 (81,5 %)	32,1 år	2,6	83 (70%) 3 ukjent
DSU	52	40 (76,9 %)	32,9 år	2,7	37 (92,5%)

Tabell 4. Studenter på campus og DSU: ved oppstart, antall uteksaminert, gjennomsnitt - alder, -karakter og - % som arbeider i Finnmark

Både økonomisk støtte/stipend fra hjemkommunen, veiledning og lokalt læringsmiljø var viktige faktorer for rekruttering til ledige stillinger i hjemkommunen. Flere av sykepleierne hadde også fått økonomisk støtte til å ta videreutdanning i sykepleie, noe som var vesentlig for at sykepleierne valgte å arbeide som sykepleier i kommunen

Resultatene viste at DSU- studenter fra Finnmark blir i Finnmark etter endt utdanning. Disse sykepleierne kjente til både den lokale kulturen og behovene til befolkningen i de små kommuner i Finnmark.

5.2 Artikkel 2:

“The contribution of decentralized nurse educations to social responsibility in rural Arctic Norway”

Hensikten med denne studien var å utforske hva som kan fremme rekruttering og stabilitet til sykepleiestillinger i små kommuner i rurale områder.

I perioden 1991-2014 ble det utdannet 191 sykepleiere ved DSU i Finnmark, kun 1 av studentene ble rekruttert utenfra Finnmark. Sykepleieutdanningen i Finnmark har campus i vest, og resultatene viste tendens til at det var færre studenter som ble tatt opp på DSU fra vest-, enn fra øst i Finnmark.

Resultatene viste at å utdanne sykepleiere lokalt i det rurale Finnmark ga god effekt på rekruttering til ledige sykepleiestillinger. Spesielt i kommuner som har hatt utfordringer med stor mangel på sykepleiere. Majoriteten av DSU studentene ble rekruttert fra Finnmark.

Resultatene viste økende antall studentsøknader fra hele landet. Av 87 DSU studenter som var med i opptak DSU i 2016 og 2018 var det 7 studenter som ikke rekrutterte fra Finnmark. I løpet av 30 år med DSU av sykepleiere i Finnmark, ble 8 av 191 studenter rekruttert utenfra Finnmark. Det er en endens både i DSU og campusklasser med økende antall studenter ikke er fra Finnmark.

5.3 Artikkel 3:

“Utdanningens innretning i forhold til samfunnets behov.”

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan universitetet kan imøtekomme kommunehelsetjenestens behov for sykepleiere med rural kompetanse.

Resultatene som framkom var at DSU var et unikt tilbud om utdanning, og samtlige studenter sa at de ikke ville tatt sykepleierutdanning på fulltid. Dette begrunnet de med at flytting var uaktuelt på grunn av familie, barn og arbeid. Det opplevdes ensomt å være desentralisert student, men de knyttet også nye vennskap. Studiet krevde stor selvdisciplin, og både faglige og sosiale nettverk var viktige faktorer for å gjennomføre studiet. Økonomi var en utfordring når studentene fikk merutgifter for bolig og reiser til samlingene på campus. Samtlige savnet støtte fra sin hjemkommune, både økonomisk og det å være ønsket der.

Informantene understreket at kontinuitet i klasseledelse gjennom studiet var viktig for å forhindre frafall. DSU studentene mente at den digitale infrastrukturen var tilfredsstillende, og de uttrykte behov for mer detaljerte arbeidsplaner utenom samlingene. Fleksibilitet i organiseringen av studiet hadde betydning for at enkelte studenter kunne fullføre utdanningen, og var spesielt for studenter som var knyttet til primærnæringene, som reindrift og fiskeri i sine hjemkommuner.

Innholdet i samlingsukene ble trukket frem av samtlige, og det var ulike meninger om hva som var relevant eller ikke for deres funksjon som sykepleiere. Som ferdig utdannede sykepleiere erfarte de at de fikk større ansvar enn de mente de hadde kompetanse til, noe de kalte et praksissjokk. Overgangen mellom profesjonsstudier og praksis har generelt vist seg å være utfordring. Sykepleierne sa at det var vesentlig å få støtte hos tidligere medstudenter eller sykepleiere for veiledning og hjelp.

Alle informantene sa de hadde fått følgende kompetanse i tillegg til den forventede faglige utdanningen: selvstendighet, ansvar for egen læring, og fått økt kompetanse i teknologi. Sykepleierne med mer enn 5 års erfaring fra yrket, understreket behovet for økt vekt på organisatorisk kompetanse som tema i DSU. I tillegg foreslo de en betydelig økning av flere sykepleierstillinger i

kommunehelsetjenesten etter innføring av Samhandlingsreformen. Etter reformen har pasientene kortere liggetid i sykehus, og returneres til hjemkommunene for oppfølging og videre behandling i sykehjem og hjemmetjenesten. Sykepleierne erfarte at belastningen og behovet for flere sykepleiere var betydelig.

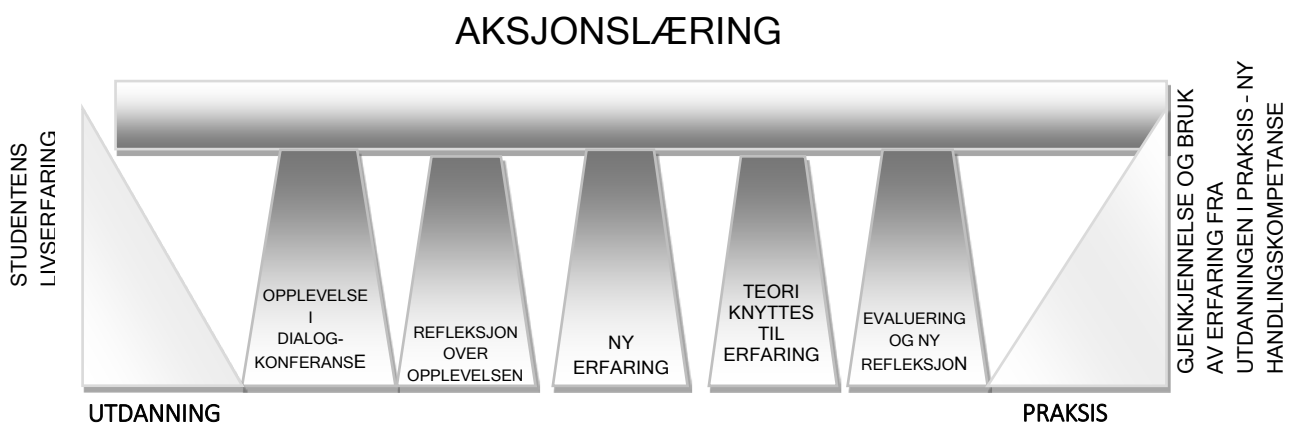
5.4 Artikkel 4:

” Dialogkonferanse i klasserommet – bro til bedre læring”

Hensikten med studien var å belyse et pedagogisk verktøy som kan bidra til en sterkere tilknytning mellom teori og praksis i klasseromsundervisning

Aksjonslæring var det pedagogiske grunnlaget for økt læring og minske gapet mellom utdanning og praksis.

Stegene i aksjonslæring den pedagogiske tilnærmingen som er aksjonslæring. Bropillarene viser fasene i aksjonslæringsprosessen med handling, erfaring, refleksjon og knytting mot teori og ny handling (aksjon). Den lærende vil gjenkjenne elementer fra teori og erfaring i skolen og handle ut fra dette. På andre siden av broen er arbeidshverdagen hvor kunnskapen settes i praksis.



Figur 2: Broen- stegene i aksjonslæring i utdanning for økt endringskompetanse.

Denne studien er en beskrivelse og en diskusjon av et fornyende studentaktivt pedagogisk prosjekt, som et alternativ til tradisjonell klasseromsundervisning. Prosjektet som er et tolærersystem (to lærer samtidig i klasserommet) ble startet av artikkelforfatterne, i den hensikt å forbedre læringsutbyttet til studentene innen endringskompetanse. Aksjonslæring gjennom dialogkonferanse ble gjennomført med DSU og campus studenter over 7 år. som del av en aksjonslæringsprosess for studenter i sykepleierutdanningen. Studenter erfarte og evaluerte aksjonslæringsprosessen som betydningsfull.

Resultatene viste at studentene så umiddelbar praktisk nytte i bruk av dialogkonferanse som verktøy i sin arbeidshverdag, og de erfarte utvikling og læring gjennom prosessen. I løpet av den flerårige aksjonsprosessen med tolærersystemet i klasserommet anvendte også flere lektorer ved instituttet dette pedagogiske verktøyet. De senere år ble tolærersystemet oftere anvendt innen noen temaer, og flere faglærere har tatt inn dialogseminar/konferanse som en metode i undervisningen. Resultatene viste prosjekt har inspirert andre faglærere ved instituttet, og studentenes læringsutbytte har kommet mer i fokus.

5.5 Artikkel 5:

” Teknologi i Samhandlingsreformen. Utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten.”

Hensikt med denne studien var å utforske hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten har erfart implementering av IKT på sitt arbeidssted etter innføring av Samhandlingsreformen?

Samhandlingsreformen ble innført i Norge i 2012, og initierer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Et av målene i reformen er at informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) skal tilrettelegge for nødvendig informasjon der pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp. I spørreundersøkelsen med sykepleiere i kommunehelsetjeneste framkom følgende resultater:

Hovedkategorier	Underkategorier
Teknologi i hverdagen	Tilgjengelig teknologi på arbeidsplassen Teknologi har innvirkning på effektivitet og samhandling
Kompetansebehov	Variierende teknologiske ferdigheter Manglende planer for opplæring
Måloppnåelse	Vellykket organisering og implementering av meldingsutveksling Fortsatt mange utfordringer med teknologi

Tabell 5: Oversikt over teknologi for samhandling i kommunehelsetjenesten

Tilgjengelig teknologi for samhandling: (N=16)	Frekvens
PLO system med EPJ	11
Videokonferanse	11
Epikrise /pleieskriv	8
Telemedisin	4
Mobile løsninger	3

Tabell 6: Teknologi for samhandling som er tilgjengelig på arbeidsstedet

Resultatene viste at to tredjedeler av sykepleierne sier at bruk av teknologiske løsninger er bra dersom infrastrukturen er god, noe som kan medføre bedre samhandling til beste for pasienten.

En av informantene sier at: «Elektronisk samhandling er kommet for å effektivisere tjenesten. Kortere tid til administrasjon og mer tid til praktiske oppgaver». Flere kommenterer utfordringer som dårlig nettilgang og gammelt utstyr, og på grunn av dårlig økonomi blir det ikke innkjøpt nytt IKT utstyr, programvarer og kurs. Dette har innvirkning på effektiviteten.

De teknologiske ferdighetene var delvis manglende, og flere påpekte at «unge tar stort sett i bruk alle former for teknologiske hjelpemidler etter en kort introduksjon, mens eldre arbeidstakere trenger mer støtte og veiledning enn yngre»

Resultatene viste at 5 av 16 kommuner har opplæring i generelle og spesielle dataferdigheter. Sykepleierne har flere forslag med opplæring både på gruppe og individnivå og oppdatering av kompetanse, både spesielle og generelle ferdigheter. Planmessig og systematisk opplæring, egne «superbrukere», flere maskiner og eget datarom.

5.6 Artikkel 6:

” Urfolksperspektiv i utdanning. Sykepleierutdanninger i Norge uten urfolkskunnskap?”

Hensikten med denne studien var å utforske urfolksperspektiv i utdanning av sykepleiere i Norge, med spesielt vekt på samisk perspektiv

Studien var en del av tre studier med fokus på sykepleietjenesten til den samiske befolkningen, som er et viktig moment i all desentralisert utdanning i nord. Samer er Norges urfolk og har gjennomgått en «vellykket», ufrivillig assimilering som har kostet tap av språk, kultur, som gir utfordringer i møte med helsevesenet. Gjennom analyse av fagplaner fra sykepleierutdanninger i Norge i 2014 undersøkte vi om læringsutbytte, undervisningstematikker og litteraturlister som omhandlet kunnskap om den samiske pasient, kultur og samfunn.

Resultatene viste at det var manglende fokus på urfolksperspektiv i fagplanene til sykepleierutdanning i Norge. De fleste utdanningene har læringsutbytte på de generelle kulturelle forhold. Læringsutbytte på samisk kultur og språkforståelse var fraværende. Kun en av utdanningene har tematisert innholdsbeskrivelse på samiske kulturelle forhold. Åtte av atten skoler har litteratur på samiske kulturforhold, og fem av utdanningene er utenfor det kjernesamiske området fra og med Trøndelag og nordover. Under halvparten av utdanningene i det kjernesamiske området har ikke litteratur på samiske kulturforhold. I artikkelen anbefalte vi at samisk perspektiv burde vektlegges og tas med i utformingen av *ny forskrift* om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger fra Kunnskapsdepartementet den 6.september 2017, fra og med opptak til 2020.

Universitet/Høgskole	Tematisert innholds- beskrivelse på samiske kulturelle forhold	LU på kulturelle forhold generelt	LU på samiske kulturelle forhold	LL på samiske kulturforhold
- Ikke tilgjengelig litteraturliste				
1. Diakonhjemmets høgskole i Oslo	Nei	ja	nei	-
2. Haraldsplass diakonale høgskole, Bergen	Nei	ja	nei	nei
3. Høgskolen Betania	Nei	ja	nei	-
4. Høgskolen Diakonova	Nei	ja	nei	ja
5. Høgskolen i Bergen	Nei	ja	nei	ja
6. Høgskolen i Buskerud og Vestfold	Nei	ja	nei	-
7. Høgskolen i Gjøvik	Nei	ja	nei	nei
8. Høgskolen i Harstad	Nei	Ja	nei	nei
9. Høgskolen i Hedmark	Nei	nei	nei	-
10. Høgskolen i Molde	Nei	ja	nei	ja
11. Høgskolen i Narvik	Nei	ja	nei	nei
12. Høgskolen i Nesna	Nei	nei	nei	nei
13. Høgskolen i Nord- Trøndelag	Nei	ja	nei	nei
14. Høgskolen i Oslo og Akershus	Nei	ja	nei	nei
15. Høgskolen i Sogn- og Fjordane	Nei	ja	nei	nei
16. Høgskolen i Stord/ Haugesund	Nei	ja	nei	ja
17. Høgskolen i Sør- Trøndelag*	Nei	ja	nei	ja
18. Høgskolen i Telemark	Nei	ja	nei	nei
19. Høgskolen i Østfold	Nei	ja	nei	nei
20. Høgskolen i Ålesund	Nei	ja	nei	-
21. Lovisenberg diakonale høgskole	Nei	ja	nei	-
22. Universitetet i Agder	Nei	ja	nei	ja
23. Universitetet i Nordland	Nei	ja	-	-
24. Universitetet i Stavanger	Deltar ikke			
25. Universitetet i Tromsø	Ja	ja	nei	Ja
26. Høgskolen i Finnmark	Nei	ja	nei	Ja

Tabell 7: Oversikt over hvilke universiteter og høgskoler som har utformet læringsutbytte (LU) og/eller har litteraturliste (LL) på samiske kulturforhold og generelle kulturforhold.

6 RESULTATDISKUSJON

Avhandlingens hensikt er å drøfte hvordan UiT – Norges arktiske universitets kan ivareta samfunnsoppdraget, og dette belyses med erfaringer fra sykepleierutdanningen i Finnmark.

Utdanning, forskning og formidling er en del av samfunnsoppdraget til universitet og høyskoler i Norge. UiT – Norges arktiske universitet har utformet egen strategiplan «Drivkraft i nord: Strategi for UiT mot 2022» (2013). Satsningsområdene i strategiplanen kommenteres når resultatene fra alle de seks ulike artiklene i avhandlingen diskuteres.

Problemstillingen i denne studien er: Hvordan kan universitetet ivareta sitt samfunnsoppdrag med eksempler fra sykepleierutdanning i rurale Finnmark?

Studien er retrospektiv, og universitetet og andre dra nytte av resultatene. Behovene for sykepleiere i distriktene i Nord- Norge er godt dokumentert (Norbye & Skaalevik, 2013; Gaski , Abelsen & Lie, 2016). Dette kan knyttes til overordnede politiske mål om livskraft i distriktene, som produserer fisk, mineraler, olje og gass. Da må man ha offentlige tjenester som skole og helseapparat.

Universitets- og høyskoleloven gir institusjonene et ansvar for å bidra i samfunnsutviklingen og samhandling med regionale og lokale aktører (Kunnskapsdepartementet, 2005).

Utdanningsinstitusjonene skal utarbeide studieprogram i dialog med samfunns- og arbeidsliv (Kunnskapsdepartementet, 2016)

En slik samhandling for samfunnsutviklingen gjenkjennes også i andre land, og i Sverige ble høyskoleloven endret 1. januar 1997, i tillegg til undervisning og forskning ble den utvidet med den tredje oppgaven - samfunnsoppgaven (Brulin, 1998). Dette var et sterkt signal fra de politiske myndighetene om at høyere utdanninger i større grad burde inngå samarbeid med det omkringliggende samfunn, da de var viktige aktører i utvikling av samfunn. Ved rolle- og funksjonsendringer kunne overgangen beskrives som fra å være i samfunnet, til å bli institusjoner for samfunnet (Grepperud, 2004).

DSU i sykepleie vil ha og har hatt stor betydning for samfunnsoppdraget universitetene skal bidra til; å utdanne helsepersonell til å kunne imøtekomme befolkningens behov for å få lovfestede helsetjenester (Helse- og omsorgsloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

6.1 Rekruttering- og stabiliserings utfordringer /endringer

Studien viser at rekruttering av studenter fra rurale områder utgjør en forskjell, da de kjenner den lokale kulturen og behovene til befolkningen. Det har en stor betydning for det enkelte lokalsamfunnet å rekruttere DSU studenter, da det er et høyt antall av de nyutdannede som blir værende som stabil arbeidskraft over tid (Norbye & Skaalevik, 2013) Dette støttes også av internasjonal forskning (Molinari & Monserud, 2008) som sier at en av de mest suksessfulle strategier for å rekruttere og beholde rurale helsearbeidere er å rekruttere studenter fra rurale områder, eller at de har en rural tilknytning.

Studentene som søkte til DSU er voksne som ønsker en profesjonsutdanning, som de kan bruke i sine rurale hjemkommuner der de kjenner den lokale kulturen og helsetjenestens behov. Studier om bofasthet og flytting viser at halvparten av alle 40 åringer bor i kommunen de vokste opp i, og av gifte i samme aldersgruppe bor 70% i egen eller ektefelles kommune (Sørli, Aure og Langseth 2012). De under 30 år har en tendens til å flytte til større steder (NOU, 2011:3). En studie av (Gaski, Abelsen & Lie, 2016) viste at 88 % av sykepleierne som utdannes ble i Nord-Norge etter endt utdanning, og etter 10 år var det fortsatt 82% som arbeidet i regionen.

Det er en unik søkergruppe som velger DSU, og som ikke hadde mulighet for å ta utdanning på fulltid. På grunn av de lange reiseavstandene i Finnmark er det ukesamlinger på campus, noe som også kan ha bidratt til at studentene har mulighet for å gjennomføre denne utdanningen. De begrunnet valget av DSU med at flytting var uaktuelt på grunn av familie, barn og arbeid. For student eller ektefelle som jobber i primærnæringer som reindrift og fiske er arbeidet sesongbetont, og krever at en av ektefellene er hjemme og tar hand om barn og hushold, så studier på fulltid var uaktuelt. Flere av DSU studentene

kommer fra områder der disse næringene står sterkt, og omstillinger i reindrifta de siste 10 årene har også medført at flere har studert sykepleie.

Det er utdannet 191 sykepleiere fra 12 klasser ved DSU i Finnmark fra 1991 til 2018. Det kan synes som om å utdanne 191 sykepleiere på DSU er få, men for den enkelte kommunen som får en sykepleier med lokal kunnskap og tilknytning vil det ha stor betydning i rurale områder. Studien viser at samtlige informanter mente at DSU var en unik mulighet for utdanning, som bør videreføres i Finnmark. Heller ikke for disse studentene var sykepleierutdanning på fulltid, noe alternativ. På den måten kan du si at UiT har utviklet sin studieportefølje og utdanningskvalitet i dialog med studenter, samfunn- og arbeidsliv.

Å utdanne sykepleiere lokalt i det rurale Finnmark gir god effekt på rekruttering til ledige sykepleiestillinger, spesielt i kommuner som hadde utfordringer med stor sykepleiemangel. En lignende studie viser at DSU har en positiv innflytelse på å forbedre utdanningskvalitet for sykepleiere i rurale områder i USA (Princeton & McGrath, 1989). Sykepleieutdanningen i Finnmark har campus i vest, og resultatene viste tendens til at det var færre studenter som ble tatt opp på DSU fra øst-, enn fra vest i Finnmark. Majoriteten av DSU studentene ble rekruttert fra Finnmark.

6.2 Nye utfordringer og endringer

Neste år blir det oppstart av samisk sykepleierutdanning i Kautokeino. Det vil være 25 plasser ved utdanningen, og to ansatte som behersker samisk og har inngående kulturforståelse. De vil ha lokalt ansvar i samarbeid med Samisk Høgskole, som er samarbeidspartneren til UiT i dette utdanningstilbudet.

Dette medfører at det vil være to utdanninger utenfor campus vest i Finnmark, og ingen øst i Finnmark. I dag er det 13 mil mellom campus Hammerfest og DSU, mens avstanden fra Hammerfest i vest til Kirkenes i øst er 48 mil med bil, og det vil være økende behov for at det også i fremtiden tilrettelegges for DSU i øst noe som også kan bidra til å øke rekrutteringen til UiT.

Tidligere har Høgskolen i Finnmark / UiT hatt DSU utdanninger på ni ulike steder i Finnmark utfra hvor i Finnmark det var mangel på sykepleiere. Dette samsvarer med ansvaret universitetene har for å «identifisere samfunnets behov og respondere på disse behovene, kombinert med kontinuerlig kritisk blikk på kvaliteten og relevansen i egen virksomhet». Samt at utdanningsinstitusjonen skal utarbeide studieprogram i dialog med samfunns- og arbeidsliv (Kunnskapsdepartementet, 2016).

Tendensen er et økende antall studentsøknader fra hele landet til sykepleierutdanningen i Finnmark. I løpet av 27 år med DSU av sykepleiere i Finnmark, ble 8 av 191 studenter rekruttert utenfra Finnmark, og 7 av dem ble rekruttert på de to siste kullene. Denne tendensen med økende antall studenter utenfra Finnmark gjelder både i DSU og campusklasser, og etter endt utdanning forlater mange av disse sykepleierne Finnmark. En aktuell problemstilling er derfor om tilbudet på DSU bør forbeholdes lokale søkere, da de representerer en stabil arbeidskraft i kommunehelsetjenesten. På den måten kan UiT fortsatt ivareta samfunnsoppdraget om å utdanne sykepleiere til det rurale Finnmark.

Høsten 2019 ble det innført nasjonalt karakterkrav for opptak på sykepleierutdanning, og kunnskapsminister Asheim sier at «dette vil styrke rekrutteringen og kvaliteten på utdanningen og få flere studenter til å fullføre sykepleiestudiet» (Kunnskapsdepartementet, 2019). Ifølge kunnskapsdepartementet er målet er å styrke kvaliteten på sykepleierutdanningen og de tjenestene de utfører (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Karakterkravene til sykepleierutdanning er 3 eller bedre i både norsk (393 timer) og matematikk (224 t), eller du kan dekke karakterkravet i matematikk hvis du har bestått følgende programfag S1, S2, R1 eller R2 (Kunnskapsdepartementet, 2017). I rurale Finnmark er det færre studenter som gjennomfører videregående skole og de har hatt et svakere karakternivå enn ellers i Norge, noe som også gjenkjennes i rurale områder globalt (Huitfeldt, Kirkebøen, Strømsvåg et al, 2018). Årsakene til dette kan være mange, men vi vet at ungdommer i små kommuner i Finnmark må flytte hjemmefra i 15-16 års alderen for å gå på videregående skole. På grunn av lange avstander blir de alene med alle praktiske ting, i tillegg til utfordringer med å begynne på en fremmed skole.

De nye karakterkravene kan ha innvirkning på utdanning av sykepleiere fra Finnmark, men det gjenstår å se om det fortsatt blir færre søkere fra rurale Finnmark fordi de ikke oppfyller karakterkravene. Karakterkravene er noe som bør følges opp videre, da en av intensjonene med karakterkravet var å øke rekruttering til studiet. Universitetene har også ansvar for identifisering av samfunnets behov og respondere på dette, samt ha et kritisk blikk på både egen relevans og kvalitet i utdanningen. De skal også sørge for god tilgang til utdanning, og legge til rette for at en sammensatt student befolkning skal lykkes i studiene, samt at studieprogrammet skal være i dialog med samfunns- og arbeidsliv (Kunnskapsdepartementet, 2016).

6.3 Organisering og ledelse av DSU

I dag er en økende andel søkere som ikke er fra Finnmark, og i campus klassene fra 2015-2018 er nesten 50% fra andre steder enn Finnmark. Etter fusjon med Høgskolen i Finnmark og UiT- Norges arktiske universitet i 2013, er det ikke lenger lokal administrering av DSU, noe som kan hatt innvirkning på at det er flere søkere som ikke er fra Finnmark. Fusjonen med færre og større enheter, kan også ha ført til mer enhetlige administrative løsninger, som er mindre tilpasset de lokale forholdene (Michelsen & Aamodt, 2007).

Antall studenter som ikke har lokal tilhørighet i Finnmark på DSU er økende. Det bør kanskje gjøres noe med rekrutteringen til studiet, i tillegg til å diskutere lokalt opptak for lokale søkere. Før fusjonen med UiT ble rekrutteringen ivaretatt med at ansatte ved utdanningen reiste til kommuner med lav sykepleiedekning, og inviterte kommuneledelse og aktuelle søkere til informasjonsmøter. Etter fusjonen blir dette ivaretatt med generell rekruttering ved universitetet og utdanningsmesser, og uten lokalt besøk.

6.4 Pedagogiske valg og strategier i utdanningen

Det er mange nyutdannede sykepleiere opplever et kompetansegap mellom utdanningen og kravene i arbeidslivet (Smedby & Vågan 2007, Vågan & Terum 2005). Dette blir beskrevet som praksis-realtets- eller virkelighetssjokk og forstås som et gap mellom hva utdanningen kan tilby og det arbeidslivet trenger. (Maben, Latter & Clark 2006, Stronach et al, 2002)

I en studie om nyutdannede sykepleieres møte med arbeidslivet, beskriver de det som den mest krevende periode i arbeidslivet. De trenger ledere som tar rett initiativ med tanke på hvordan de blir møtt og satt inn i arbeidet, og trenger hjelp for å finne sin rolle som sykepleier (Sneltvedt & Sørli, 2011)

Bruk av nye pedagogiske metoder der studentene er aktive deltakere i læringsprosessen viste at studentene så en umiddelbar praktisk nytte i bruk av dialogkonferanse som verktøy i sin arbeidshverdag, og de erfarte utvikling og læring gjennom prosessen. Teori ble knyttet til dette, og erfaringene kunne studentene ta med seg videre i sitt arbeid i praksis. Dette støttes i en studie med bruk av dialogisk inquiry og student engasjement, og deltakelse gjennom studentaktiv læring. Studien viste at studentene fant dette meningsfullt. Det var større engasjement som kom til uttrykk i adferd, emosjonelt og kognitivt engasjement, enn hos studentgruppen som ikke brukte samme tilnærming (Pherson, 2020).

Gjennom slike studentaktive prosesser kan man forsøke å imøtekomme samfunnets behov for endringsdyktige sykepleiere i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen (meld.st, 2008), som påpeker at utdanning er identitetsskapende, og det kan gi den enkelte forståelse for sammenhenger i samfunnet. Dette går også inn under UIT strategier om at man skal ta i bruk nye og pedagogiske virkemidler, og studentaktive læringsformer.

Organisering av studieprogram med bruk av teknologi ble implementert i studiene allerede fra oppstart av DSU i Finnmark, med bruk av videokonferanse, Classfronter, interaktiv tavle, gruppevideosamtaler, streaming og virtuelt privat nettverk (VPN). Valg av nettstøttede

læringsverktøy må være godt planlagt for å sikre et godt læringsutbytte ifølge Nilsen og Immonen (2013), noe som har vært viktig for gjennomføring av DSU i den rurale konteksten med lange avstander, og utfordringer i forhold til klimaet.

I forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen i 2012, var et av målene at IKT skal tilrettelegge for nødvendig informasjon der pasienten befinner seg. Dette initierer samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og målet i reformen er at IKT skal tilrettelegge for nødvendig informasjon der pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp. Samarbeid mellom kommuner og helseforetak om utskriving av pasienter fra sykehus var utfordrende, men den skal ikke erstatte den daglige dialogen om utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten (Gautun et al, 2016)

I universitetets samfunnsoppdrag har det betydning å samarbeide med praksisfeltet for å utdanne sykepleiere med relevant kompetanse. Utdanningene har en viktig oppgave med å delta i praksis nær forskning og fagutvikling i kliniske problemstillinger, da halve utdanningen av sykepleiere er knyttet til praksis.

Det var utfordringer knyttet til implementering og økt behov for teknologisk kompetanse, noe som kan svekke både kvalitet og pasientsikkerhet. Den nye generasjonen sykepleiere søkte aktivt kunnskap og hadde generelt gode dataferdigheter. En studie om nyutdannede sykepleiere viste at de var en ressurs for arbeidsplassen. I bytte trenger de nyutdannede sykepleierne ledere og kollegaer som kan dele sine erfaringer, for at de nyutdannede kan utvikle sin profesjonelle handlingskompetanse som sykepleiere. Ledere som gjør slike bytter av erfaringer og ulikheter i kompetanse kan få en stabil sykepleie stab, og det kan også fremme rekruttering og at de beholder sykepleiere (Sneltvedt & Sørli, 2011).

Denne artikkelen kan bidra til økt bevissthet om behov for både systematisk arbeid, god planlegging og brukermedvirkning i implementeringsprosesser bør vektlegges og bli sett på i forhold til behov.

Den kan gi en oversikt over videre arbeid med implementering av IKT, og studien har overføringsverdi til kommunehelsetjenesten, og samsvarer med UiTs satsning på å ta i bruk læringsfremmende teknologi.

6.5 Er DSU modellen fremtiden i all utdanning?

En av fordelene med å studere i en DSU modell er at studentene lærer bruk av IKT gjennom studiesituasjonen. Det de lærer kan komme til nytte i den framtidige arbeidssituasjonen der de må ha nettmøter, koble opp på Skype møter med pasienter, der spesialleger skal vurdere pasienten på avstand. DSU studentene er vant til å studere alene og navigere i læringsplattformer, og må skape eget studentnett via internett. De er dermed rustet på en annen måte enn fulltidsstudentene på campus til å mestre fremtidens krav til bruk av teknologi i jobben sin som sykepleier (Nilsen & Immonen, 2013)

I disse tider med Covid -19 situasjonen har nettbasert undervisning økt. All kontakt mellom studiestedene, lærere, studieadministrasjon og student foregår på internett, og man har forsert mange barrierer og gjort et kvantesprang i pedagogisk utvikling. Hvordan virkning vil denne situasjonen ha på studieresultatet og følelse av tilhørighet til studieprogram bør forskes på. Dagens situasjon blir kanskje den nye normalen. Du kan være student hvor som helst, og bare være på campus når praksisøvelser står på agendaen. Sånn sett kan man si at studiemetodene i DSUene både i retrospektivt og prospektivt lys er i tråd med UiT strategier om å ta i bruk nye pedagogiske virkemidler og studentaktive læringsformer, og læringsfremmende teknologi.

6.6 Kunnskap om samisk kultur og historie

Artikkel 6 i avhandlingen inngikk som del en av tre studier i min forskningsgruppe som het: SAMI NURSING studiene. Fokuset var på sykepleie til den samiske befolkningen, der jeg gjennomførte første del som var å undersøke hvordan norske universiteter ivaretok læringsutbytter knyttet til samiske forhold i 2014. Dette er aktuell tematikk som bachelor programmet på Høgskolen i Finnmark alltid hadde undervisning om, til tross for at vi ikke hadde det som læringsutbytte i studieplanen.

Denne studien viste et totalt fravær av samiske læringsutbytter i fagplanene i Norge. I forbindelse med datainnsamlingen tilsendte en av utdanningene oss et undervisningsopplegg med fokus på helsetjenester til samiske pasienter. Det viser at gode undervisningsopplegg på samisk kulturforståelse

og samiske perspektiver i helse finnes, uten at det er nedfelt i læringsutbytte eller i lærings litteratur. Det samme var funnene på Høgskolen i Finnmark. Dette gir en indikasjon på at det finnes en «skjult læringsplan», som administreres og formidles av genuint interesserte lærere. Det vil si tematikker blir løftet frem uten at det er nedfelt i fagplan (Imsen, 2005). Dette kan også være gjeldene for flere av de andre utdanningene som var inkludert i dokumentanalysen, uten at vi fikk tak i det.

Det totale fravær av samiske læringsutbytter i fagplanene, kan fortelle at assimileringen fortsatt pågår, gjennom studieplanens mangler i undervisningsinstitusjoner i Norge (Minde, 2005; Niemi, 2017).

Kunnskapsdepartementet startet i 2017 arbeidet med RHETOS fase 1 (felles utarbeidelse av retningslinjer for helsefaglige utdanninger) der blant annet læringsutbytte på samisk kulturforståelse er innarbeidet.

Dette gir universitetene et arbeidsrom for å trekke inn viktige pasientperspektiver i bachelorprogrammene, og også DSUene. I Troms og særlig Finnmark står samisk språk og kultur sterkt, og derfor var det viktig å trekke fram samisk språk og kultur i sykepleier utdanningen i nord. Noe som også innfrir UiTs strategi om å øke studentens kunnskap om samiske kultur og historie.

6.7 Endringer i pleie- og omsorgskonteksten: utdanning i takt- eller utakt?

Samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenesten, og spesialisthelsetjenesten er av betydning. Utfordringer i helsetjenesten søkes ivaretatt gjennom vektlegging av temaer som tjenestekoordinering, sykdomsforebygging, og bedre ressursutnyttelse i samarbeid med kommunal- og spesialisthelsetjeneste. I praksisstudiene tas det høyde for utfordringer knyttet til overføring av funksjoner innen pasientbehandling fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (UiT Studieplan, 2019:4).

Gjennom tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS), er målet å utdanne dyktige sykepleiere som samarbeider godt med andre helseprofesjoner til beste for pasienten. I kommunehelsetjenesten er det ofte kun en sykepleier på vakt, og samarbeid med andre profesjoner har betydning for både organisering og planlegging av sykepleien.

Etter at Samhandlingsreformen ble innført ser sykepleierne dette behovet klarere, både i forhold til opplæring og ledelse/organisatorisk kompetanse i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne med mer enn fem års erfaring fra yrket, understreket behovet for økt vekt på organisatorisk kompetanse som tema i sykepleierutdanningen. Dette begrunnet de med at det hadde blitt mange nye oppgaver i forhold til koordinering, og de foreslo en betydelig økning av flere sykepleierstillinger i kommunehelsetjenesten etter innføring av Samhandlingsreformen. Etter reformen har pasientene kortere liggetid i sykehus, og returneres til hjemkommunene for oppfølging og videre behandling i sykehjem og hjemmetjenesten. Sykepleierne erfarte at belastningen og behovet for flere pleiere var betydelig.

De så et økt behov for flere sykepleiere i kommunehelsetjenesten, og påpekte at antallet sykepleierstillinger ikke har økt i forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen. Sykepleierne i studie 3 begrunnet dette med at pasientene trenger mer pleie og overflyttes tidligere fra sykehus og til sine hjemkommuner. I 2035 vil Norge mangle 28 000 sykepleiere, dersom ikke utdanningskapasiteten øker ifølge «Rapport 2019/11- Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035», og ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2008) må det vektlegges utdanning av personell tilpasset framtidige kommunale oppgaver, og da kan DSU av sykepleiere være et godt alternativ i rurale Finnmark (Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N.M., 2019).

7 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Hensikten med artiklene var å bidra til økt kunnskap om utfordringer som stabilisering og rekruttering av sykepleiere til distriktene, fremme samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samt urfolksperspektivet, og nye pedagogiske tilnærminger i utdanningen.

Denne studiens hensikt har vært å belyse universitetets samfunnsoppdrag med eksempler fra sykepleierutdanning i Finnmark om å utdanne sykepleiere til helsetjenesten i distriktene. Denne oppsummeringen tyder på at sykepleierutdanningen har bidratt til at vår utdanningsinstitusjon har klart å innfri samfunnsoppdraget med å utdanne og stabilisere helsepersonell i distriktene, samhandle med samfunns- og arbeidsliv, ta i bruk studentaktive læringsformer og teknologi, og kunnskap om samisk perspektiv i utdanningene.

Etter å ha gjennomført denne studien er det flere områder som kan vært interessante å utforske videre:

- Rekruttering av studenter fra Finnmark og nye karakterkrav ved opptak til sykepleierutdanningen.
- Samarbeid mellom utdanning og kommunehelsetjeneste om gjensidig kompetanseoppbygging.
- Pasientsikkerhet og kvalitet i rurale områder, sett i forhold til tidlig overflytting av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjeneste.
- Tverrfaglig samarbeid med sykepleie- og legeutdanningen om desentralisert utdanning

Referanseliste

- Andreassen, R.A. (2005) Erfaringer i utvikling av skolen. Høgskolen i Volda :nr.4/2005
- Berg, B.L. (2001) *Qualitative Research Methods for Social Sciences*. London: Allyn & Bacon
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (2000) *Den samfunnsskapede virkeligheten*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bushy, A. & Leipert, B. (2005). Factors that influence students in choosing rural nursing. *Rural and Remote Health*; 5: article 387.
- Birks, M., Cant, R., Al-Motlaq, M. & Rickards, A. (2011). Increasing the pool of students in rural locations: a satellite model of nursing education. *Australian Journal of Rural Health*; 19: 103-104. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2011.01192.x>
- Blix, S. & Eriksen, L. (2007) Erfaringer med desentralisert bachelorutdanning i sykepleie, i tre kommunale studentgrupper 2001-2004. «Et godt lokalt læringsmiljø?» Hammerfest: Høgskolen i Finnmark; 2007
- Bruhin, G. (1998). *Den tredje oppgiften, högskola och omgivning i samverkan*. Stockholm: SNS Förlag.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1986). *Becoming critical : Education knowledge and action research*. London: Falmer Press
- Clark S, Piercey C. (2012). E-learning provides nursing education in remote areas. *Australian Nursing Journal*; 20(4): 49.
- De Smedt, S.E., Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*; 13(2). Doi: 10.7557/14.4238.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1986) *Mind over Machine*. New York: Free Press
- Du Plessis, V., Beshiri, R. & Bollman, R.D. (2001). Definitions of Rural. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin* 3; (3). Hentet fra: <http://www.statcan.gc.ca/pub/21-006-x/21-006-x2001003-eng.pdf>
- Ehrenreich, B., Hilden, J., Malterud, K. (2007). Patients written life stories: a gateway for understanding. *Scandinavian Journal of primary Health Care*. 2007; 25:33-7
- Eriksen, L, Bongo, B.A., Mehus, G. (2017). Urfolksperspektiv i utdanning. Sykepleierutdanninger i Norge uten urfolkskunnskap? (2017) *Nordisk tidsskrift for sykeplejeforskning*; 7(3), 239-249. Hentet fra: <http://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-06>
- Eriksen, L. & Okstad, L. (2008) Deltids BA i sykepleie. Decentralized part-time bachelor education in nursing. Rapport/FOU arbeid. Hammerfest: Finnmark University College: 2008

- Eriksen, E.O. & Weigård, J. (1999). Kommunikativ handling og deliberativt demokrati. Bergen: Fagbokforlaget
- Eriksen, L. & Huemer, J. (2013). Dialogkonferanse i klasserommet. Oslo: *Norsk Pedagogisk Tidsskrift nr.1*.
- Eriksen, L. & Huemer, J. (2019). The contribution of decentralised nursing education in rural Arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 78/1.
DOI:10.1080/22423982.2019.1691706.
- Forsdal, A., Svendal, A., Syse, A. & Thelle, D. (1989.) Helse og ulikhet. Vi trenger et program for Finnmark. Tromsø: Universitetet I Tromsø; Hentet fra:
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6376/report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fowkes, V.K, Hafferty, F.W., Goldberg, H.I. & Garcia, R.D. (1983). Educational Decentralization and Development of Physicans Assistans. *Journal of Medical Education* Vol. 58
- Fåhraeus, M. & Lundberg, S. (2002). Sjukskøterskeutbildning med IT- og Glesbygdprofil Umeå: Universitetet i Umeå
- Gaski, M., Abelsen, B. & Lie, I. (2016). Sykepleiere utdannet i Nord-Norge. Hvor blir de av? Rapport. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø- Norges arktiske universitet.
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88–94.
- Giddens, A. (1993). *Sociology*. 2.utg. Cambridge: Polity Press.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget
- Goldberg, H, Hafferty, F. & Fowkes, V.K. (1984). The effect of Decentralized Education Versus Increased Supply on Practice Location. Experience with physician Assistants and nurse practitioners in California. *Medical Care*. Vol 22.No 8
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*; 24:105–12.
- Grepperud, G. (2004). Fleksibel utdanning på universitets- og høyskolenivå. Forventninger, praksis og utfordringer. Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- Grepperud, G., Rønning, W.M. & Støkken, A. M. (2004). Liv og læring - voksnes vilkår for fleksibel læring. En forstudie. Trondheim, Vox.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N.M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Rapport 2019/11: Statistisk sentralbyrå
- Home, A. M. (1998). Predicting role conflict, overload and contagion in adult women university students with families and jobs. *Adult education quarterly* 48(2), s. 85-97.

- Grimen, H. (2008). Profesjoner og kunnskap. I Molander, A & Terum, L.I. (Red) Profesjonsstudier (71-86) Oslo: Kunnskapsforlaget
- Grøgaard, J.B. & Aamodt, P.O. (2006). Veksten i høyere utdanning: noen drivkrefter og konsekvenser. I Grøgaard, J.B og Støren, L.A (red) Kunnskapssamfunnet tar form: Utdanningseksplasjon og arbeidsmarkedets struktur. Oslo: Cappelen
- Grønmo, S. (2004) Vitenskapelige metoder. Fagbokforlaget Bergen
- Gustavsen, B. & Sørensen, B.Aa. (1982) Aksjonsforskning. I Holter, H & Kalleberg, R (Red.) Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget.
- Habermas, J. (1969). Erkjennelse og interesse. I Habermas, J. Vitenskap som ideologi Oslo: Gyldendal forlag.
- Harmon, L.M. (2014). Rural model dedicated education unit: partnership between college and hospital. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2013; 44(2): 89-96. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20121217-62>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid Meld. St. 47.(2008-2009). Hentet fra : <http://www.Regjeringen.no/nb/dep/hod/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20>
- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV -2008-06-20-44. Hentet fra <https://lovdata.nodokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Huemer, J. & Eriksen, L. (2017) ”Teknologi i Samhandlingsreformen. utfordringer med implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten”. *Nordisk tidsskrift for sygeplejeforskning*, 1, 48 – 62. DOI: 10.1826/issn.1892/2686/01/05.
- Huitfeldt, L., Kirkebøen, J., Strømsvåg, S., Eielsen, G. & Rønning, M. (2018) Fullføring av videregående opplæring og effekter av tiltak mot frafall: Sluttrapport fra effektevalueringen av Overgangsprosjektet i Ny GIV, Rapport 2018/08. Statistisk sentralbyrå.
- Immonen, I (1999) Sykepleie i Finnmark. Krig, evakuering og gjenreising. Avdeling for helsefag. HiF 1999:10.
- Imsen, G. (2005). Elevers verden: innføring i pedagogisk psykologi. Oslo: Universitetsforlaget
- Kitzinger J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *Br Med J* 1995;311;299-302
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (1991). ILO konvensjonen nr. 169 Oslo. Hentet fra: <https://www.regjeringen.ilono.no/dokumenter/oversikt-over-ilo-konvensjoner-som-norge/id106707/>

- Kunnskapsdepartementet (2005) Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven)
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>
- Kunnskapsdepartementet (2007). Statusrapport om kvalitet i høyere utdanning. (Meld.St. 7.(2007-2008)).Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-7-2007-2008-/id492556/>
- Kunnskapsdepartementet (2016). Kultur for kvalitet I høyere utdanning. (Meld. St. 16. (2016-2017)).
- Kunnskapsdepartementet. (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353?q=forskrift%20om%20helse%20og%20sosial>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) Det kvalitative forskningsintervju (2.utg) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2014) Hvordan lese kvalitativ forskning? Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Maben, J., Latter, S., & Clark, J. (2006). The theory-practice gap: Impact of professional-bureaucratic work conflict on newly qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477.
- Malterud, K (2012) Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget
- Malterud, K (2018) Systematikk og innlevelser: en innføring i kvalitativ metode. 5.utg. Oslo: Fagbokforlaget
- McPherson, J. (2020). A mixed methods study of the relationship between dialogic inquiry and engagement in active learning Shakespeare education". Masters Theses and Doctoral Dissertations. Hentet fra: <https://scholar.utc.edu/theses/638>
- Mehmetoglu, M. (2004) Kvalitativ metode for merkantile fag. Fagbokforlaget
- Michelsen, S. & Aamodt, P.O. (2007). Evaluering av kvalitetsreformen. Sluttrapport. Norges Forskningsråd.
- Minde, H. (2005). Fornorskning av samene- hvorfor, hvordan og hvilke følger. Hentet fra: <http://skuvla.info/skolehist/minde-nhtm>
- Molander, A. & Terum, L.I. (2008). Profesjonsstudier. Universitetsforlaget: Oslo
- Molinari D. L., & Monserud M. (2009). Rural nurse cultural self-efficacy and job satisfaction. *Journal of Transcultural Nursing*, 20, 211–218. DOI:10.1177/1043659608330350
- Nilsen, G & Immonen, I. (2013) Nettstøttet samhandlingslæring- hjelp eller hindring i helsefagene. *Uniped*; 36/3, 77-89
- Niemi, E. (2017). Fornorskningsspolitikk ovenfor samene og kvenene. I N. Brandal, C.A. Døving & I.T. Plesner (red.) Nasjonale minoriteter og urfolk i norsk politikk fra 1900 til 2016. Oslo: Cappelen Damm Forlag

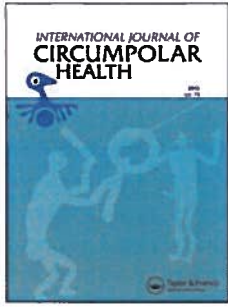
- Nilsen, G., Huemer, J., & Eriksen, L. (2012). Bachelor studies for nurses organised in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region? *International Journal of Circumpolar Health*, 71:17902.
- Norgesuniversitetet (2015). Digital tilstand 2014. Norgesuniversitetets skriftserie nr. 1/2015. Tromsø: Norgesuniversitetet
- Norbye, B. & Skaalevik, M. (2013) Decentralized nursing education in Northern Norway: Towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*, 2013,72
- Olsen, T.Å. (2003). Evaluering av desentralisert sykepleieutdanning. Høgskolen i Bergen. Rapport. 5/2003. Skriftserie.
- Parson, T. (1970). Equality and Inequality in Modern Society, or Social Stratification Revisited. *Sociological Inquiry*, 40
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3.utg. London: Sage
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur- innenfra, utenfra eller begge deler? I:
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge*. London: Routledge and Keagan Paul
- Polanyi, M. (1983.) *The Tacit Dimension*. Gloucester: Peter Smith
- Princeton, J.C. & McGrath, B. J. (1989) Decentralized Nursing Education. Does it work? *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 20;2. Social Science Premium Collection nr. 54
- Punch, K.E. (1998). *Introduction to Social Research: Qualitative & Quantative Approaches*. London: Sage
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences*. I J.B. Thompson (Red), Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Rognstad, G. (2009). Desentralisert høyskoleutdanning en ressurs for regionene. I Oppland fylkeprosjektrapport om desentralisert sykepleieutdanning i Oppland. Gjøvik.
- Rolstad, Ø. (1989). Fra vondt til verre – en helsetjeneste i revers? I Forsdahl A, Svendal A, Syse A, et al., (red.). *Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark*. Tromsø: Universitetet i Tromsø. Hentet fra: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6376/report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ryle, G. (1963). *The concept of mind*. Harmondsworth: Penguin
- Säljö, R. (2001). *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk
- Skavern, H., Høye, S. & Ødbehr, L.S. (2020). Hvordan lærer sykepleierstudenter med lave opptakskarakterer anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB?). *Uniped* 43: nr. 1-2020, 45–57
- Skjervheim, H. (1992) «Eit grunnlagsproblem i pedagogisk filosofi» Oslo:AD Notam Gyldendal

- Slagstad, R. (2008) Profesjoner og kunnskapsregimer. I Molander, A. & Terum, L.I. (2008) Profesjonsstudier. Universitetsforlaget: Oslo
- Smedby, J.C. (2008) Profesjon og utdanning. I Molander, A. & Terum, L.I. (2008). Profesjonsstudier. Universitetsforlaget: Oslo
- Sneltvedt, T. & Sørli, V. (2011) Valuing Professional Pride and Compensating for Lack of Experience: Challenges for Leaders and Colleagues Based on Recently Graduated Nurses Narratives. *Home Health Care Management & Practice*; 24/1, 13-20. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177%2F1084822311412592>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenester. (LOV-1999-07-02-61) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå (2018) Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- Stjernstrøm, E. (2004). Postlæring- det er aldri for sent. Kompetanseutvikling i Posten med deltakende aksjonslæring som strategi. I Tiller, T. (red) Aksjonsforskning i skole og utdanning. Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Stronach, I. et.al. (2002). Towards an Uncertain Politics of Professionalism: Teacher and Nurse Identities in Flux. *Journal of Education Policy* 27/ 2, 109–138.
- Sørli, K., Aure, M. & Langset, B. (2012). "Hvorfor flytte? Hvorfor bli boende? Bo- og flyttemotiver de første årene på 2000-tallet. Oslo: Norsk institutt for by- og Regionsforskning.
- Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelser, en innføring i kvalitativ metode. 5.utg Oslo: Fagbokforlaget
- Tiller T. (1999). Aksjonsforskning, forskende partnerskap i skolen. Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Tiller T. (2004). Aksjonsforskning i skole og utdanning. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- UiT Norges arktiske universitet. (2013). Drivkraft i nord: Strategi for UiT mot 2022. Hentet fra: https://uit.no/om/art?p_document_id=355830&dim=179033
- UiT Norges arktiske universitet. (2015). Bachelor i sykepleie, Fagplan. Sist endret 29.06 2015.
- Warren C.A.B. (2001). Qualitative interviewing. I Jaber f. Gubrium, James A Hostein (Red.) *Handbook of Interview Research, Context & Method.* Sage.
- Winters C.A. (2013.) *Rural nursing: Concepts. theory, and practice.* (red.) 4.utg. New York: Springer
- Wittgenstein, L. (1969). *Über gewissheit.* Oxford: Blackwell
- World Health Organization. (2010). *A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery.* Geneva: WHO; 2010. Hentet fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70371/WHO_HRH_HP_N_10.4_eng.pdf;jsessionid=530460F615C002CACEE3537F10937747?sequence=1

World Medical Association. (1964). WMA Declaration Of Helsinki - Ethical Principles For medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zimmer, L., Banner, D., Aldiabat, K., Keeler, G., Klepetar, A., Ouellette, H., Wilson, E. & MacLeod, M. (2014). Nursing education for rural and northern practice in Canada. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4/8. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n8p162>

Aase, A. (1992). Levekårene i Finnmark. En sosialstatistisk analyse. Tromsø: Universitetet i Tromsø



Bachelor studies for nurses organised in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region?

Gudrun Nilsen, Jeanette Huemer & Liss Eriksen

To cite this article: Gudrun Nilsen, Jeanette Huemer & Liss Eriksen (2012) Bachelor studies for nurses organised in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region?, International Journal of Circumpolar Health, 71:1, 17902, DOI: [10.3402/ijch.v71i0.17902](https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.17902)

To link to this article: <https://doi.org/10.3402/ijch.v71i0.17902>

 © 2012 Gudrun Nilsen et al.

 Published online: 30 Mar 2012.

 Submit your article to this journal [↗](#)

 Article views: 227

 View related articles [↗](#)

 Citing articles: 4 View citing articles [↗](#)

Bachelor studies for nurses organised in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region?

Gudrun Nilsen^{1,2*}, Jeanette Huemer¹ and Liss Eriksen¹

¹Faculty of Nursing, Finnmark University College, Hammerfest, Norway; ²Helse Finnmark Health Trust, Hammerfest, Norway

Objectives: This article is based on a pilot study of Finnmark University College's off-campus bachelor programme (BA) for nurses, organised in rural areas. The objectives were to explore whether these courses had contributed to reduced vacancies; whether the learning outcome of the off-campus courses was the same as the on-campus programme, and how the education had influenced the nurses' professional practice in local health services.

Study design: In the study we used mixed strategies in data collection and analyses.

Methods: Data about course completion, average age, average grades and retention effect were collected in 2009/2010 from 3 off-campus classes and their contemporary on-campus classes. Then 7 of the off-campus nurses were interviewed. A content analytical approach to the data was employed.

Results: With retention of 93%, the off-campus BA course for nurses has been one of the most effective measures, particularly in rural areas. The employers' support for further education after graduating seems to be an important factor for the high retention rate. Teaching methods such as learning activities in small local groups influenced the nurses' professional development. Local training grants, supervision and a local learning environment were important for where they chose their first job after graduation.

Conclusions: The study confirms that nurses educated through off-campus courses remain in the county over time after graduating. The "home-grown" nurses are familiar with the local culture and specific needs of the population in this remote area. The study confirms findings in other studies, that further education is an important factor for nurses' retention.

Keywords: *off-campus bachelor for nurses; flexible learning; rural areas; retention; further competence-developing.*

Received: 20 May 2011; Revised: 9 November 2011; Accepted: 2 December 2011; Published: 30 March 2012

This article describes a pilot study of Finnmark University College's bachelor programme (BA) for nurses, organised off-campus in rural areas. Finnmark is the northernmost county in Norway, and there has been a shortage of nurses for many years, particularly in the county's smaller communities in rural areas. Offering education near the students' place of residence was one of many measures that were meant to contribute to reducing the nursing shortage. Despite Finnmark University College, among several institutions in Norway, having offered an off-campus BA in nursing since 1991, there is a lack of research showing where nurses choose to work after completing off-campus studies, and whether they really fill local positions in rural areas over time, in accordance with the programme's

intentions. In this pilot study we have focused on nurses from 3 off-campus classes in rural areas, 4–7 years after they completed the study programme.

Comprehensive primary health care services in Norway require highly qualified nursing staff in addition to the nurses needed in the hospitals. In the middle of the 1980s it became very obvious that there was a great shortage of nurses, particularly in the rural areas of Finnmark County. At this point it became apparent that the challenges were both high turnover and long-term vacancies (1–3). At the same time more than 50% of the newly graduated nurses from Finnmark University College left the county for their first jobs (4). The situation became even more serious as several studies showed that Finnmark County had a higher rate of

sickliness and lower average-life expectancy than the rest of the country (5,6). Therefore, the idea of a nursing education programme organised off-campus with flexible learning methods and team-based learning groups located in rural contexts, developed. This idea, however, met strong opposition, both from the health services in general and the Norwegian Nurses Association, mostly due to the potential risk of “second class” nurses. Nevertheless, Finnmark University College was given the order from the Government to develop a model for off-campus studies for nurses.

Finnmark County covers an area the size of Denmark and is home to about 75000 inhabitants, located in 19 small municipalities (972–19071 inhabitants) (7). The county has 2 local hospitals, one in the east and one in the western part (540 km between them), where the university college is located. Due to long distances, scattered population and a harsh climate, most local authorities have their own health centres. These require qualified health care personnel, especially nurses. The idea was that Finnmark University College’s off-campus BA courses should be temporary and located in the area with the greatest shortage of nurses. This made the rural communities in the eastern part, where the lack of nurses was greatest, the natural choice for the off-campus BA courses. Kirkenes, the town nearby the Russian border, was chosen as the natural meeting point for the students enrolled in the off-campus courses.

The regular BAs for nurses in Norway consist of a 3-year, full-time course at a university college, including clinical rotations in hospitals and community health care. Both the off-campus model and the regular on-campus course were organised as simultaneous full-time studies. For the pilot study we selected nurses from the last 3 classes who had completed the full time BA before the pilot study started, because necessary information was available. The full time model gave us the opportunity to compare the 2 student groups in relation to percentage of students completing the BA courses and their grades in final exams.

In the 3-year bachelor curricula for nurses, 50% of the programme is theoretical studies and 50% practical studies in community health care and hospitals. The off-campus and on-campus courses shared the same curriculum, learning requirements and exams. However, the off-campus course curriculum was organised with more flexible learning methods, where the students had to work independently and in teams. They were placed in permanent team-based learning groups located near their home context (8,9). Lessons in classroom situations were reduced by 30%, and this learning work was instead organised in the local groups and as individual work. A teacher or a local nurse tutored the learning groups. Specific work requirements were set out based on the learning goals of the curriculum, where each group had

to present joint written and/or oral assignments during the learning sessions in the classroom or to the teachers during the course. This was meant to promote their ability to present and impart knowledge, and to create a deeper understanding of central topics through dialogue and discussion. It was also meant to stimulate the students to take on responsibilities and make active contributions to their own learning outcome. Systematic work plans for the groups were drawn up in the form of specific weekly plans, sometimes for the whole semester (10–12).

During the 3-year BA, the university college’s electronic learning management systems (LMS) was utilised for the off-campus students, and different electronic tools were tested as they were developed (8). The “electronic classroom”, Classfrontier, was utilised, mostly for communication between teachers and students and between students, to present educational material and for students to hand in work requirements. In addition, the video conference system was used, mostly for lessons from teachers on campus in Hammerfest, and sometimes also as joint video conference lessons for the on-campus and off-campus students. The clinical rotations for the practical studies were kept geographically as close to the students’ homes as possible, preferably involving primary care in the home community and in the nearest hospital.

The curriculum for the simultaneous on-campus courses was organised per usual practice with daily lessons in classroom situations. The students were encouraged to establish discussion groups, but they were not organised in permanent learning groups. This approach assumed mainly independent and individual learning work outside the classroom situations.

The primary objective for the pilot study was to find out whether off-campus courses in nursing had contributed to a reduction of vacancies and turnover among nurses in rural areas. A second objective was to find out whether the learning outcome of the off-campus courses was the same as of the on-campus programme. Moreover, we wanted a deeper insight into the nurses’ views on the off-campus BA programme, and the influence the education had had on their further professional practice. This in light of the pilot study’s research question: Has the decentralised off-campus BA programme for nurses had any significance for the smaller rural communities in Finnmark County with regards to recruitment, stabilising and the quality of the health care services?

Material and methods

Methods for the study were based on the study’s objectives. The data-collection was done during autumn 2009 and spring 2010. 3 off-campus classes (40 students), and their contemporary on-campus classes (119 students), graduated in 2002, 2004 and 2005, were selected.

The parameters assessed both for off-campus and on-campus students, were the number of students admitted to the BA, the number of students that completed their studies, average grades in the final bachelor exam and average age when starting the course. These data were collected from the archives of Finnmark University College. External data collection was then conducted to find out where the graduate students were resident and working. Various open databases were consulted on the Internet, in telephone registers, tax lists, etc. Five of the 159 graduate nurses from the 3 years' classes were impossible to trace Table I.

Due to the wish for deeper insight into the nurses' views on the off-campus bachelor course programme and the importance the education had had on their further professional practice in the health care services, we sent an enquiry to the 40 nurses and asked them to participate in interviews. The first 7 who responded were interviewed (2 men, 5 women). They had all been employed in rural areas of Finnmark County for 4–7 years. A topic guide based on the objectives for the study was developed and used (13–15). Each of the interviews lasted about 1 hr, was recorded on tape and transcribed verbatim. The interview texts were analysed on the basis of a content analytical method (16–18).

The 3 project leaders carried out first and second readings of the interviews individually, marked the significant units of the texts and proposed their individual suggestions to condensing these into topics and subtopics (19,20). These were then discussed in the project team as a whole, where the final development and condensation into main topics were completed. Ethical assessments have been made during the whole project period, particularly with regards to anonymising interview data and de-identifying lists with data about grades, age, gender etc. For the project we received administrative support from the university college for retrieving and de-identifying lists from the university college's archive, and also for sending out enquiries to former students about participating in interviews. Informed consent, where the purpose and objectives were presented, has been obtained (21). Information that the informants may withdraw from the study at any time has also been dispatched. The study is rooted in the institution's management, and is reported to Norwegian Social Science Data Services.

Table 1. Amount of students on campus and off campus graduated in 2002, 2004, 2005

	2002	2004	2005
Off campus	13	11	16
On campus	39	47	33
Total	52	58	49

Results

The results from the 3 off-campus classes were assessed in relation to their contemporary on-campus classes and are presented in the Table II. In addition to the parameters of course completion, average age and average grades, the table also shows the retention effect for health care services (community health care and hospitals) in Finnmark County.

Table II shows a slightly lower completion rate for the off-campus students. However, as the student population is so small, random reasons for leaving the course may have large effects on the completion rate. There was little difference in the average age between the 2 student groups, but the mean implies that there were more young students in the on-campus classes than in the off-campus classes. The average grades from the final bachelor exams are also approximately the same in the 2 student groups. However, regarding the number of students who stay in the county after graduating, the study shows that the off-campus classes have resulted in a considerably higher retention rate. While 92.5% of the nurses educated in the off-campus courses have lived and worked in the county for 4–7 years, 30% of those from the on-campus classes have left the county for work in other parts of the country. In both student groups, 2/3 works in the county's community health care services, while 1/3 work in hospitals. Meanwhile, the majority of the nurses from off-campus courses worked in rural communities or at Kirkenes Hospital, where the shortage of nurses was extensive.

As the role of the off-campus student was somewhat different, 7 nurses from 3 off-campus courses were interviewed to gain deeper insight into the nurses' views on the course programme and the education's importance on their further professional practice in the health care services. Their viewpoints, using fictional names, are presented in the following.

A binding and different student role

All the informants pointed out that the off-campus BA course was *their* opportunity to get higher education. They had been motivated to develop their competence in health care, but were settled with children and family responsibilities. They had considered it impossible, both practically and financially, to participate in a BA at one of the established university colleges in the region. The fact that the off-campus courses were localised close to their homes opened up a new opportunity. In addition, the practical parts of the studies were organised in their local community health care services and at the nearest local hospital (Kirkenes). Åse said: "To me it was a unique opportunity to combine work, the kids and getting an education at the same time". It was also important that the students' local network of relatives

Table II. Study completion, average age, average grades, retention effect, for classes graduated in 2002, 2004, 2005

Study model	No. admitted	No. graduated (% completion)	Average age	Average grade (Bachelor) ^a	No. (%) still working in Finnmark County
Campus course	146	119 (81.5%)	32.1 years, (19–54 years), (mean 29)	2.6	83 (70%) 3 unknown
Off-campus course	52	40 (76.9%)	32.9 years, (19–50 years), (mean 33)	2.7	37 (92.5%)

^aToday the A–F scale of marks is used, where A is the best grade, and F is a fail. The grades 2.6/2.7 correspond to the grade C.

and friends gave them support and a sense of security both during their education and afterwards, as newly trained nurses.

The informants referred to the period as students in the off-campus courses in positive terms, even though they had also experienced some challenges during parts of the programme. For example, some of the joint lessons with the on-campus students were given over the video conference system. This was during a phase where the university college was developing and testing out video-conferencing, and both students and teachers experienced challenges of technical, practical and professional/pedagogical nature. These lessons could be demanding as Tove expressed it:

The video conference lessons – there were many crashes and some waste of time. But in its own crooked way it worked – that's what I think in retrospect. We learned what we needed to.

They had also periodically experienced the professional and personal learning processes as both exacting and challenging. In this case they talked about the importance of the local team based groups and how the learning work was organised here. The teamwork was very helpful and contributed to keeping them going with the education. The learning work in local groups supported their learning; they experienced obligations and responsibilities towards their fellow students in the group and they goaded each other on in their studies. Arne comments:

If you weren't present one day, you almost needed a note from home. So there was no slacking. We made high demands on each other professionally. I think I had one day of absence during the three years. You become very visible as a student, what you stand for and how you work with your studies.

The work methods, such as sharing knowledge through presentations, discussions and handing in work assignments, the informants pointed out as very important for their learning and competence development. They got to know each other's professional points of view, and the teamwork made them responsible and committed to each other regarding effort and attendance. This structure also leads to regular feedback from the teachers.

Some claimed that the learning groups were a prime factor in their positive recollection of their study period.

The informants seemed to be satisfied with the use of LMS, Classfrontier, as pedagogical tool. The full-time model suited them well, because they could focus better on their studies. Some of the informants stressed the importance of off-campus and on-campus students having the same curriculum, the same exams and some joint lessons. This, they maintained, contributed to strengthening their student identity and reassured them of the quality of the off-campus course.

Knowledge and competence developed through the BA programme

All the informants reflected on their knowledge and competence related to the challenges they met as newly trained nurses after fulfilling the BA programme. They entered the health services in the small local environment of their home communities, and many of them experienced sudden responsibility for the residents' lives and health, often being the only nurse on duty. What they really needed of professional knowledge and expertise to handle situations they were responsible for, became clear to them. This also made some of them worry about whether they had managed to gain relevant knowledge during their education. Some wondered whether patients and colleagues thought they were qualified enough to meet the professional challenges of the work. Erna expressed it like this: "I was a newly graduated nurse, and I thought perhaps my colleagues were not sure that I could do the job. This made me insecure for a long time". The work was often demanding and there was little time for professional development.

The informants expressed how important their fellow students from the learning group at the BA course became for them in challenging situations, particularly during their first years as newly trained nurses. Anna described it like this:

In the home-based care we were alone a great deal. I used the local learning group from the BA course. After graduating we started to work in different workplaces around the county, but since we knew each other so well, it was easy and reassuring to contact each other. Everybody was new in the game,

but we used each other's skills and experiences. Some were good at one thing, and some at another, and there was always someone who could say: 'try that way' or 'we have done it like this over here'.

As Dag says:

It is natural for us to confer with each other, because of the way we worked together in the local learning groups. We know each other's skills very well. We are often in situations where we need a second opinion, and it's reassuring to have someone to ask and confer with. It has contributed to us constantly working to gain new knowledge. We have immersed ourselves professionally together, taken postgraduate studies and so on.

All the informants except one had acquired more formal competence through different postgraduate studies within the field of health care. They stressed the necessity of further professional development in order to maintain the standard of work and contribute with professional expertise in the local community.

The local employer's active support and interest

Several of the informants were conscious of the importance their employer's interest in their studies had. For some of the informants, the local authority had been active in organising a practical learning environment and providing a local supervisor. They considered this very important in ensuring both progression and the quality during the course. Others had received a small training grant from their local authority with a lock-in period after completing their education. They appreciated this, mostly because it was a sign that they were wanted back as graduated nurses. As Åse says:

I was granted leave of absence immediately when the local authority started supporting the students. We got a training grant, classroom, video conference studio, so they accommodated everything for us. They obviously wanted us back as nurses.

The informants maintained that the fact that they were wanted, and received interesting job offers had been crucial for many of them staying in the home community after completing their education. Being qualified nurses had opened up opportunities for jobs outside the county, so moving had become a viable alternative for more of them. The informants also maintained that there were still challenges regarding turnover and local nursing vacancies. They pointed out that an off-campus BA programme is the measure best suited to improve the situation. They all also actively worked on recruitment by talking to acquaintances in the local community and colleagues in health care, in order to motivate them to apply for the off-campus BA course in nursing. They spent time and energy on this, and used themselves

as examples of the possibility of achieving such a goal. As Åse said:

There is one health care worker who is taking the off-campus BA now. She was very competent and had been working for many years. We pushed her; we wanted her to become a nurse. We are now pushing several others. I have said to them that if I could do it with all my kids at home, you can do it as well. Some people want to wait for their kids to grow up, but I say they just have to do it now. There's no need to wait. It won't get any better when they get bigger, there'll just be new excuses. You can do anything if you really want to.

One informant said that it demanded a great deal of work to motivate colleagues to start studying, despite it being organised locally, and claimed that the local authorities should be more active.

Discussion

Stabilisation of nursing staff

The findings show that the off-campus BA for nurses in Finnmark County has had positive impact on the nursing services in rural areas. This educational initiative has been one of the most effective measures in securing a foundation of qualified nurses who contribute the stabilisation of nursing staff. International studies show that education is the foundation for producing competent health care workers (22,23). However, to secure this competence in rural areas, it is of great importance to choose the "right" students, that is, those who are "home-grown" and therefore more likely to practise in remote and rural areas (24–26). Moreover, it is important to train them in locations and use methods and curricula that are more likely to influence their future practice location (27). Finnmark University College's way of offering an off-campus course seems to have taken this into account. To educate the county's own inhabitants as close to their homes as possible, together with the choice of learning methods, seems to have been very successful in this connection.

A permanent, stable core of locally affiliated nurses has also proven to be important for the general increase in the level of expertise in key professional positions (28–30). Finnmark County's health care service is characterised by great distances, harsh climatic conditions, scattered settlements and small specialist environments. The nurses are often alone on duty and need to deal with a variety of challenges on the spot, with conditions that at times may be quite unpredictable (closed roads, power outages, lack of phone signal, closed airports). Nurses with background from these communities and nurses who stay over time, build up a local expertise that is crucial for developing suitable services for patients. They know the cultural codes and can

therefore quickly develop their professional competence in relation to the local cultural context. This appears to be a particularly important factor in the effort to offer health care services at an acceptable level in rural areas (23,28,30).

Some studies show that the location of the first job for newly trained nurses is of great significance for where they continue their professional careers (24,31). This pilot study shows that even though the students from the off-campus group were established in the home community, it was not self-evident that they stayed there after graduating. The education had contributed to work offers outside the home municipality that they had considered. The informants claim that it was obviously important for them to feel wanted. It influenced their first job choice considerably when the local authorities demonstrated a clear and direct interest, recognised the value of their acquiring competence needed locally, and actively offered jobs. Even for the students who received local grants, this was not a decisive factor for their plans. It was more important that the amount signalled that they were wanted as future employees. This confirms similar findings from other studies (25,26,31). For the employers it did not amount to a lot of money: €6–7,000 per student in total over 3 years, but the scholarship had a powerful effect beyond the purely financial. The investments may also have been easily recovered by reduced advertising expenses and time consumption for recruitment. It is therefore important that the local employers are conscious of this and active in supporting nurses within the municipality.

However, off-campus BA courses do incur greater costs than on-campus courses. Blix and Eriksen (32) estimate an average additional expense of 4,5000 NOK (€4,000) per student per year. The course can still be financially worthwhile, particularly in rural areas.

Cooperative skills and professional development

For the off-campus programme a pedagogical model which was characterised by cooperation and knowledge sharing in learning groups was utilised. The students got experience of discussing professional challenges, practice in considering different points of view and promoting solutions based on a broader professional perspective (11,12). This was therefore a method that the informants claimed to be central in the learning work. They experienced the teamwork with their fellow students as stimulating and something which contributed extensively to their professional development. The method also developed their cooperative competence and strengthened their feeling of group belonging. This was competence which they valued in their nursing practice after graduating, and which is also in demand in today's health care services (33).

The off-campus courses' increasing use of the electronic platform, and the development of different electronic pedagogical tools, simplified the synchron time and asynchron time communication between students and between students and teachers. This contributed to reducing geographical challenges and eased the accommodation for different learning activities between the on-campus meetings. Today's development of the platform's electronic tools has caused a larger part of the BA courses to be offered through online support. This is a development that contributes to more of the learning work being accommodated electronically, often without the students meeting physically. During this development it is important to make note of the importance the informants gave to the personal and obligational relations towards fellow students and teachers. Today one of the challenges we face is that many students do not complete the Internet supported off-campus studies (34). In our study, obligational relations towards fellow students was of great importance when it came to keeping the students going, particularly during difficult study periods, and is a factor which should be in focus when Internet supported educations are being planned.

The informants were also interested in developing their professional knowledge according to the challenges they faced every day, and most of the informants had completed relevant postgraduate studies following their BA. Several studies show that it is of great importance for retention of newly educated health care workers in rural areas that they are offered support to continue learning throughout their careers, particularly in isolated areas where access to knowledge and information is not easy (27,31,35). The informants' focus on further professional development confirms the importance of this. In addition they developed their experience-based action-knowledge by consulting previous fellow students when facing professional challenges. These became important for their professional development and for mastering or becoming more secure when facing nursing challenges. This again was a factor in gaining patients' and relatives' trust in their professional competence so that they felt both recognised and valued as nurses.

The possibility and support for continued learning may therefore, for these nurses, have led to job stability in their home communities, and is in line with findings from studies of other rural areas (27,29,31,35). This should get attention from both health care authorities and politicians in small rural municipalities, so that postgraduate studies for nurses are being incorporated into the municipal competence plans and thereby also into the financial and working plans of the health care services.

Recruitment of students to off-campus courses

The informants pointed out that there was still a shortage of nurses in the local health care services; they therefore

actively worked to recruit local people to the off-campus nursing course. They contacted specific persons in their local environments and advertised for the off-campus nursing programme in a positive manner. By using themselves as examples, they tried to convince others of the possibility of completing a nursing course even with young children and other family obligations. However, the nurses seemed to be quite alone in recruiting at their own personal initiative. There was no cooperation with employers, the local authorities or with the university college that offers the course. Today, many of the Norwegian university colleges are struggling to recruit qualified students for their nursing courses. There is still a great shortage of nurses, particularly in remote areas of Norway (33). Closer cooperation between university colleges, the trained nurses and local employers should lead to far more students being recruited to the BA in nursing, and not least to ensure that more students take their first jobs within the county.

Conclusion

Bachelor studies for nurses organised in rural contexts seem to have a central impact for the quality of the health care services in Finnmark County. The study confirms our initial assumption that nurses educated through off-campus courses remain in the county over time after graduating. However, the impact of the off-campus study model cannot be judged merely by the numbers retained, but also by their features: The “home-grown” nurses are familiar with the local culture and the specific needs of the population in this remote area, which proves to be of great importance to the quality of the health care services for the patients in rural areas.

There is now development towards offering more Internet-based BA courses for nurses. In this case it is important to take note of the importance relational obligations between students and feedback from teachers may have, both for the quality and completion rate. Teamwork in the local learning groups contributed to the development of the nurses’ cooperative competence, which is particularly valued in today’s health care services.

There are still challenges with nursing shortages in rural areas. The initiative and interest shown by the employers has proven to be an important factor for the nurses’ retention in their home communities.

Support for further competence development after graduating appeared in this study as important for retention. This should lead to practical implications such as development of specific competence plans securing possibilities of postgraduate studies for personnel in the rural health care services.

Conflict of interest and funding

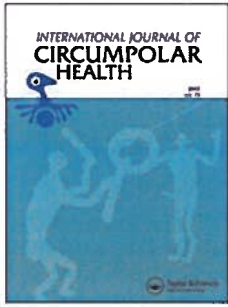
The authors have not received any funding or benefits from industry or elsewhere to conduct this study.

References

1. Sosialdepartementet. Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan (Official Norwegian Report Health policies towards the year 2000. National Healthplan). No 41, 1987/88. Oslo: Sosialdepartementet, Ministry of Health and Care Services; 1988. 256 p. [in Norwegian]
2. Rolstad Ø. Fra vondt til verre – en helsetjeneste i revers? [From bad to worse – a health care service in reverse?]. In: Forsdahl A, Svendal A, Syse A, Thelle D, editors. Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark [Health and Difference. We need an action programme for Finnmark County]. Tromsø: University of Tromsø; 1989. p. 87–95. [in Norwegian]
3. Fugelli P. Utkantshelsetjeneste – problem og potensialer [Rural health care services – problems and potentials]. In: Forsdahl A, Svendal A, Syse A, Thelle D, editors. Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark [Health and Difference. We need an action programme for Finnmark County]. Tromsø: University of Tromsø; 1989. p. 95–101. [in Norwegian]
4. Finnmark University College. Yearly report. Hammerfest: Finnmark Nursing College; 1987. 10 p.
5. Aase A. Levekårene i Finnmark. En sosialstatistisk analyse [Living conditions in Finnmark. A social-statistical analysis]. Tromsø: University of Tromsø; 1982. 109 p. [in Norwegian]
6. Forsdahl A, Svendal A, Syse A, Thelle D, editors. Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark [Health and Difference. We need an action programme for Finnmark County]. Tromsø: University of Tromsø; 1989. 160 p. [in Norwegian]
7. Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway; *Folketall 2002 og 2007, og befolkningsendringer 2002–2007. For hele landet. Fylker og kommuner* [cited 2010 June 10]. Available from: <http://www.ssb.no/emner/00/01/20/valgaktuelt/tab-2007-08-30-01.html>
8. Salmon G. “E-Activities. The key to active online learning”. London: Kagan Page; 2002. 223 p.
9. Salmon G. E-Moderating. The key to teaching and learning online. London: Kagan Page; 2004. 273 p.
10. Skogen K, Sjøvoll J. Creativity and innovation; Preconditions for entrepreneurial education. Trondheim: Tapir Academic Press; 2010. 221 p.
11. Kagan S, Stenlev J. Undervisning med samarbeidsstrukturer [Teaching with cooperative structures]. London: Kagan Publishing; 2009. 191 p.
12. Johnson DW, Johnson RT, Holubec EJ. The new circles of learning. Cooperation in the classroom and school. Virginia: ASCD; 1994. 115 p.
13. Kvale S. Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview [An introduction to qualitative research interviews]. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag; 2000. 318 p. [in Danish]
14. Gubrium JF, Holstein JA, editors. Handbook of interview research. Context & method. London: Sage Publications; 2001. 149 p.
15. Fog J. Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview [With basis in conversation. The qualitative research interview]. Copenhagen: Akademisk forlag; 1994. 241 p. [in Danish]
16. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. London: Sage Publications; 2002. 127 p.
17. Hermansen M, Rendtorff JD, editors. En hermeneutisk brobygger. Tekster av Paul Ricoeur [A hermeneutic bridge-builder. Texts by Paul Ricoeur]. Århus: Gyldendals Bogklubber; 2002. 199 p. [in Danish]

18. Gulddal J, Møller M, editors. . Hermeneutik. En antologi om forståelse [Hermeneutics. An anthology about understanding]. Copenhagen; Gyldendal; 1999. 293 p. [in Danish]
19. Ricoeur P. Hva er en tekst? – forklare og forstå [What is a text? Explaining and understanding]. In: Gulddal J, Møller M, editors. Hermeneutics. An anthology about understanding. Copenhagen; Gyldendal; 1999. p. 238–263 [in Danish]
20. Lindseth A, Nordberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*. 2004;18:145–53.
21. Ruyter KW. Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn [Research ethics. Protecting individuals and communities]. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2003. 349 p. [in Norwegian]
22. Martineau T, Lehmann U, Matwa P, Kathyola J, Storey K. Factors affecting retention of different groups of rural health workers in Malawi and Eastern Cape Province, South Africa. Geneva: World Health Organization; 2006. 72 p.
23. Gibbon P, Hales J. Review of the rural retention program – final report. Kent Town: Australian Government, Department of Health and Ageing; 2006 [cited 2010 March 17]. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/751B9B296D05A4C8CA25741E0079E487/\\$File/review.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/751B9B296D05A4C8CA25741E0079E487/$File/review.pdf)
24. Ipinge SN, Hofnie K, van der Westhuizen L, Pendukeni M. Perceptions of health workers about conditions of service: a Namibian case study. Discussion paper 35. Harare: Regional Network for Equity in Health in Southern Africa; 2006 [cited 2011 Apr 14]. Available from: <http://equinetafrica.org/bibl/docs/DIS35HRiipinge.pdf>
25. Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *J Nurs Manag*. 2005;13:40–50.
26. Mangham LJ, Hanson K. Employment preferences of public sector nurses in Malawi: result from a discrete choice experiment. *Trop Med Int Health*. 2008;13:1433–41.
27. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:19.
28. Reid S. Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals – Research project report. Durban: health systems trust; 2004 [cited 2010 Mar 29]. Available from: http://healthlink.org.za/uploads/files/rural_allowance.pdf
29. Kotzee T, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural Remote Health*. 2006;6:581.
30. Jenssen EB. Fra krisetiltak til suksesshistorie. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms [From Crises to success histories: decentralised professional educations in Troms 1978–2008]. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. 175 p. [in Norwegian]
31. Dieleman M., Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Hum Resour Health*. 2003;1:10.
32. Blix S, Eriksen L. Erfaringer med desentralisert bachelorutdanning i sykepleie i tre kommunale studentgrupper 2001–2004 [Experiences with decentralized bachelor education in nursing in three municipal student groups 2001–2004. A good local learning environment]. Hammerfest: Finnmark University College; 2007. 49 p. [in Norwegian]
33. Ministry of Health and Care Services. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [The Cooperation Reform. Right treatment – on right level – in right time]. No 47: 2008/2009. Oslo: Ministry of Health and Care Services; 2009. 149 p. [In Norwegian]
34. Munkvold R, Fjeldavli A, Hjertø G, Hole OG. Nettbasert undervisning (Netbased Education). Oslo: Høgskoleforlaget; 2008. 129 p. [in Norwegian]
35. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923–58.

*Gudrun Nilsen
Faculty of Nursing
Finnmark University College
Hammerfest
Norway
Email: gudrun.nilsen@hifm.no



The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway

Liss Trine Eriksen & Jeanette Elise Huemer

To cite this article: Liss Trine Eriksen & Jeanette Elise Huemer (2019) The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway, International Journal of Circumpolar Health, 78:1, 1691706, DOI: [10.1080/22423982.2019.1691706](https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1691706)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1691706>



© 2019 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



Published online: 17 Nov 2019.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 330



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway

Liss Trine Eriksen and Jeanette Elise Huemer

Department of Health and Care Sciences, UiT The Arctic University of Norway, Hammerfest, Norway

ABSTRACT

This study explores and analyses decentralised nursing education in Finnmark County, Northern Norway, from 1991 to 2018. The study may have relevance for educational policy discussions and strategic planning. Our research question has been how decentralised nursing education can contribute to social responsibility by educating nurses rurally. The data collection includes documentation of 15 decentralised classes. The decentralised nursing education programme has been completed in nine rural communities in Finnmark County over 28 years and has resulted in 191 graduated nurses. Educating nurses locally influences recruitment and stability. The location of the study site determines where the recruited students come from. In future decentralised programmes, study sites should be located close to regions with a shortage of nurses. This is especially true of the eastern part of Finnmark, where recruitment to regular on-campus programmes is lowest. Limiting decentralised nursing programmes to local applicants should be considered. By prioritising local applicants, we will fulfil the university's responsibility to place qualified nurses in all parts of Finnmark.

ARTICLE HISTORY

Received 10 July 2019
Revised 3 October 2019
Accepted 4 November 2019

KEYWORDS

Nurse; education; rural; decentralised; Arctic; social responsibility

Introduction

This article is the first in a study of the decentralised bachelor's degree programme in nursing in Finnmark County from 1991 to 2018. Finnmark is part of the circumpolar Arctic region and the northernmost county in Norway, with a population of 75 860 in the third quarter of 2018. The county covers an area of 48 631 square kilometres and has 19 local authorities [1]. Finnmark has two local hospitals, with a distance of 530 km between them. In Finnmark, 18 of the 19 local authority areas can be defined as rural in terms of population density, with fewer than two inhabitants per square kilometre [2–4].

Due to long distances to hospitals, sparse population and a harsh climate, Finnmark needs highly qualified health workers for prehospital health care. According to the Norwegian Ministry of Health and Care Services [5], Norwegian educational institutions are excessively geared towards specialist health services; greater emphasis must be placed on educating health personnel for future primary care.

The social responsibility of education is subject to educational policy guidelines and legislation in the 2005 Higher Education Act, which emphasises that

educational institutions are expected to cooperate closely with society, culture and business [6]. Nursing shortage is a known challenge in rural areas, including Finnmark, especially in the smallest communities [7]. One measure to attract more nurses to rural areas is to offer education close to where students live. In the ten years to 2014, flexible education in Norway increased by 25% overall. Decentralised nursing education has become more and more common, being now offered by several educational institutions in circumpolar rural areas [8]. In the strategic plan for 2014–2022 of UiT The Arctic University of Norway, one of the overall objectives is flexible and online-supported learning methods [9].

In the Norwegian three-year bachelor's degree programmes in nursing, 50% of the programme is theoretical and 50% is practical studies in local authority health services and hospitals. Students are regularly supervised by their course teachers during their practice in hospitals and primary health services, which include nursing homes, home nursing and mental health care. The campus for nursing education in Finnmark is in Hammerfest, where we also find one of the two hospitals in the county. Hammerfest is in the

CONTACT Liss Trine Eriksen  liss.t.eriksen@uit.no  Department of Health and Care Sciences, Hammerfest, UiT The Arctic University of Norway, Skjåholmveien 114, Hammerfest, 9620, Norway

This article has been republished with minor changes. These changes do not impact the academic content of the article.

This article was originally published with errors, which have now been corrected in the online version. Please see Correction (<http://dx.doi.org/10.1080/22423982.2019.1699331>)

© 2019 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

far west of Finnmark and it is actually 530 kilometres from there to Kirkenes in the far east, close to the Russian border, where the other hospital is located. Both on-campus and off-campus students have the same curriculum, learning requirements and examinations. However, the organisation of the decentralised programme was intended to emphasise more flexible learning methods and require more independent work by students. Today, this distinction is less clear, as technology and digital teaching materials are used by both on-campus and off-campus students [10]. Decentralised study programmes allow students to study mainly at home. In our decentralised programme, students can gain from 118 to 180 out of 180 ECTS credits at their home location. The decentralised study programme has been both full-time and part-time and was one of the first in Norway to adopt flexible learning methods such as video conferencing.

Historical and geographical context

The background to the first decentralised study programme was the great shortage of nurses in rural Finnmark. Some of the challenges were excessive turnover, long-term vacancies [11–13] and the fact that more than 50% of newly qualified nurses in Finnmark found work outside the county [14].

National studies also revealed higher levels of sick leave and lower life expectancy in Finnmark than in the rest of Norway and thus a greater need for health care [15,16]. During World War II, Finnmark suffered from the scorched earth policy of the Germans, where they burned down almost all the buildings during their withdrawal before surrendering. At that time, the entire local population was evacuated to areas further south in Norway. The period from 1945 to 1960 was a time of reconstruction, when all of the infrastructure and business had to be re-established. The health services had great problems and hospitals and other health institutions operated from temporary huts. Education in the county struggled with similar challenges. Furthermore, pupils in Finnmark had lost much of their schooling due to the war and evacuation. Many young people in Finnmark had to leave the county for their education and many then settled elsewhere in Norway or abroad after graduating.

Nursing education in Finnmark was first established as a quota of six students in a programme organised by the Red Cross in Tromsø and later as a separate programme connected to Hammerfest Hospital in autumn 1960. This provided an opportunity for young people in the county to obtain an education and for the health services to acquire workers. Since its outset, nursing education in

Finnmark has had a clear social responsibility: to educate and recruit nurses in Finnmark County, for Finnmark County. It was realised at an early stage that it was necessary to customise the programme to Finnmark's geographical and demographic conditions. In 1981, teachers were employed in Kirkenes to supervise student practice in Kirkenes Hospital. This eventually led to an ambition to offer a larger part of nursing education closer to students' homes [17]

As early as 1989, decentralised nursing education was proposed for Finnmark. The case was postponed pending funding, but a head of section was appointed and the technology for a programme based in Kirkenes was tested in 1989. Finally, in 1991, decentralised nursing education in Finnmark received funding and commenced. The programme was to be temporary and located in areas with the greatest shortage of nurses based on reports by the county doctor of Finnmark. In the 1990s and parts of the 2000s, funds were earmarked for the decentralised nursing education. In 1995, 1998, 2001 and 2008, programmes were also started in Sami core areas. The Sami are Norway's only indigenous people, based on the Norwegian ratification of the International Labour Organisation (ILO) Convention No. 169, Article 7 [18]. The Sami language is mainly spoken in the northern areas of Norway, Sweden, Finland and Russia and includes eleven dialects. A study on the indigenous perspective in health education in Norway that examined 25 of the 26 health and social science curricula showed that only one curriculum included Sami cultural aspects [19]. This led to the inclusion of the Sami perspective as an important learning outcome in the new curriculum regulations for 25 health and social science programmes in Norway [20]. A new curriculum is currently being prepared, along with a quota system for Sami nursing students through collaboration between Sami University College and the Hammerfest campus of UiT The Arctic University of Norway. The aim of the programme is to recruit from the entire Northern Sami linguistic region. The indigenous perspective was not explicitly explored in this study, but will be touched on as part of the rural challenges in general.

In this study, we will examine and analyse the decentralised nursing programme in Finnmark from 1991 to 2018. The aim is to gain knowledge that can promote recruitment and stability in small health care environments in outlying areas. By finding the strengths and weaknesses of the decentralised programmes, the effect of decentralised education in rural areas can be demonstrated. This may be important for decision makers and universities, who will be able to use the knowledge for educational policy discussions and strategic planning, both nationally and internationally. Our research question is: How can decentralised nurse education contribute to social responsibility in rural Arctic Norway?

Method

Data was obtained following a review and analysis of documents related to decentralised nursing education in Finnmark in 1989–2019. The term document is used for all written sources relevant to the analysis. The documents in question are published and unpublished, public and non-public, internal and external documents from educational institutions, and both contemporary and retrospective. Documents related to budgets and accounts were not included in the data.

Internal data were collected in the university archives; these included a review of the programme for each cohort, minutes of meetings, local statistics, internal evaluations of the programmes, student evaluations, book chapters, local research material, other internal documents, reports and other written material related to the implementation of decentralised education in Finnmark in 1991–2018. Additional data was collected from student records, with anonymised lists of students who commenced the programme and who completed it in normal and extended time, as well as known reasons for extending one's studies or dropping out. The data collection took place from September 2016 to January 2019 and included documentation of fifteen decentralised classes, three of which were still studying at the time of writing. New documents were selected and analysed during the data collection, which made it possible to cross-check and verify the various sources and allowed for them to supplement each other in order to find interrelationships [21]. The data were collected on the basis of White Paper No. 16 "Culture for Quality in Higher Education", which is a key document that clearly presents the social responsibility of education [22]

The documents were carefully assessed and weighted according to their recency and credibility, as described by Stewart and Kamin [23]. They were evaluated on the basis of the context in which they appeared. One challenge was that the material was not organised systematically and several sources had to be cross-checked to ensure the quality of the data. The sources also had a large age span, were aimed at different target groups and had different goals; these factors have been included in the assessment of reliability.

All documents were studied in at least two stages by both authors. The content of the documents was assessed and interpreted in relation to the research question in order to identify relevant elements that coincided [21]. The following items were identified: year, programme model, study site, number of students at start, number of students who completed, number of local authorities, organisation, supervision by teachers and technology. We

also noted changes in the programmes and any reasons for these that we found. In order to facilitate comprehension of the results of the analysis, these are to some extent presented in the form of tables.

The study was reported to and approved by the Norwegian Centre for Research Data (NSD). Ethical aspects have been considered throughout the project period, especially in terms of the de-identification of data on age, gender, place of residence, etc. The university management was strongly involved in the study. All data have been anonymised. Both authors work in the nursing programme and have been involved in planning and managing classes in the off-campus programmes. This increased our awareness of our familiarity with the field under study, which may have affected our assessments. The use of secondary sources can enable results to be more easily checked by others. One strength of familiarity with the field is that the researcher can see connections that are not immediately obvious to an outsider [24].

Results

Explanation of the table: "Locality of sessions" refers to study sites where teachers and students meet and teaching takes place. Hammerfest is the campus for nursing education in Finnmark. The other study sites are large and small towns elsewhere in the county. The distance between the study sites and the campus varies between 150 and 530 kilometres.

The decentralised programme was implemented from 1991 to 2006, and in 2011 it became a full-time (three-year) programme, in parallel with the normal on-campus class, with 30% less scheduled teaching. This is an unusual way of organising decentralised education in nursing [30]. From 2008 until 2018 (except for the 2011 cohort), the programme was part-time and took four years.

Table 3 shows some variation in the rate of completion of the full-time and part-time programmes when students who did not complete in the normal time are included. Commonly, only students who fail to complete in the normal time are included, but this does not give a correct picture of the rate of completion of classes starting at the same time. For full-time classes, completion ranged from 50% to 100% (average 75%), while completion in part-time classes varied between 72% and 53% (average 61%). Causes of dropout have only been clarified for seven of the classes and are mainly personal, such as finances, illness and other life events.

Organisation and supervision by teachers varied between programmes. In some cases teachers were employed specifically at the study sites, while in other

cases teachers from the university campus were always involved in the programme. From 1991 until 2011, 30% of the programme was self-study for all students. The frequency of sessions varied from four to six times a year. Until 2006, the decentralised education was full-time, and the progression was almost the same as for on-campus students. The sessions took place at the university with the on-campus class. Since 2008 (with the exception of 2011), the decentralised programme has been part-time, and the students have had sessions separately from the on-campus class. There have been four or five sessions per academic year. The use of technology to support learning has been adapted as technology has developed, along with requirements for students' prior knowledge of IT.

The organisers of the programmes were forerunners in trying out new technology that enabled both synchronous and asynchronous distance learning between the sessions at the study site. Videoconferencing was introduced in the programmes as early as 1989, but was not used actively in off-campus education until 1991 (Table 4). The use of this technology was then a stated goal and the number of hours of video conferencing was determined for each cohort of students (Table 1). Group video calls and streaming have been possible since 2012, but only in the last couple of years have the programmes and internet speed been adequate for widespread use throughout Finnmark. Video recording of teaching started as a pilot project at Finnmark University College in 2011 and has been used actively since 2012. Since 2014, students have had access to the university's internal pages and databases via VPN.

Tables 1 and 2 also show how recruitment to the programme has been distributed between Eastern and Western Finnmark, based on the location of the study sites. We see that, apart from the 2011 cohort, the decentralised programmes recruited students from many parts of Finnmark. When Kirkenes was the study site, most students came from a large area of Eastern Finnmark.

From the 1991 cohort to the 2012 cohort, only one student out of 253 was not resident in Finnmark. Residence is here considered as living in Finnmark when applying for and starting the programme. From the 2014 to the 2018 cohort, seven out of 87 students were not resident in Finnmark.

Main findings

A total of 191 nurses with a local connection to and knowledge of rural Finnmark have graduated from the decentralised education in the county.

The location of the study site determines where the recruited students come from.

The number of students from outside Finnmark is also increasing in the decentralised programme.

Discussion

In the early history of nursing education in Finnmark, most qualified applicants came from elsewhere in Norway, which led to a period of affirmative action to improve the chances of enrolment for residents of Finnmark and Sami [17]. In the 28 years of operation of the decentralised nursing programme, only eight students have been recruited from outside Finnmark County (see Tables 1 and 2).

A previous study showed that 93% of students recruited locally to decentralised programmes lived in their home area for 4–7 years after graduation, while for on-campus students the figure was 70% [31]. We see increasing numbers of applicants from outside Finnmark. During 2015–2018, almost 50% of full-time students were not from Finnmark [32]. The trend in recent years also shows an increase in the decentralised classes (see Tables 1 and 2). Following the merger of Finnmark University College and UiT in 2013, there is no longer local admission to the decentralised programme, which may have played a part in the increase in the proportion of students from outside Finnmark. Further, the reforms of the tertiary sector, with fewer and larger units, may have led to more uniform administrative solutions that are less geared towards local conditions [33]. For admission from autumn 2019, certain grades will be required for bachelor's degree programmes in nursing nationwide. In rural Finnmark, the proportion of students completing upper secondary school and their grade levels are lower than elsewhere in Norway [34]; this is also seen in rural areas globally. It is too early to say whether the new grade requirements will have implications for nursing education, such as even fewer local applicants.

According to Statistics Norway [1], the shortage of nurses in Norway will be equivalent to 28 000 full-time positions in 2035 unless educational capacity is increased [35]. The nursing shortage is also a global problem [7]. It is especially difficult to recruit nurses and other health care workers to villages in rural areas. An increasing shortage of nurses will exacerbate this problem. In a collaborative project between several countries with rural challenges "Recruit and retain – making it work" [36], a framework has been developed where one of the foundations is to hire people with a local connection. This results in greater stability and more culturally sensitive service provision. Previous research has shown that students taking decentralised

Table 1. Completed decentralised education for students starting in 1991–2014 [25–29,32].

Year of start	Locality of sessions	No. of students at start	No. of students completed	Recruited from: no. of local communities in		Outside Finnmark County	Organisation of study programme and use of technology
				West	East		
1991	Kirkenes	12	12	1	7		Full-time, 30% self-study, 100 hours of videoconferencing with an on-campus class, four week-long sessions with an on-campus class per year
1995	Kautokeino*	15	12				Full-time, 30% self-study, 100–120 hours of videoconferencing with an on-campus class, Sami language requirement*
1998	Kautokeino*	14	10				
1999	Kirkenes	18	13	1	7		Full-time, 30% self-study, 120 hours of videoconferencing with an on-campus class
2001	Karasjok*	15	12	2	1		Full-time, 30% self-study, videoconferencing, use of LMS, 20% use of supervisor in each of the three locations, five week-long sessions with an on-campus class per year, Sami profile in Karasjok*
	Berlevåg						
	Måsøy						
2002	Kirkenes	19	15	1	7		Full-time, 30% self-study, videoconferencing with an on-campus class, use of LMS, 20% use of supervisor in Vadsø, five week-long sessions with an on-campus class per year
2006	Kirkenes	20	10	1	7		Full-time, 30% self-study, videoconferencing with an on-campus class, use of LMS, five week-long sessions with an on-campus class per year
2008	Lakselv*	45	24	5	4		Part-time, 30% self-study, videoconferencing with an on-campus class, use of LMS, one-week course in use of IT, six week-long sessions per year, Sami profile*
2009	Kirkenes	39	28	2	8		Part-time, 30% self-study, video conferencing and on-campus, use of LMS, one-week course in use of IT, six week-long sessions per year
2011	Alta	33	27	2	0		Full-time, 30% self-study, no sessions. Video conference planned, but did not work. Use of LMS, one-week course in use of IT, Smart Board, 30% use of supervisor
2012	Hammerfest	23	14	5	2	1	Part-time, use of LMS (Frontier), Skype, Smart Board teaching videos, streaming, four sessions per year
2014	Hammerfest	24	14	5	4		Part-time, use of LMS (Frontier), Skype, Smart Board teaching videos, streaming, four sessions per year
Total		277	191			1	

Table 2. Students currently in decentralised education who started in 2016–2018 [32].

Year	Location	Students	Currently studying	7	3	1	Notes
2016	Hammerfest	35					Part-time, use of LMS (Fronter), Skype, Smart Board teaching videos, streaming, VPN, four sessions per year
2018	Hammerfest	29		5	2	6	Part-time, use of LMS (Canvas), Skype, Smart Board teaching videos, streaming, VPN, four sessions per year
	Kirkenes	23		1	4		
Total		87				7	

Table 3. Completion rates for the full-time and part-time models.

Programme model	No. of students starting	No. of students completing	Completion rate in %
Full-time classes 1991–2006 + 2011	146	110	75
Part-time classes 2008, 2009, 2012, 2014	131	80	61
Total	277	190	69

nursing programmes in Finnmark stay in the county after graduating and become a stable workforce [31]. Locally recruited nurses are familiar with the local culture, which is often neglected in centrally designed curricula, particularly the Sami perspective [19]. By recruiting and educating locally, we as an educational institution can fulfil the social responsibility of education, which is to provide qualified nurses to the entire county in collaboration with local authorities.

The average difference between the full-time and part-time programmes in the proportion of students completing is not significant (except for the 2006 cohort, in the transition between the full-time and part-time models, where only 42% completed the programme). During this period, there were lower levels of applications to study nursing in Norway in general; this affected the quality of admission and thus the knowledge base of the students starting the programme. This may have meant that these students found it more difficult to complete the programme. Changes in society, including a higher cost of living, may also have been an important factor. It was during this period that local government suggested part-time education because students could then have an income while studying.

Concerns have been expressed regarding the quality of nurses whose education was based on a decentralised model. The programme therefore needs to focus particularly on educational approaches to the rural context with its long distances and challenging climate. This was a key factor in the early decision to use new technology; here, what is now known as

blended learning was emphasised. Blended learning combines face-to-face teaching and online learning activities [30,37]. A previous study showed no significant difference in examination results between on-campus and off-campus nursing students [31]. Today, we see that other professional programmes are decentralised to a greater extent, and UiT The Arctic University of Norway has had decentralised medical education since 2017.

On-campus students in Hammerfest have always come mainly from Western Finnmark. The long distances in the county mean that travel is both costly and time-consuming. Students recruited to decentralised education are often established with a family, and many are involved in primary industries such as fishing or reindeer husbandry. This may explain why the location of the study sites largely determines where the applicants to the decentralised programme come from.

Conclusion

It may seem that 191 graduates from 12 classes is a low number, but in thinly populated rural Finnmark, decentralised nursing education has clearly contributed to recruitment and stability in nursing. Every single nurse with a local connection and local knowledge is of vital importance for health care in rural areas.

Future decentralised programmes should be aware of the importance of where to locate study sites, especially in Eastern Finnmark, which is the area with poorest recruitment to the on-campus programme.

Table 4. Use of technology in the programme.

YEAR	Video conferencing	Learning management system	Interactive whiteboard	Group video calls	Streaming and recording	Virtual private network (VPN)
1995–1999	x					
2001–2009	x	x				
2011	x	x	x			
2012 – 2014		x	x	x	x	
2014–2018		x	x	x	x	x

We must closely monitor the grade requirements and the increasing proportion of non-local applicants and make national and university decision makers aware of the impact of this. One possibility to consider is to limit decentralised programmes to local applicants.

The goal to fulfil social responsibility must involve collaboration between local government administration, local health authorities, politicians and the university on the basis of established legislation, regulations and plans. Our experiences of decentralised education may have an influence on other off-campus programmes. More binding cross-disciplinary collaboration in health professional education can provide small local communities with more stable health care expertise.

One of the unanswered questions is whether a common curriculum for the entire region addresses the vital skills necessary for nurses in rural Arctic Finnmark. This should be the focus of the next article.

Acknowledgments

We would like to thank the National Centre for Rural Medicine (NSDM) for supporting this study.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

This study was funded by UiT The Arctic University of Norway and NSDM (National Center for District Medicine).

References

- [1] Statistics of Norway; 2018. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- [2] De Smedt SE, Mehus G. Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review [Nurse research in rural areas in Norway; a scoping review]. *Nordisk Tidsskrift Helseforskning*. 2017;13(2). DOI:10.7557/14.4238.
- [3] Wakerman J. Defining remote health. *Aust J Rural Health*. 2004;12(5):210–214.
- [4] du Plessis V, Beshiri R, Bollman RD. Definitions of rural. *Rural and small town Canada analysis Bulletin*. 2001;3(3). Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/21-006-x/21-006-x2001003-eng.pdf>
- [5] Ministry of Health and Care Services. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [The Coordination Reform. The right treatment, in the right place, at the right time]. No. 47: 2008/2009. Oslo: Ministry of Health and Care Services; 2008.
- [6] Higher Education Act; 2005. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>
- [7] World Health Organization. A global survey monitoring progress in nursing and midwifery. Geneva: WHO; 2010. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70371/WHO_HRH_HPN_10.4_eng.pdf;jsessionid=530460F615C002CACEE3537F10937747?sequence=1
- [8] UArctic Northern Nursing Education Thematic Network. Available from: <http://www.northernnursingeducation.com/>
- [9] UiT The Arctic University of Norway. Drivkraft i nord: strategi for UiT mot 2022 [A powerhouse in the North: the UiT strategy towards 2022]; 2018. Available from: https://uit.no/om/art?p_document_id=355830&dim=179033
- [10] Curtis JB, Charles RG. The handbook of blended learning: global perspectives, local designs. San Fransisco: Pfeiffer Wiley; 2005.
- [11] Ministry of Social Affairs. Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan no. 41, 1987/88 [Health policy towards the year 2000. National Health Plan No. 41, 1987/88]. Oslo: Ministry of Social Affairs; 1988.
- [12] Rolstad Ø. Fra vondt til verre – en helsetjeneste i revers? [From bad to worse: A health service going backwards?]. In: Forsdahl A, Svendal A, Syse A, et al., editors. Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark [Health and inequality. We need an action plan for Finnmark]. Tromsø: University of Tromsø; 1989. Available from: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6376/report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [13] Fugelli P. Utkantshelsetjeneste – problem og potensialer [Health services in outlying areas: problem and potentials]. In: Forsdahl A, Svendal A, Syse A, et al., editors. Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark [Health and inequality. We need an action plan for Finnmark]. Tromsø: University of Tromsø; 1989. Available from: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6376/report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [14] Finnmark University College. Annual report. Hammerfest: Nursing Department, Finnmark University College; 1989.
- [15] Aase A. Levekårene i Finnmark. En sosialstatistisk analyse [Living conditions in Finnmark. A social statistical analysis]. Tromsø: University of Tromsø; 1982.
- [16] Forsdahl A, Svendal A, Syse A, et al. 1989. Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark [Health and inequality. We need an action plan for Finnmark]. Tromsø: University of Tromsø. Available from: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6376/report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [17] Immonen I. Sykepleierutdanningen i Finnmark 1960–1995 [Education of nurses in Finnmark 1960–1995]. Hammerfest: Høgskolen i Finnmark [Finnmark University College; 1996.
- [18] The International Labour Organization (ILO). C169 - Indigenous and Tribal Peoples Convention, 1989 (No. 169); 1989. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169
- [19] Eriksen LT, Bongo BA, Mehus G. Urfolksperspektiv i utdanning. Sykepleierutdanninger i Norge uten urfolk-kunnskap? [Indigenous peoples perspective in education. Nurse education in Norway without knowledge about indigenous peoples?]. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2017;7(3):239–249. .
- [20] Ministry of Education. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger [Regulations on a common framework plan for health and social science education];

2017. Available from: https://lovdata.no/dokument/SF/for_skrift/2017-09-06-1353?q=forskrift%20om%20helse%20og%20sosial
- [21] Grønmo S. Samfunnsvitenskapelige metoder [Social science methods]. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
- [22] Norwegian Government. Stortingsmelding nr. 16. 2016-2017. Kultur for kvalitet i høyere utdanning [Culture for quality in higher education]. No. 16; 2016. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>
- [23] Stewart DW, Kamins MA. 45TSecondary Research. 45T 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 1993. 45TSAGE Research Methods45T. Web. Applied Social Research Methods. 18 Sep. 2019. ISBN 0-7879-7758-6. DOI:10.4135/9781412985802.
- [24] Paulgaard G. Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler. [Field work in own culture - from the inside, from the outside or both]. In Fossåskaret, Fuglestad Aase, red. Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data. [Methodical fieldwork. Production and interpretation of qualitative data]. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
- [25] Eriksen L, Okstad L. Deltids BA i sykepleie. Decentralized part-time bachelor education in nursing]. Rapport/FoU arbeid. Hammerfest: Finnmark University College; 2008. [in Norwegian]
- [26] Blix S, Eriksen L. Erfaringer med desentralisert bachelorutdanning i sykepleie, i tre kommunale studentgrupper 2001-2004. «Et godt lokalt læringsmiljø?» [Experiences with decentralized bachelor education in nursing in three municipal student groups 2001–2004. A good local learning environment]. Hammerfest: Finnmark University College; 2007. [in Norwegian]
- [27] Størdal T, Bongo B, Johansen BK, et al. Samisk perspektiv i sykepleierutdanningen [The Sami perspective in nursing education]. Hammerfest: Finnmark University College; 2001. [in Norwegian]
- [28] Eikeland S, Nilsen G, Eek A. Evaluering av opptak og gjennomføring av fulltids bachelor i sykepleie i Alta [Evaluation of adresponsibility and completion of a full-time bachelor's degree programme in nursing in Alta]. Tromsø: UiT The Arctic University of Norway; 2014. [in Norwegian]
- [29] Bratland RC, Bongo BA. Sykepleierutdanningen og den lokale utfordring. Evaluering av desentralisert sykepleierutdanning i Indre Finnmark fra 1995-98 [Nursing education and the local challenge. Evaluation of decentralized nursing education in Inner Finnmark from 1995-98]. HIF - Forskning 1999:11. Hammerfest: Finnmark University College. [in Norwegian]
- [30] Andersen N, Blix S, Størdal T. IKT i helsefaglig utdanning og praksis [ICT in health education and practice]. In: Blix S, Anderssen N, Størdal T, editors. Helse.digital [Digital health]. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2012. p. 15–25.
- [31] Nilsen G, Huemer J, Eriksen L. Bachelor studies for nurses organised in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region? Int J Circumpolar Health. 2012;71:17902.
- [32] Internal archives on each class from 1989 to 2014, minutes of meetings, statistics, etc. [in Norwegian]
- [33] Michelsen S, Aamodt PO. Evaluering av kvalitetsreformen. Sluttrapport. [Evaluation of the quality reform. Final report]. Norges Forskningsråd; 2007. Available from: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/279245>
- [34] Huitfeldt I, Kirkebøen LJ, Strømsvåg S, et al. Fullføring av videregående opplæring og effekter av tiltak mot frafall. Sluttrapport fra effektevalueringen av overgangsprosjektet i Ny GIV [Completion of upper secondary education and effects of measures against dropout. Final report from the evaluation of the effects of the anti-dropout project "Ny GIV"]. Statistics Norway; 2018. Available from: https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/342411
- [35] Roksvaag K, Texmon I. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012 Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 [Documentation of calculations based on HELSEMOD 2012 (The labour market for health and social personnel until 2035)]. Report. Statistics Norway; 2012. Available from: <https://www.ssb.no/forskning/mikrookonomi/arbeidsmarked/betydeleg-underdekning-av-helsepersonell-i-2035>
- [36] Making it work. A framework for remote rural workforce stability; 2019. Available from: https://rmmakingitwork.eu/?page_id=603
- [37] Curtis JB, Charles RG, ed. Handbook of blended learning: global perspectives, local designs. San Fransisco: Pfeiffer Publishing; 2006.

Hvordan kan universitetet imøtekomme kommunehelsetjenestens behov for sykepleiere med rural kompetanse?

1 INTRODUKSJON

Denne artikkelen er andre del av en studie av UiT Norges arktiske universitets desentraliserte bachelorprogram for sykepleiere i rurale arktiske Finnmark, med fokus på utdanningens innretning i forhold til samfunnets behov. (Eriksen & Huemer, 2019).

Finnmark er det nordligste området i Norge og har en utstrekning på 48631 kvadratkilometer (statistisk sentralbyrå 2017). I Finnmark kan 17 av 18 kommuner defineres som rurale sett ut fra befolkningstetthet. Rurale områder i norsk kontekst omfatter områder med 5-8 innbyggere pr kvadratkilometer og med en reisetid på 45 til 240 minutter til nærmeste sykehus, eller tettsted med over 3000 innbyggere. Finnmark har mindre enn 2 innbyggere pr. kvadratkilometer. (Wakeman 2004, Du Plessis 2001)

Den ordinære bachelorutdanningen i sykepleie i Norge er 3-årig. 50% av studiet er teoretisk og 50% praktiske studier i kommunehelsetjeneste og sykehus. Et tiltak for å bedre sykepleiedekningen ruralt er å tilby utdanning nær studentens bosted. Det desentraliserte tilbudet i sykepleierutdanning i Finnmark startet i 1991 og har hatt ulike organiseringer fram til det 4 årige deltidstilbudet som tilbys i dag. Både ordinær og desentralisert utdanning har samme fagplan. De praktiske studiene blir gjennomført i studentenes hjemkommuner i primærhelsetjenesten og på nærmeste sykehus (Eriksen & Huemer, 2019).

Utdanningen i sykepleie har tradisjonelt vært regulert av rammeplaner. Formålet med rammeplaner er bl.a. å sikre tilnærmet likt utdanningstilbud nasjonalt og sikre en forutsigbar kompetanse hos nyutdannede. (Kunnskapsdepartementet, 2008c). Stjernø utvalget påpekte at rammeplanene ikke garanterer kvalitet i utdanningen. Utvalget foreslo å avvikle rammeplanene. Det er nå utarbeidet nasjonale retningslinjer for samtlige grunnutdanninger innen helse- og sosialfag (Rhetos). Retningslinjene er en del av et nytt styringssystem som har som målsetting at utdanningene bedre skal ivareta tjenestenes og brukernes behov for kompetanse gjennom økt innflytelse på innholdet i utdanningene.

I forbindelse med at Høgskolen i Finnmark i 2013 ble fusjonert med UiT, ble det ut fra krav i fusjonsdokumentet felles fagplan for bachelorutdanningene i sykepleie i Tromsø og Hammerfest. I 2016 ble også høgskolen i Harstad og Narvik fusjonert med UiT. I løpet av våren 2020 skal alle fire campus ha felles studieplan med bakgrunn i de nye nasjonale retningslinjene i Rethos.

Samhandlingsreformen: "Rett behandling – på rett sted- til rett tid" ble innført i Norge i 2012 (Stortingsmelding nr 47 (2008–2009). Den har fokus på systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet ved samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Nye behandlingsnivå er opprettet og tar imot pasienter i kommunene både før og etter innleggelse i sykehus, og gir dem behandling nærmere deres hjemsted. Kommunehelsetjenesten har med dette fått flere pasienter og flere faglige utfordringer, og behovet for ny kompetanse og rekruttering av sykepleiere i kommunen øker. (Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009).

Både fusjon, reformer og ny forskrift er forhold som påvirker rammene i forhold til utdanningens innretning mot utfordringene i praksisfeltet. Med denne bakgrunn blir vårt forskningsspørsmål:

Hvordan kan bachelorutdanningen i sykepleie ivareta behovet for relevant kompetanse i rurale arktiske Norge?

I en tidligere studie så vi på hvilken betydning 28 år med desentralisert utdanning i sykepleie har hatt for helsetjenesten i Finnmark. Studien viser hvordan utdanningen har ivaretatt samfunnsoppdraget og kan gi innspill til utdanningspolitiske diskusjoner og strategisk planlegging (Eriksen & Huemer, 2019). Også i denne delen av studien er fokus samfunnsoppdraget og hvordan utdanningen kan innrette seg for fremtiden for å sikre kvalitet i kompetansen i distriktene.

2 METODE

Kvalitative data til studien er innhentet ved fokusgruppeintervju av 14 siste års studenter på desentralisert sykepleierutdanning og individuelle intervju av 6 tidligere desentraliserte studenter med 1 års erfaring som sykepleiere, og 2 med mer enn 5 års erfaring som sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Metode datainnsamling	Deltakere i studien	Antall respondenter
Fokusgruppeintervju (Dialogkonferanse)	Studenter siste studieår	14
Individuelt intervju Nyutdannet – 1 år	Offentlig godkjent sykepleier	5
Individuelt intervju Erfaren - 5 år +	Offentlig godkjent sykepleier	2

2.1 FOKUSGRUPPEINTERVJU

Desentraliserte studenter i siste studieår (kull 2014) deltok i fokusgruppeintervju organisert som dialogkonferanse med appreciative inquiry (Eriksen og Huemer, 2013). Husk henvisning til fokusgruppeintervju med dialogkonferanse

Dialogkonferansen ble gjennomført ved at alle studentene anonymt besvarte spørsmål om hvordan det oppleves å være student på et desentralisert studium. Både positive og negative momenter ble tatt med. Etter at alle utsagn var skrevet ned valgte studentene kategorier og satte dem i prioritert rekkefølge. Studentene valgte selv de kategoriene de ønsket å arbeide videre med i grupper. Følgende kategorier framkom i prioritert rekkefølge: Motivasjon i studiesituasjonen og studentmiljø; Skolens rolle; Tidspress; Familieliv, økonomi og reiser

Analysen og de kategorier som framkom i dialogkonferansen var med på å danne grunnlag for intervjuguiden til individuelle intervju med tidligere studenter. På denne måten ønsket vi å sikre relevans i spørsmålene i intervjuguiden.

2.2 INDIVIDUELLE INTERVJU

Invitasjon til deltakelse i studien ble sendt til 14 uteksaminerte sykepleiere fra desentralisert klasse med 1 års arbeidserfaring. Individuelle semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med de seks første som ønsket å delta, samtlige arbeidet i Finnmark fylke. Ytterligere to sykepleiere fra desentralisert klasse med mer enn 5 års arbeidserfaring ble rekruttert ved snowball sampling

Intervjuguiden hadde følgende temaområder felles for både de nyutdannede og de erfarne sykepleierne: bakgrunn for valg av desentralisert utdanning, nåværende arbeidssituasjon, forventninger til studiet, og studiesituasjon/studiemiljø. De erfarne sykepleierne fikk i tillegg spørsmål om kompetansen de fikk i utdanningen i forhold til dagens arbeidssituasjon.

2.3 ANALYSE AV INDIVIDUELLE INTERVJU

I den kvalitative dataanalysen av de individuelle intervjuene er det anvendt innholdsanalytisk metode. (Graneheim; Patton, 2002). Intervjuene ble tatt opp på bånd og hadde en varighet mellom 40 og 90 minutter. Intervjuene ble transkribert av forfatterne som leste gjennom dem hver for seg to ganger før meningsbærende enheter ble identifisert i materialet, kondensert og kodet i dataprogrammet NVivo. Koder med tilsvarende innhold ble satt sammen til subkategorier. Disse ble deretter diskutert som helhet og kondensering i kategorier ble fullført (se tabell 3). For å kontrollere at ingen koder var utelatt ble den transkriberte teksten lest igjennom en gang til. Noen av subkategoriene kom naturlig ut fra intervjuguidens spørsmål, men vi hadde oppmerksomhet på nye tema som framkom gjennom kodingen slik at disse også ble innlemmet i kategoriene.

Tabell 3: Eksempel på analyseprosess av innsamlede data:

Eksempel på analyseprosess av innsamlede data:				
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori
Der lå jo mye – eller alt – opp til oss sjøl, vi må jo være veldig strukturert og faktisk gjøre det – sette seg ned å studere selv om man ikke er på samlinger. Man må ha selvdisciplin.	Det er opp til deg selv. Du må være strukturert. Du må ha selvdisciplin.	Selvdisciplin	Indre motivasjon	Motivasjon og utfordringer
Men sånn som meg – jeg var i full jobb –	Fikk mye dårligere råd.	Mistet inntekt	Økonomi	

jeg var i en lederstilling – vi fikk mye dårligere råd, mannen måtte ta seg av huslånet..	Ektefellen måtte betjene boliglånet.			
For du måtte bruke så mye tid.. Og jeg hadde jo flere unger hjemme som jeg skulle følge opp i tillegg, så jeg satt jo fra 22 om kvelden og utover natta.	Forpliktelser overfor barn fører til at studiene må gjøres om kvelden/natten.	Tidsklemme	Familieliv og studier	

Etiske hensyn har vært gjenstand for vurdering i hele prosjektperioden, spesielt med tanke på anonymiserte intervjudata og de-identifikasjonslister med data vedrørende alder, kjønn, bosted etc. Identifiserbare lister ble kun benyttet til å sende ut henvendelser til tidligere studenter om å delta i intervjuer, disse ble makulert umiddelbart etter utsendelse. Alle tidligere studenter har levert informert samtykke der formålet med studien ble presentert samt informasjon om at de kan trekke seg fra studien på et hvert tidspunkt. Studien er forankret i institusjonens ledelse. Begge forfatterne er ansatt på bachelorutdanningen i sykepleie og har vært involvert i både planlegging og gjennomføring av desentraliserte programmer. Dette har vi tatt hensyn til at denne nærheten til feltet kan ha påvirket vår studie. En av styrkene ved nærhet til feltet som studeres er at man kan se sammenhenger som ikke er like lett å kjenne igjen for andre utenfor feltet (Paulgaard).

Studien er meldt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 50021. Alle data anvendes i anonymisert form i henhold til personvernombudets godkjenning.

3 RESULTATER:

Resultatene som framkom etter analysen er systematisert i følgende kategorier: unikt tilbud om utdanning; motivasjon og utfordringer; betydningen av studiemiljø og nettverk; handlingskompetanse og rurale utfordringer

NVIVO tabell

3.1.1 Unikt tilbud om utdanning:

Samtlige av informantene sa uoppfordret at de ikke ville tatt sykepleierutdanning på fulltid. Begrunnelsen for dette er at de var etablert med, barn/familie og arbeid, så flytting til studiested var uaktuelt. Liv uttrykker det på denne måten:

”At man står fritt til å disponere egen tid til studiet, noe som er veldig praktisk når man har barn i skolealder. Fulltidsstudium når man ikke er bosatt i byen er vanskelig å kombinere med familieliv.”

3.1.2 Motivasjon og utfordringer

Økonomi og bosituasjon:

De økonomiske utfordringene kom svært ofte fram i intervjuene og også i dialogkonferansen.

Ingen av respondentene hadde fått stipend fra sin hjemkommune til utdannelsen, men en hadde fått tilbud om noe permisjon med lønnskompensasjon. En av respondentene hadde fått et mindre beløp i støtte fra Sametinget. Som en av informantene uttrykte det: *"Kommunen bør absolutt gi støtte. Vi jobbet ofte dobbeltvakter for å ha økonomi når vi var i praksis. Først student og så rett over på betaltvakt."*

Også det å betale for bolig i samlingsukene ble tatt opp som en utfordring. Flere av informantene sa også at de trodde dette kunne være en hovedårsak til frafall: *"så du må ha noe å leve av, det var mange som hoppet av studiet pga økonomi."*

Familieliv, sosiale relasjoner og studier:

Flere uttrykte at det ble lite tid til familie, spesielt når de var borte på samlinger og lange praksisperioder på sykehus. Tidspress generelt ga dårlig samvittighet for alt det de ikke fikk gjort. Følgende kom fram i dialogkonferansen: *"Arbeidspress med jobb og skolearbeid. Lange praksisperioder borte fra familien. Dårlig samvittighet."*

Indre motivasjon:

Samtlige av respondentene vektla at man må ha selvdisiplin, spesielt utenom samlingene. Man må være villig til å arbeide på egen hånd og legge inn en betydelig egeninnsats:

"Du MÅ jobbe hele tiden, ingenting kommer gratis".

"Alt opp til oss sjøl. Vi må være veldig strukturert og faktisk gjøre det- sette seg ned å studere selv om man ikke er på samlinger. Man må ha selvdisiplin." "Du må ville det..."

De forteller at egeninnsatsen gjorde dem mer selvstendige og de fikk tro på seg selv.

Frafall i studiet:

I intervjuene kom informantene uoppfordret med synspunkter på hvorfor medstudenter ikke gjennomfører studiet. Det som ble trukket fram var familiens økonomi, store utgifter til bolig i samlingsukene og praksis, ulike livshendelser og forventninger til arbeidsmengden i studiet: *"Jeg tror at de tok alt for lett på studiet. At det var deltid. Tok for lett på at det faktisk var en bachelor og all den kunnskapen vi skulle ta inn over oss."*

3.1.3 Studiemiljø og betydningen av nettverk:

Både i dialogkonferansen og de individuelle intervjuene var en av hovedpunktene studiemiljøet for studenter på desentralisert utdanning.

Ensomhet i studiesituasjonen ble ofte trukket fram: Studentene følte seg mye alene, det ble lite faglige diskusjoner, mye selvstendig arbeid og de savnet følelsen av å være student. *"At samlingene er såpass sjelden at klassesamholdet kanskje ikke blir det samme som i en fulltidsklasse". "Tungt å komme i gang med lesing og oppgaver når du er hjemme og alene". "Litt tungt når man skal jobbe med gruppeoppgaver når man ikke kan møtes".*

Samtidig trekker noen også fram hvordan vennskap og samhold etter hvert blir en styrke i studiet. *"Da fikk æ mye større trivsel og da hadde jeg en å jobbe sammen med. Det ble så mye bedre å ha en å samarbeide med. Vi motiverte hverandre."*

3.1.4 Studiets organisering

Samtlige av respondentene trakk uoppfordret fram viktigheten av å ha en stabil kontakt/klasseleder gjennom hele studietiden. Når det gjelder kontakt med skolens lærere/kontaktlærer sier en av dem: *"Det var veldig bra med en fast kontakt, for vi på deltid vi er jo litt rotløse, siden vi ikke er på skolen daglig."* To av respondentene påpekte at støtte fra skolen var vesentlig for at de gjennomførte studiene.

Kontinuitet i dette ble oppfattet som en trygghet og en mulighet for å få støtte og finne fleksible løsninger. Flexibilitet i studiesituasjonen synes å være viktig spesielt for de som er knyttet til reindrift og/eller fiskeri eller som har en ektefelle som er det. Her er individuell tilrettelegging av for eksempel når de praktiske studiene kan gjennomføres en forutsetning for at de kan ta utdanningen. Her trakk også enkelte av respondentene fram at fleksibilitet kunne bidra til mindre frafall. (sitat)

Halvparten av respondentene ønsket mer forutsigbarhet og en mer detaljert plan for alle fire årene, ikke bare for et år om gangen .

Flere av respondentene trakk fram at de ønsket en annen type undervisning i samlingsukene. Her var det ikke enighet om hva som var mest relevant. Noen ønsket flere kliniske dager og øvelser i prosedyrer, mens andre ønsket mer tid avsatt til faglige diskusjoner. De oppfattet alle at deres tid på samlingene var dyrebar og at relevant undervisning burde prioriteres. De fleste var fornøyd med antallet samlinger.

Alle respondentene ønsket mer direkte kontakt via fks SKYPE etter videoforelesninger. Dette for å kunne stille spørsmål og gjort avklaringer. Bruk av ukeplan/månedspan med leseplan og arbeidsoppgaver og innleveringer ble trukket fram som nyttig av de fleste respondentene.

Halvparten av respondentene følte at de manglet den nødvendige datakunnskap ved oppstart, men at de fikk hjelp av medstudenter og mestret dette etter hvert. Dette framkom også hos studentene i dialogkonferansen. En av informantene sier: *"Den største utfordringen er at det er så sårbart. Helt fantastisk at vi fikk tilgang til alt fra universitetet, også hjemme. Alle søkemotorene, videoene og dokumentene. Det har jeg brukt mye..."*

3.1.5 Handlingskompetanse og rurale utfordringer

Alle respondentene i de individuelle intervjuene hadde kontakt med en eller flere av sine medstudenter etter endt utdanning. Kontakten omfattet både faglig nettverk og vennskap. *"Vi snakker stadig med hverandre på telefonen.... Og første gang æ skulle trekke opp morfin. Jeg ble usikker, for man må jo være så nøye. Da ringte jeg etter veiledning. Så blir jeg tryggere på at jeg tenkte rett. Så vi bruker hverandre mye."*

Respondentene trakk fram at deres studietilbud var lærerikt, ga egenutvikling, selvstendighet og frihet i studiesituasjonen.

"At alderen og livssituasjonen til studentene er mer lik enn det vil være på et fulltids studie. Jeg opplever at erfaringsnivå og modenhet gir større og bedre grunnlag for gode diskusjoner og oppgaveskriving"

Dette støttes av studentene i dialogkonferansen som trakk fram at studiet var utfordrende, men gjennom å ta ansvar for egen læring ble de selvstendige.

I de individuelle intervjuene kom det fram mange situasjoner hvor rurale utfordringer ble trukket fram: blant annet det å være alene sykepleier på vakt og hvordan man da må samhandle med andre yrkesgrupper og evt få veiledning fra tidligere medstudenter.

En annen utfordring er for lite kunnskap og ferdigheter i akuttmedisin, spesielt til barn og komplekse sykdomsbilder.

Oppfatter at de har "hull" i sine kunnskaper fordi de har gått på en desentralisert utdanning, men noen mener dette kan skyldes at de er nyutdannet:

"Jeg vet ikke om det er normalt å være slik når man er nyutdannet. Eller om det er fordi jeg har gått på en desentralisert utdanning. Men når jeg sammenligner meg med de andre som har gått på fulltid. At det er hull og da må jeg lese meg opp og det er ganske tungvint. Jeg er usikker så jeg har lest masse i ettertid, men det er kanskje noe av det å være sykepleier- man blir aldri utlært."

3.1.6 Oppsummering av hovedfunn:

Respondentene utgjorde en unik søkergruppe, da de ikke ville ha søkt fulltidsstudium.

Det oppleves ensomt å være desentralisert student. Det kreves stor selvdisciplin og både faglig og sosialt nettverk er viktige faktorer for å klare å gjennomføre.

Økonomi er en utfordring når man får merutgifter for bolig og reiser.

Alle savnet støtte fra sin hjemkommune, både økonomisk og det å være ønsket.

Informantene var fornøyd med den digitale infrastrukturen, men ønsker mer detaljerte arbeidsplaner utenom samlingene.

Kontinuitet i klasseledelse gjennom studiet styrker klassemiljøet og kan hindre frafall.

Fleksibilitet i organiseringen av studiet for den enkelte, ble trukket fram som viktig for at enkelte studenter kunne fullføre.

Innholdet i samlingsukene trekkes fram av samtlige, men det er ulik oppfatning meninger om hva som er relevant.

Opplever et praksissjokk hvor de har større ansvar enn de føler de har kompetanse til. Støtter seg på tidligere medstudenter eller andre sykepleiere som de kjenner for å få veiledning/hjelp.

Respondentene var enige følgende kompetanse som noe de har fått i tillegg til forventet faglig utdanning:

1. Selvstendighet
2. Ansvar for egen læring
3. God på teknologi

4 DISCUSSION:

Samtlige av informantene sa uoppfordret at de ikke ville tatt sykepleierutdanning på fulltid og desentralisert sykepleie deltid er en unik mulighet for høyere utdanning som bør videreføres i distriktene i Finnmark. Dette støttes av tidligere forskning (2012) Utviklingen nå (2019) viser en større andel av studenter som ikke har lokal tilhørighet i Finnmark på de desentraliserte studiene. I tillegg til å diskutere kun lokalt opptak for lokale søker må man kanskje også gjøre noe med rekrutteringen til studiet. Før fusjonen med universitetet hadde vi i stor grad lokal rekruttering i tillegg til utdanningsmesser. Blant annet reiste ansatte ved utdanningen til de aktuelle kommuner med lav sykepleiedekning og inviterte kommuneledelse og aktuelle søkere til informasjonsmøter. Dette ivaretas nå uten lokalt tilsnitt/besøk via den generelle rekrutteringen ved universitetet, i hovedsak administrativ deltakelse på utdanningsmesser().

Fra annen forskning () støttes også behovet for god selvdisiplin for å gjennomføre studiet. Det oppleves som en utfordring å ivareta sin rolle i familie og i det sosiale liv. Det er også økonomiske utfordringer når etablerte voksne skal ta utdanning på høyere nivå (). I Finnmark er det lange avstander og høye kostnader til reise. I tillegg har industrietablering ført til økte bokostnader på studiested. Studentsamskipnaden har etter fusjonen fått mindre tilbud til studenter som bare har behov for bolig i noen uker pr år. Til forskjell fra tidligere studie (Nilsen, Huemer, Eriksen) hadde ingen av respondentene fått støtte fra sin hjemkommune. Støttens størrelse rent økonomisk var liten, men ble opplevd som viktig fordi de følte seg "ønsket" som sykepleier i hjemkommunen etter utdanning. Mangelen på slik støtte for den gruppen vi har undersøkt kan skyldes endret organisering av det desentraliserte tilbudet. Tidligere var dette lagt til ulike kommuner/områder ut fra sykepleiemangel og kommunen ble involvert i rekruttering og oppfølging i større grad ()

I forskningen på fleksible studier er studentenes opplevelse av ensomhet i studiesituasjonen godt dokumentert. Utdanningene må ha kunnskap og fokus rundt dette. Sosiale og faglige nettverk er av betydning for studiemiljøet.() At utdanningen allerede ved oppstart legger til rette for etablering av slike nettverk kan være et viktig bidrag.

Kontinuitet i en fast klasseleder ble oppfattet som en trygghet og ga mulighet for å få støtte og hjelp til å finne fleksible løsninger. I Finnmark arbeider mange ennå i primærnæringer som reindrift og fiskeri hvor arbeidet er sesongbetont. Studenten selv eller ektefellen kan ha en slik tilknytning eller arbeid i en primærnæring. Å ta høyere utdanning kan derfor være en utfordring. Spesielt i forhold til praktiske studier som gjerne er avtalt til helt faste perioder med de ulike praksisstedene. Det å kunne justere tiden for de praksisavvikling ble spesielt tatt fram som noe som kunne bidra til mindre frafall. Denne fleksibilitet er ikke lenger mulig som følge av praktisering av regelverk ved universitetet etter fusjonen.

Studentene ønsker bedre organisering i sin studiesituasjon mellom samlingene i form av leseplaner, arbeidsoppgaver, videoforelesninger og mellomperiodearbeid. Dette opplevde de som positivt i starten på studiet, men mente det var behov for det i hele utdanningsløpet da det var med på å strukturere egen læring (2012). Dette bekreftes av

tidligere studier, noe som kan tyde på at dette er et område som må ha større fokus i utdanningen(2012). Det er også tenkelig at mer veiledning i studieteknikk og metakommunikasjon rundt det å være student i desentral utdanning kan hjelpe dem til å studere mer effektivt og selvstyrt.

Å oppleve stort ansvar og at man ikke har tilstrekkelig kompetanse som nyutdannet sykepleier er godt dokumentert av andre og ikke spesielt for studenter i desentraliserte studieforløp (). Dette karakteriseres som et "praksissjokk". Det å oppleve manglende kompetanse på akuttmedisin og komplekse problemstillinger knyttet til sykdom hos bla. barn kan også sees på som spesielle rurale utfordringer. Som sykepleier i rurale områder, kan du være alene om å ha ansvar for kompliserte situasjoner, og mangelen på erfaring hos en nyutdannet kan oppleves som mangel på kunnskap (venke 2014). Som nyutdannede søker de veiledning og hjelp hos tidligere medstudenter eller andre sykepleiere som de kjenner.

I 2019 kom forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (RETHOS), denne erstattet rammeplanene som tidligere regulerte utdanningen i sykepleie. I universitetet blir det nå utarbeidet ny studieplan på bakgrunn av forskriften. Denne studieplanen skal være felles for fire campus. Dette omfatter også utdanningen i Finnmark. I arbeidet med ny studieplan som er felles for de desentraliserte utdanningene vil det være av betydning å se på innretningen i studiet i forhold til de spesielle rurale arktiske utfordringene for å sikre yrkesutøvere tilstrekkelig rural kompetanse.

Til videre diskusjon etter de to siste intervjuene:

Bakgrunn for ny RETHOS var at tjenestene ønsket bedre generell kompetanse og større breddekunnskap hos den nyutdannede sykepleieren i tillegg til profesjonsspesifikk kompetanse.

Retningslinjene skal utformes i tråd med: (fra regjeringen – rhetos)

1. Tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene
2. Oppdatert og forskningsbasert kunnskap
3. Sentrale politiske føringer og nasjonale reformer
4. Utvikling av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren
5. Nasjonalt og internasjonalt regelverk

Fusjon + felles fagplan (bla ikke lokalt opptak+ nye studieplasser)

5 KONKLUSJON

Dette omfatter også utdanningen i Finnmark. I arbeidet med ny studieplan som er felles for de desentraliserte utdanningene vil det være av betydning å se på innretningen i studiet i forhold til de spesielle rurale arktiske utfordringene i området for å sikre yrkesutøvere med tilstrekkelig rural kompetanse. tilstrekkelig fleksibilitet

Og ut fra denne fikk sykepleierutdanningen og felles fagplan - det faktum at vi ikke vet om denne gir den valgfriheten vi trenger i rurale strøk for å ivareta den særegne rollen som rurale sykepleiere får.

Det er ikke samsvar mellom studieplanen og det behov som sykepleierne i kommunehelsetjenesten har behov for.

Kontinuitet og fleksibilitet + egen studieplan = framtiden

Større lokal tilpasning med mulighet for fleksibilitet i studieplanen vil sikre at flere søker høyere utdanning også de som har tilknytning til primærnæringene som fks. fiske og reindrift.

Mer fokus på å få en egen studieplan med et innhold tilpasset rurale arktiske forhold.

Neste studie vil se på hvilke rurale utfordringer som i dag ikke ivaretas av den felles studieplanen.

Tabell 2: Intervjuguide til semistrukturert intervju av sykepleiere 1 år etter endt utdanning:

Hovedspørsmål	Eventuelle oppfølgingsspørsmål
Hvorfor valgte du et fleksibelt studietilbud?	Hvordan opplevdes det å være student på et desentralisert, nettstøttet deltidstilbud i Finnmark?
Hvor arbeider du i dag?	I spesialist- eller kommunehelsetjeneste, eventuelt annet?
Hvilke forventninger hadde du til studiet?	Ble disse innfridd?
Hvilke forhold har vært viktige for deg for å kunne gjennomføre studiet?	Studiesituasjonen og studentmiljø Skolens rolle Tidspress Familieliv; økonomi og reiser
Hvordan oppleves/opplevdes de digitale læringsverktøyene og i studiet?	Brukervennlighet? Variasjon? Opplæring? Kvalitet? Forslag til forbedringer?

Tabell 3: Intervjuguide til semistrukturert intervju av sykepleiere utdannet desentralisert for mer enn 5 år siden:

Hovedspørsmål	Eventuelle oppfølgingsspørsmål
---------------	--------------------------------

Hvorfor valgte du et fleksibelt studietilbud?	Hvordan opplevdes det å være student på et desentralisert, nettstøttet deltidstilbud i Finnmark?
Hvilke forhold var viktige for deg for å kunne gjennomføre studiet?	Studiesituasjonen og studentmiljø Skolens rolle og organisering Tidspress Familieliv; økonomi og reiser
Hvor arbeider du i dag?	I spesialist- eller kommunehelsetjeneste, eventuelt annet?
Hvilke forventninger hadde du til studiet?	Hvordan ble disse innfridd og hvordan samsvarte dette med din arbeidshverdag som nyutdannet?
Har du forslag til noe i studiet som burde vært forbedret ut fra din arbeidssituasjon i dag?	Nye utfordringer som utdanningen ikke ga deg kompetanse på?

Liss Eriksen

liss.eriksen@hifm.no

Jeanette Huemer

jeanette.huemer@hifm.no

Dialogkonferanse i klasserommet – bro til bedre læring

Ideelt skal et studium innen praktiske fag føre til et «kick» når man er ferdig og står i den praktiske virksomheten studiet kvalifiserer for. Overgangen mellom profesjonsstudier og praksis har imidlertid generelt vist seg å være en akilleshæl. Artikkelen er en beskrivelse og en diskusjon av et fornyende studentaktivt pedagogisk prosjekt, som et alternativ til tradisjonell klasseromsundervisning. Her diskuteres erfaringer med bruk av dialogkonferanse og Appreciative Inquiry som del av en aksjonslæringsprosess for studenter i sykepleierutdanningen. Målet er å vise et pedagogisk verktøy som kan bidra til å bygge en sterkere bro mellom teori og praksis i klasseromsundervisning.



Liss Eriksen
Høgskolelektor ved Høgskolen
i Finnmark, Institutt for
helsefag, *liss.eriksen@hifm.no*



Jeanette Huemer
Høgskolelektor ved Høgskolen
i Finnmark, Institutt for
helsefag, *jeanette.
huemer@hifm.no*

Praksiskick eller praksissjokk?

Sykepleierutdanningen er en treårig bachelorutdanning. Sykepleie er et praktisk fag som består av ulike kunnskapskomponenter. Integrasjon av teori og praksis er avgjørende for utøvelsen av faget. Den teoretiske delen av studiet er lagt til høgskolen. Halvparten av studiet er praktiske studier.

Samfunnets behov for sykepleiere i alle deler av helsetjenesten krever variert grad av spesialisering innen disiplinens fagområder. Lov om universiteter og høgskoler har eksplisitte krav om at utdanningens ferdige kandidater skal være kvalifisert til å delta kontinuerlig i fornying av sine respektive yrkesfelt (Kunnskapsdepartementet 2005). Rammepåbudet for 2008 har fokus på endringsorientering og evne til «å lære å lære», med begrunnelse i et stadig mer kompleks arbeidsliv og stor stofftrengsel i alle de fagområder som sykepleieren må mestre (Kunnskapsdepartementet 2008). Også helse-

vesenets nye utfordring, samhandlingsreformen, krever store endringer i kompetansen til sykepleierne, og tilgjengelige ressurser må i framtida benyttes annerledes enn i dag (St.meld. 47 2008). Sentrale myndigheter har økt fokus på betydningen av høy kompetanse innen organisasjon og ledelse og evne til endringsorientering (St.meld. 28 1999). Dette berører oss som utdanningsinstitusjon. Vi må også endre vår tenkning og flytte oppmerksomheten fra undervisning til læring (St.meld. 47 2008–2009).

Sykepleiere har ledelse og koordineringsfunksjoner i sin profesjon. Som faglærere ved Høgskolen i Finnmark, med tidligere erfaring som ledere både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, fikk vi ansvaret for ledelsesundervisningen fra 1998. Undervisningsformen var tradisjonell forelesning, og etter første året hadde vi erfart at det var dårlig oppmøte, med studenter som uttrykte at undervisningen var kjedelig og lite relevant for praksis. Pensumlitteraturen hadde fokus på teorier som hadde liten praktisk tilnærming. Vi ble derfor enige om å endre undervisningsopplegget, og vurderte ulike pedagogiske strategier for å få til en mer aktiv læring for studentene. En læring som kunne øke deres kompetanse til et komplekst arbeidsliv etter fullført studium.

Overgangen fra sykepleierstudent til yrkesaktiv sykepleier er av flere forskere beskrevet som problematisk. Det pekes blant annet på relevansproblemer samt paratet og forberedelse til det arbeidspres og ansvar de nyutdannede sykepleierne får (Havn & Vedi 1997; Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1999; Espeland & Indrehus 2003). For læreryrket ble begrepet «praksissjokk» diskutert heftig på 70- og 80-tallet (Jordell 1986), og har i flere tiår vært en samlebetegnelse for overgangsproblemene. Alvsvåg og Førland (2004) er blant dem som har diskutert problemene på overgangsbroen mellom studietilværelse og aktivt yrkesliv. De hevder at høgskolene har utfordringer knyttet til både å synliggjøre og legitimere de teoretiske fagenes relevans for yrkesutøvelsen, og at sykepleielærerne står i en kryssild mellom studentenes forventninger om praksisnære lærere og myndighetenes vektlegging av akademisk kompetanse. Mange nyutdannede sykepleiere opplever et kompetansegap mellom utdanningen og kravene i arbeidslivet (Smeby & Vågan 2007). Dette blir beskrevet som et praksis-, realitets- eller virkelighetssjokk (Stronach mfl. 2002; Maben, Latter & Clark 2006) og forstås som et gap mellom hva utdanningen kan tilby og det arbeidslivet etterspør. Målet må være å fjerne «sjokket» og stimulere til et «praksiskick», på en slik måte at starten i yrket byr på gjenkjenning fra studietida som kan gi faglig trygghet og stimulans. Vi har valgt «broen» som metafor for de pedagogiske verktøy vi velger for at studentene skal kunne krysse gapet fra studier til arbeidsliv.

Orvik (2002) trekker fram flere undersøkelser som viser at nyutdannede sykepleiere savner verktøy som gjør dem i stand til å forbedre pasientomsorgen og endre egne arbeidsbetingelser. For samfunnet er det viktig at sykepleierstudiet gjør studentene i stand til å være kritisk til og ha mot til å være grenseoverskridende for å forbedre praksis. I denne artikkelen rettes søkelyset mot nye arbeidsmåter og læringsformer, og vår problemstilling ble derfor: Hvordan kan dialogkonferanse i klasserommet som pedagogisk verktøy være med på å bygge en sterkere bro mellom teori og praksis?

Valg av pedagogisk tilnærming

Å lede læringsprosesser handler om å få den enkelte og gruppen til å overskride grenser innenfor trygge rammer. En slik ledet grenseoverskridelse muliggjør utveksling, samhandling, ny kunnskap og innsikt (Brunstad 2009). I undervisningen i ledelse er målet at studentene skal få oppleve å overskride grenser innenfor trygge rammer.

Valget falt da på aksjonslæring som pedagogisk tilnærming på grunn av dens prinsipper om nærhet, dialog og aktiv deltakelse. Aksjonslæring er på mange måter praktikerens variant av aksjonsforskning. Tiller (2006) sier at aksjonslæring er aksjonsforskningens «lillesøster» og har mye til felles med erfaringslæring. Forskjellen mellom aksjonslæring og erfaringslæring er imidlertid at mens erfaringslæring er tilbakeskuende, så er aksjonslæring rettet framover og orientert mot grenseoverskridelse.

Aksjonslæring er en form for kunnskapsinnhenting fra praksis, slik at en på en systematisk måte kan trekke erfaringer ut av det som skjer og bygge på disse i den videre planleggingen. Tiller (2004) sier at nytteverdien for deltakerne kommer fram ved den bevisstheten som skapes og den systematiske refleksjonen gjennom arbeidsprosesser. Formålet er å utforske praksisfeltet slik at bevisstheten og forståelsen økes, igangsette målrettede utviklingsprosesser både i organisasjon, grupper og hos den enkelte, og publisere utført arbeid, slik at det kan brukes som inspirasjon til refleksjon og handling for andre. Han sier også at ideelt sett bør rapporten oppleves av deltakerne som en sann framstilling av forløp og resultat (Tiller 2004).

Ifølge Tiller (2006) er en viktig hovedforskjell mellom aksjonslæring og aksjonsforskning at deltakerne i aksjonslæringen ikke er forskere, selv om de likevel forholder seg *forskende* til sitt arbeid og sin hverdag. En annen forskjell er de grundige forskningskrav som stilles til rapportering, og som krever forskningskompetanse gjennom systematisk opplæring. De samme krav er ikke til stede i like stor grad i aksjonslæring (Tiller 2006). Det viktige i vår sammenheng er likevel relasjonen mellom forskeren og forskende praktikere; det som Tiller (2006) beskriver som forskende partnerskap.

Aksjonsforskning har vært mest brukt innen humanistiske profesjoner hvor det arbeides med prosesser hvor sosiale relasjoner er viktige. Det finnes mange definisjoner, og felles for alle er at aksjonsforskning innebærer forbedring av praksis gjennom refleksjon over handling (Løchen 1973; Kalleberg 1992).

Aksjonsforskningens fokus på endring eller forbedring av praksis innen et sosialt felleskap, fordrer at forskeren selv er aktiv i å gripe inn i feltet som studeres. Denne forbedringsprosessen blir også en del av selve forskningsprosessen. I aksjonsforskningen møtes forskere og praktikere i dialog for sammen å ta et tak i en ønsket utviklingsprosess. Dialogen mellom forsker og praktiker er en nøkkelfaktor i aksjonsforskningen. Praktikerne skal ha eierforhold til både kunnskapsproduksjon og praksisforbedring. Forskerne skal ikke primært forske *på* praktikerne, men *med* dem. Idealet er et forskende partnerskap (Tiller 2004, 2006).

Det pedagogiske verktøyet vi valgte å prøve ut var dialogkonferanse (Adizes 1991; Gustavsen 1996; Pålshaugen 2002). De tema som ble i fokus i undervisningen var: endringsledelse, konflikthåndtering med arbeidsmiljøkartlegging og introduksjon til aksjonsforskning (Eriksen 2007). Ifølge Gustavsen (1996) er begrepet «dialogkonferanse»

utviklet i forbindelse med aksjonsforskning i arbeidslivsorganisasjonene på 1980-tallet. Konferanse kommer av begrepet «confer» og betyr å bringe sammen, sammenkomst og rådslagning. Dialogen forutsetter minst to parter som er opptatt av å føre en samtale. Gustavsen (1996) sier videre at dialogkonferanser er utviklet som et redskap for kunnskapsutvikling gjennom samtaler mellom involverte parter som møtes.

Reason og Bradbury (2001) beskriver over 30 ulike måter å lede slike prosesser på. En måte er med positiv spørsmålsstilling: Appreciative Inquiry. Begrepet er ikke oversatt til noe nordisk språk, men «appreciative» betyr takknemlig eller anerkjennende. Dette kan gjenkjennes i Skrøvset og Tiller (2011) som har brukt betegnelsen «verdsettende», og snakker her om det verdsettende lederskapet. «Inquiry» oversettes med forespørsel, undersøkelse eller etterforskning (Lingua 1996). Appreciative Inquiry er utviklet som en gren innenfor aksjonsforskning, og er blitt en tilnæringsmåte og et verktøy for organisasjonsutvikling.

Knowles (1970) vektlegger at voksne lærer best ved å knytte ny kunnskap til sin omfattende erfaringsbakgrunn slik at den gir mening. Jacobsen (2001) definerer erfaring som handling, og i begrepet erfaring ligger at vi som mennesker opplever at handlingen berører oss følelsesmessig og skaper en forståelse for det opplevde. I undervisning bør man la den lærende selv bidra med sin forståelse av og erfaring med temaet, i stedet for å forelese om det først.

«Det er helt avgjørende at respektere livserfaringens egenverdi og sette normer for, at deltagerne gjør det» (Jacobsen 2001:43). Jacobsen mener at undervisningen blir interessant når den lærendes erfaring er utgangspunkt og fokus. Tiller (1998) kaller dette for det «didaktiske møtet».

De senere år har det vært økende fokus på at ledelse ikke bare er en instrumentell ferdighet, men også innbefatter emosjoner og verdier i møte med medarbeiderne. Brunstad (2009) sier at i alt lederskap er det en ikke uvesentlig forskjell på å gjøre ting riktig og å gjøre de riktige tingene. Dette kaller han klokskap. Klokskap er en viktig egenskap i alt lederskap, også for undervisningspersonell. Brunstad vektlegger kreativitet og spontantintet i lederskap; et lederskap som tør å være grensesprengende (Brunstad 2009). Antonsen (2009) er opptatt av individets motivasjon. Det å være en deltakende aktør fører til bevisstgjøring om sosiale og materielle strukturer, som skaper positive emosjoner som har betydning for arbeidsfellesskapet. Starrin (2009) er opptatt av emosjonenes betydning i læring, de har en signalfunksjon som gjør oss bevisste.

Vi har valgt å også ha fokus på lærernes læring, da vi er i en dialog med studentene og deltar i samme kollektive læringsprosess, noe Levin og Klev (2002) kaller den samskapte læringsmodellen.

Materiale og metoder

Data til denne studien ble samlet inn fra 2004 til 2011 og baserer seg på artikkelforfatternes logg fra prosessen og anonyme skriftlige evalueringer fra 162 studenter fordelt på seks kull. Data er innhentet både individuelt og gruppevis, og studentene hadde gitt tillatelse

til at data kunne benyttes. Evalueringene baserte seg på et åpent spørsmål: «Si noe om hvordan du/dere har opplevd disse to temadagene. Hva bør vi beholde og hva bør forbedres?»

I analysen av datamaterialet valgte vi en innholdsanalytisk tilnærming. Evaluering og logg ble gjennomgått av artikkelforfatterne hver for seg, og meningsbærende enheter markert (Patton 2002). Vi diskuterte det vi hadde funnet og utviklet sammen forslag til underkategorier og hovedkategorier (Ricoeur 2001). Først kategoriserte vi i henhold til strukturen i dialogkonferansen og deretter i henhold til studentenes opplevelse av læring ut fra perspektiver som mening, nytte og deltakelse.

Etiske vurderinger er gjort underveis med hensyn til anonymisering av data. Studien er forankret i institusjonens ledelse og har vært til vurdering hos NSD/personvernombudet, som ikke anså den som melde- eller konsesjonspliktig etter Personopplysningslovens §§31 og 33 (Ruyter, Førde & Solbakk 2007)

I aksjonslæringsprosessen var vi og studentene nære da vi hadde vært i en prosess sammen som likeverdige parter. Det berører utfordringer knyttet til nærhet og avstand mellom forsker og informant, det vil si vår posisjonerte innsikt. Dette har vi hatt bevissthet rundt både underveis og i utvelgelse av data. Noe av nærheten ble redusert ved at vi samlet data over flere år og fra mange studentgrupper (Paulgaard 1997).

Dialogkonferansen var ikke obligatorisk undervisning, noe som gjorde at opptil halvparten av enkelte klasser valgte å ikke delta. Slik sett er det muligens de mest motiverte studentene som har deltatt, noe som vil kunne påvirke resultatet av evalueringene.

Hovedfunnene var at studentene så umiddelbar praktisk nytte i bruk av dialogkonferanse som verktøy i en arbeidshverdag, og at de erfarte utvikling og læring gjennom prosessen. Funnene blir illustrert som sitater underveis i artikkelen.

Å gå sammen

Undervisningen ble organisert som dialogkonferanse over to temadager, med arbeidsmiljøkartlegging av studentenes egen studiesituasjon som tema første dag, og etterlesing og teori knyttet til dialogkonferanse som verktøy samt aktuelle tema innen endringsledelse eller konfliktforebygging andre dag. Erfaringene fra dagen før ble anvendt som eksempler. Dialogkonferansen slik vi organiserte den, ble strukturert i en prosess over fire trinn, gjennomført med fra 15 opp til 65 studenter på hvert kull.

Tidsperspektivet for begge dagene var ca. seks timer avhengig av antall deltakere. Vi vil gå noe nærmere inn på prosessen og ta med noen av studentenes utsagn underveis.

Informasjon og innledning

Dagen startet med informasjon om kartlegging av arbeidsmiljø, at vi som lærere var prosjektledere og hadde satt opp følgende spilleregler: Det skal ikke være personangrep, det er lov å mene hva man vil, og man skal vise respekt for andres syn.

Brunstad (2009) viser til at det er svært viktig å få frem at alles meninger er likeverdige og legitime, fordi det kan danne grunnlag for og motivere til positive endringer av utfordringer i studiesituasjonen. Prinsippet er at den som berøres skal også ha rett til å bli hørt. Å trekke studenter med i utvikling av kvaliteten på studiet kan bidra til at det skapes en ny kraft, og de blir en ressurs i dette arbeidet (Tiller 1998). Samtidig var det en læringsprosess som de kunne dra nytte av senere. Studentene oppfattet dette som positivt: «Alle ble hørt og alt ble like viktig».

Kartlegging av studentenes arbeidsmiljø

Dialogkonferansen startet med en kartlegging av styrker og utfordringer. Vi var enige om å legge vekt på en *positiv* vinkling i utviklingsprosessen gjennom Appreciative Inquiry (Reason & Bradbury 2001) og dette framkom i spørsmålsstillingen.

Vanskelige problemstillinger kan skape avstand, uttrykke maktforhold og dermed hindre at enkelte deltar emosjonelt. Starrin (2009) sier at interaksjoner som preges av makt og status tar emosjonell energi fra deltakerne. Formuleringen ble derfor enkel for ikke å fremmedgjøre. Studentene besvarte så følgende oppgave anonymt: «Kan dere skrive maks to positive og to negative ting om å være sykepleierstudent?»

Metodikken leter fram til og tar tak i motivasjonen og det som gir «læringsenergi» og hverdagskraft (empowerment) hos medarbeideren eller studenten. Den kobles med en overordnet prosjektledelse som forplikter og bygger på verdsettingens grunn. Det kan illustreres med følgende studentutsagn: «Bra: har lært noe nytt i dag å :) Flott å fokusere på det *positive* også. Det er vel noe vi vet, men viktig å poengtere det – ser det godt i et slikt sammendrag/sammenheng».

De anonyme kommentarene som studentene leverte inn, ble skrevet på flipover-ark slik at alle kunne se dem. Anonymitet i innlevering av arkene med positive og negative synspunkter ga den enkelte trygghet til å si sin mening.

Alle ble utfordret underveis. Hele første del av prosessen hadde lite fokus på produkt og stort fokus på forståelse av «den andre». Samtidig var den «stramme» strukturen en forutsetning for å komme videre til en mer løsningsorientert del senere i prosessen (Jacobsen 2001).

Opprydding og prioritering av kartleggingen

De positive synspunktene ble satt opp i klasserommet i den hensikt å minne alle om det som var positivt. Deretter jobbet vi med utfordringene med å være student. Ved å bli bevisst på det positive ønsket vi å bidra til overskudd for utvikling (Reason & Bradbury 2001). Av erfaring vet vi at om vi starter med barrierer, hindringer og flaskehalsar så tapper kraft og energi, slik at endringene og de overskridende tiltakene kan stoppe tidlig i prosessen (Starrin 2009).

De negative stikkordene/utsagnene ble strukturert ved hjelp av studentene. Dermed ble de bedre kjent med hverandres synspunkter, samtidig som de også fikk et innblikk i

og selv avgjorde hvilke utsagn som ble definert under hver hovedkategori. Studentene valgte selv hvilken av hovedkategoriene de ønsket å jobbe videre med, hvilket tema de skulle bidra under. Studentene ble dermed både involvert og deltakende i arbeidsformen, noe som bidro til en produktivitet, slik Pålshaugen (2002) påpeker, som en sentral intensjon med dialogkonferanse. En hovedkategori som alltid fremkommer er fysisk arbeidsmiljø, men dette blir sjelden eller aldri prioritert av studentene. Arbeidsformen er dermed en bevisstgjøring på at ikke alt som er negativt vurderes som så viktig at det prioriteres å jobbe med.

Fra problembeskrivelse til løsningsorientert handling

På denne tiden i prosessen har vi erfaring med at studentene er slitne eller at de «føler seg litt tomme». Momentene som kom opp måtte få modne litt og vi tok en lengre pause med lunsj/frukt før videre jobbing. En studentgruppe sier: «Fikk tenkt og fundert og spist god frukt!»

Gruppene jobbet så med valgt tema og framlegg for hverandre på slutten av dagen. For å komme inn i handlingsfasen var det viktig å diskutere løsninger og ikke beskrive utfordringene da de allerede var kjent. Studentene måtte være realistiske og fokusere på egen holdning og handling først, og deretter hva andre måtte gjøre.

Hensikten var å imøtekomme aksjonslæringens fokus på handling og løsning av egne utfordringer. Dialogkonferansen la vekt på respekt og at man brukte egne evner for å løse egne problemer. Dette skapte et utgangspunkt for videre utviklingsarbeid og la grunnlaget for dialog og samarbeid. Tilbakemeldinger fra deltakerne kan illustrere dette:

«Vi ble fokusert på å finne løsninger på problemene. Vi så også at for å forbedre kvaliteten, må også vi som studenter komme mer på banen.»

«Å snakke i grupper, synliggjøre problemstillinger for eksempel med tidsklemma var bra. Veldig lignende problemer hos alle.»

Gruppene utarbeidet handlingsplan ut fra stikkordene: Hva er utfordringen, hvilke tiltak kan være aktuelle, hvem skal iverksette tiltak og når bør arbeidet igangsettes? Vi strukturerte dokumentasjonen og tilbakeførte til studentene via nettportal.

Det ble presisert at det ikke skulle være diskusjon etter hvert framlegg, men kun innspill til hver gruppe. Studentene hadde allerede valgt temaet de ønsket mest og fikk legitimitet for arbeidet gjennom dette.

Vi prioriterte tidsbruken til gruppenes arbeid. Pålshaugen (2002) sier at tidsbegrensning i plenum er viktig så det ikke tar tid fra deltakernes aktive diskusjoner i gruppene. Han anbefaler at om lag 2/3 av tiden brukes til deltakernes diskusjoner, refleksjoner og dokumentasjoner i gruppene.

Studentene reflekterte skriftlig over hvordan de hadde opplevd den pedagogiske tilnærmingen med dialogkonferanse, aksjonslæring og Appreciative Inquiry. Følgende utsagn illustrerer et av hovedfunnene: «Var en liten oppvekker da vi så at de negative listene

var mye vi kan gjøre med det selv. At vi har ansvar selv for å ta tingene videre. Flott at vi også måtte fokusere på det positive». Denne gruppa hadde jobbet med problemstillinger rundt internettilgang for studentene utenfor campus. I løpet av dialogkonferansen og gruppearbeidet fant de ut at dette var noe de måtte ta tak i sjøl, og presenterte ulike forslag til hva de kunne gjøre. Etter dialogkonferansen satte de i verk planene – og startet dermed en ny aksjon.

Intensjoner møter realiteter

Lærerrollen i dette prosjekt innebar både gjensidighet, ydmykhet og grenseoverskridelse. Gjensidighet handler om å få og gi. Didaktisk gjensidighet forutsetter likeverd og konsistens mellom verktøy som brukes og de målene en vil nå (Bjørndal & Lieberg 1978). Vi som lærere måtte vise at vi mente det vi sa ved å være tro mot likeverdighetsprinsippene i aksjonslæring og dialogkonferanse. Gjennom ikke å kommentere eller diskutere de meningene som framkom underveis, søkte vi å vise ydmykhet for at den som berøres skal høres. Studentenes åpenhet forutsatte at vi ikke blandet oss inn og tolket deres utfordringer. Vi gikk ut av den ordinære lærerrollen som formidler, og inn i en rolle som innebar en grenseoverskridelse for oss, i den forstand at selv om vi hadde en tydelig plan og struktur for undervisningen, bestemte studentene innholdet. Som pedagoger måtte vi stå i det som kom der og da. Etzioni (1967) kaller denne typen planlegging for «mixed scanning». Dette innebærer både en planlegging hvor man forsøker å tenke seg fram til ulike scenarier som kan oppstå i prosessen, samtidig som man tar høyde for håndtering av situasjonene som dukker opp underveis. Altså en planlegging som innbefatter både forberedthet og impulsivitet (Etzioni 1967).

Dialogseminar som arbeids-/læringsform krever improvisering underveis for å ta tak det studentene uttrykker både verbalt og nonverbalt. Vi anvendte tolærersystem med bruk av «skygging» (shadowing) (Tiller 1986, 2006), for bedre å kunne se og ta tak i studentenes reaksjoner og lede dem videre i prosessen, men vi fikk også en konstruktiv tilbakemelding fra hverandre på egen lærerrolle. Studentene opplevde det slik:

«Veldig positive lærere, som skapte et positivt miljø. Det var artig å se at lærerne hadde lagt vekt på noe av de samme problemstillingene som vi.»

«Det var også kjempe bra (og viktig) at lærerne er så engasjerte som de er.»

I utgangspunktet var ideen at dialogkonferanse med Appreciative Inquiry kunne være et godt læringsverktøy for å bidra til at studentene sto bedre rustet i møte med utfordringer som krever endringer. Som lærere måtte også vi være grenseoverskridende, det vil si stå i det ukjente sammen med studentene. Ifølge Brunstad (2009) er grenseoverskridelse en åpning for å handle sammen med studentene, en samhandling som kan bidra til ny kunnskap og innsikt. Hensikten i denne sammenhengen var å bidra til studentenes endrings- og samhandlingskompetanse, og at de opplevde å ha fått kunnskap og verktøy som kunne ha overføringsverdi til arbeidslivet.

Her synes vi å oppnå kontakt med målet, ut fra studentsynspunkt: «Veldig aktuelt tema i forhold til min jobb. Aksjonslæring er en prosess som får med seg alle – det er positivt. Positivt å lære om arbeidsformer som kan brukes i praksis».

Mening, nytte, deltakelse

Vår erfaring var at studentene ble svært engasjert under dialogkonferansen, det var få, om noen som meldte seg ut. De hadde ressurser til å finne egne løsninger på utfordringene når de metodiske rammene ga rom for det. Likeverdigheten praktisert på denne måten i klasserommet representerte et «brudd» med forelesningsmetoden og lærer/studentrollen. Brunstad (2009) påpeker at det å bryte med konvensjonelle rammer påkaller en ubalanse som gjør at man leter etter en ny sammenheng, eller ny mening. Vi mener at denne måten å møte studentene på ikke bare er opplæring, men at det gir *god læring*, i en læringsfilosofi hvor mening, nytte og deltakelse er de sentrale begreper (Skrøvset & Tiller 2011). Studentene uttrykte det slik: «Opplevde at vi studenter var aktive hele dagen. Dette skaper engasjement og motivasjon for videre undervisning/teori i morgen (og nysgjerrighet). Bra med relevante eksempler».

«Motion» betyr bevegelse/aktivitet, og er en sentral del av ordet emosjon. Emosjoner er altså noe som beveger oss – hvis vi ikke «beveges» så skjer det ingen virkelig forandring (Mattson 2009). At studentene var motiverte og engasjerte gjorde dem aktive og stimulerte til utvikling. En studentgruppe sa: «Vi ble også mer engasjert av denne læringsformen». Den gode læring kjennetegnes av at den oppleves nyttig, både her og nå og i framtida (Skrøvset & Tiller 2011). En av studentene bekreftet dette: «Dette er noe vi ser at vi kan ha god nytte av senere i livet».

Som pedagoger må vi hele tiden kjenne til hva som kreves av sykepleierne i dag (St.meld. 28 1999; St.meld. 47 2008). Vår oppgave som brobyggere ble derfor todelt: å stimulere studentene til en indre motivasjon som oppleves nyttig og å imøtekomme samfunnets krav til kompetanse. Motivasjon er knyttet til opplevelse av deltakelse og aktivitet, noe som ligger i aksjonslæringens idegrunnlag. Å være motivert skaper positive emosjoner (Antonsen 2009), slik en av studentgruppene sa: «Kjedelig tema som er blitt gjort til noe spennende og lærerikt pga. denne måten å jobbe på».

I aksjonslæring og aksjonsforskning står likeverdighet og deltakelse sentralt (Kalleberg 1992). En *aksjon* – i vårt tilfelle dialogkonferansen – er en handling med utgangspunkt i deltakernes virkelighet; deres opplevelse av å være studenter. Prosessen var deltakerstyrt og foregikk i et samarbeidende fellesskap (Greenwood & Levin 2005; Tiller 2006). Dette illustreres med en av studentgruppens uttalelse: «Moro å delta så mye i opplegget. Vi fikk bruke teori i praksis».

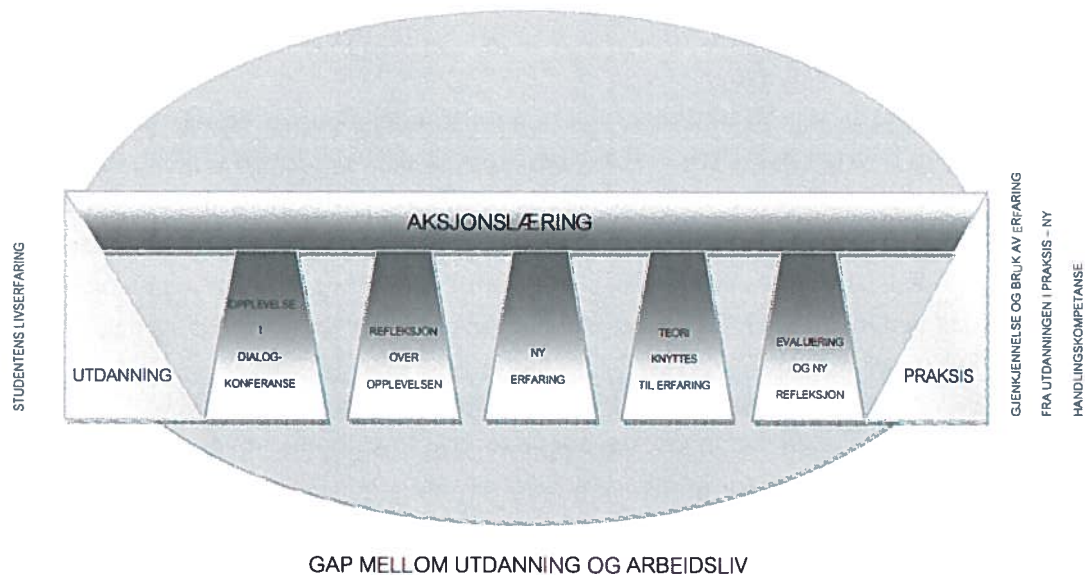
Studentenes ideer og forslag har ført til endringer blant annet i fagplan og rutiner. Disse endringene tok vi med videre til neste års studenter og slik startet en ny aksjonslæringsspiral. Enkelte studenter har som ferdige sykepleiere ønsket å bruke verktøyene på egen arbeidsplass. De husker undervisningen og ser nytte av en slik prosess. I det at tidligere studenter har tatt kontakt mener vi å se et ønske om mer læring – men også en ved-

likeholds- eller bærekraft (sustainability) i det de har erfart i undervisningen (Hargreaves & Shirley 2009).

Broen

Ut fra vår problemstilling har vi forsøkt å vise hvordan dialogkonferanse i klasserommet som pedagogisk verktøy kan være med på å bygge en sterkere bro mellom teori og praksis. Våre funn viser at studentene i evalueringene spesielt trekker fram to områder: at de opplever engasjement og motivasjon ved å få være aktive og deltagende i egen læring, og at de ser nytte og overføringsverdi av de praktiske verktøy som inngår i prosessen.

Vår modell under illustrerer hvordan de ulike elementene i læringsprosessen henger sammen og danner en bro, for å synliggjøre hvordan gapet mellom teori og praksis kan bli mindre.



Figur 1.: Broen

Huemer og Eriksen 2011

Veien over broen er den pedagogiske tilnærmingen som er aksjonslæring. Det som holder broen oppe er bropilarene som viser trinnene i læringstrappa og fasene i aksjonslæringsprosessen. Med handling, erfaring, refleksjon og knytting mot teori og ny handling (aksjon). Aksjonslæring har et fundament i den erfaringsbaserte læringen, og de har flere felles trekk, men også forskjeller. En tydelig forskjell er aksjonslæringenes aktive handling for å skape læring i den hensikt å forbedre praksis (Revans 1984; Bjørnsrud 2005).

Et sentralt fellestrekk er at både aksjonslæring og erfaringsbasert læring baserer seg på å gi mening for den lærende fordi den har en følelsesmessig forankring. Den lærende blir grenseoverskridende og beveger seg fra det kjente til det ukjente, noe som kan være

skremmende. Vi som lærere må derfor tilrettelegge for trygge læringsmiljø med rom for eksperimenter (Moxnes 2002; Brunstad 2009; Jakhelln, Leming & Tiller 2009).

På den andre siden av «gapet» under broen finner vi arbeidshverdagen hvor kunnskapen omsettes i praksis. Moxnes (2002) sier at nå gjenstår det å anvende kunnskapen i nye analoge situasjoner. Den lærende vil kunne gjenkjenne elementer fra teori og erfaring i skolen og handle ut fra dette.

Vi må leve som vi lærer – ellers kan mennesker i organisasjonen føle seg fremmedgjort og emosjoner for utvikling forhindres (Starrin 2009).

Ringer i vann

Vårt prosjekt ble startet av oss som nye lærere på Høgskolen, i den hensikt å forbedre læringsutbyttet til studentene innen endringskompetanse. Vi måtte tilpasse det til rammene for den tildelte undervisningstid for temaet. Dette var og er en utfordring, da systemene for tildeling av undervisningsressurs ikke alltid fanger opp nye behov ved bruk av endrede arbeidsformer i undervisningen. De senere år er tolærersystemet oftere anvendt innen noen tema, og flere faglærere har tatt inn dialogseminar/konferanse som en metode i undervisningen. Sånn sett kan man si at vårt prosjekt har inspirert andre faglærere ved instituttet, og at studentenes læringsutbytte har kommet mer i fokus. Imidlertid krever økt bruk av aksjonslæring som læringsform og dialogseminar som læringsverktøy, en kritisk gjennomgang av dagens rammebetingelser for undervisning i et mer overordnet og helhetlig perspektiv relatert til fagplanens intensjoner, lærerressurser og materielle strukturer. Det krever også at det verdsettende perspektiv får økt fokus i lærerkollegiet.

Litteratur

- Adizes, Ichak (1991). *Endring kan mestres*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, Herdis & Oddvar Førland (2004). *Nyutdannede sykepleiere sitt syn på sykepleierutdanningen i lys av erfaringer som yrkesaktive* (FoU-rapport nr. 1/04). Oslo: Diakonissehjemmets høgskole.
- Antonsen, Yngve (2009). Aktør- og offerhistorier som læringsverktøy. I Raket Jakhelln, Tove Leming & Tom Tiller (red.). *Emosjoner i forskning og læring*. Tromsø: Eureka forlag.
- Bjørndal, Bjarne & Sigmund Lieberg (1978). *Nye veier i didaktikken*. Oslo: Aschehoug.
- Bjørnsrud, Halvor (2005). *Rom for aksjonslæring. Om tilpasset opplæring, inkludering og læreplanarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Brunstad, Paul O. (2009). *Klokt lederskap mellom dyder og dødssynder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eriksen, Liss T. (2007). *Det handler jo om oss: hvordan lede og tilrettelegge en organisasjonsutviklingsprosess i eget arbeidsmiljø?* Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Espeland, Oddny & Valbjørg Indrehus (2003). Evaluation of Students' Satisfaction with Nursing Education in Norway. *Journal of Advanced Nursing* 42, 3, 226–236.
- Etzioni, Amitai (1967). Mixed-Scanning: A «Third» Approach to Decision-Making. *Public Administration Review* 27, 5, 385–392.
- Greenwood, Davydd J. & Morten Levin (2005). Reform of the Social Sciences and of Universities through Action Research. I Norman Denzin & Yvonna Lincoln (red.). *The Sage Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.

- Gustavsen, Bjørn (1996). Development and Social Sciences. I Stephen Toulmin & Bjørn Gustavsen (red.). *Beyond Theory. Changing Organizations through Participations*. Amsterdam: John Benjamin's Publishing Company.
- Hargreaves, Andy & Dennis Shirley (2009). *The Fourth Way – The Inspiring Future for Educational Change*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Havn, Vidar & Camilla Vedi (1997). *På dypt vann: om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost*. Trondheim: SINTEF IFIM.
- Jacobsen, Bo (2001). *Voksenundervisning og livserfaring*. København: Christian Ejlers forlag.
- Jakhelln, Rakel, Tove Leming & Tom Tiller (2009). Emosjoner i forskning og læring. I Rakel Jakhelln, Tove Leming & Tom Tiller (red.). *Emosjoner i forskning og læring*. Tromsø: Eureka forlag.
- Jordell, Karl Ø. (1986). *Fra pult til kateter. Om sosialisering til læreryrket*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Kalleberg, Ragnvald (1992). *Konstruktiv samfunnsvitenskap. En fagteoretisk plassering av aksjonsforskning* (ISO Rapport nr. 24). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1999). *Tiltak for å styrke sykepleierutdanningen*. Oslo.
- Knowles, Malcolm S. (1970). *The Modern Practice of Adult Education: Andragogy Versus Pedagogy*. New York: Cambridge Books.
- Kunnskapsdepartementet (2005). *Lov om universiteter og høyskoler*. Oslo.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo.
- Levin, Morten & Roger Klev (2002). *Forandring som praksis: læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lingua (ordbokserie) (1996). *Engelsk – norsk. Norsk – engelsk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løchen, Yngvar (1973). Aksjonsforskningen. I Vilhelm Aubert (red.). *Sosiologien i samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maben, Jill, Sue Latter & Jill Macleod Clark (2006). The Theory-Practice Gap: Impact of Professional Bureaucratic Work Conflict on Newly-Qualified Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 55, 4, 465–477.
- Mattson, Matts (2009). Emotionsforskning och aktionslärande – avslutande reflektioner. I Rakel Jakhelln, Tove Leming & Tom Tiller (red.). *Emosjoner i forskning og læring*. Tromsø: Eureka forlag.
- Moxnes, Paul (2002). *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet – pedagogisk arbeidspsykologi i forskning og praksis*. Oslo: Forlaget Paul Moxness.
- Orvik, Arne (2002). *Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket*. *Sykepleien* 90, 8, 42–46. DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0023
- Patton, Michael Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Paulgaard, Gry (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I Erik Fossåskaret, Otto Laurits Fuglestad & Tor Halfdan Aase (red.). *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pålshaugen, Øyvind (2002). Dialogkonferanser som metode i bedriftsutvikling. I Morten Levin & Roger Klev (red.). *Forandring i praksis – læring og utvikling i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Reason, Peter & Hilary Bradbury (2001). *Handbook of Action Research. Participate Inquiry & Practice*. London: SAGE.
- Revans, Reginald. W. (1984). *Aksjonslæringens ABC*. Oslo: Bedriftsøkonomens Forlag.
- Ricoeur, Paul (2001). Hva er en tekst? Å forstå og forklare. I Sissel Lægreid & Torgeir Skorgen (red.). *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus.
- Ruyter, Knut W., Reidun Førde & Jan H. Solbakk (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skrøvset, Siw & Tom Tiller (2011). *Verdsettende ledelse*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Smeby, Jens-Christian & André Vågan (2007). Fra utdanning til arbeid. I Herdis Alvsvåg & Oddvar Førland (red.). *Engasjement og læring – fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Starrin, Bengt (2009). Det våres for emosjoner i samfunnsvitenskapen. I Rakel Jakhelln, Tove Leming & Tom Tiller (red.). *Emosjoner i forskning og læring*. Tromsø: Eureka forlag.
- St.meld. 28 (1999). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene: omsorg 2000*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Stronach, Ian mfl. (2002). Towards an Uncertain Politics of Professionalism: Teacher and Nurse Identities in Flux. *Journal of Education Policy* 27, 2, 109–138.
- Tiller, Tom (1986). *Den tenkende skolen. Om organisasjonsutvikling og aksjonslæring på skolens egne premisser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tiller, Tom (1998) *Det didaktiske møte*. Vejle: Kroghs Forlag AS.
- Tiller, Tom (2004). Forpliktende forskningsfantasi. I Tom Tiller (red.). *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Tiller, Tom (2006). *Aksjonslæring – forskende partnerskap i skolen: motoren i det nye læringsløftet*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Teknologi i Samhandlingsreformen

Utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten

Challenges associated with the implementation of information and communication technology in municipal health services

Jeanette Huemer

Førstelektor, Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet

jeanette.e.huemer@uit.no

Liss Eriksen

Førstelektor, Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet

liss.t.eriksen@uit.no

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Hensikten med denne studien er å belyse hvordan kommunene i Finnmark, Norges største og nordligste fylke, har møtt utfordringene med implementering av IKT i Samhandlingsreformen. Denne ble innført i Norge i 2012, og initierer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Mål i reformen er at IKT skal tilrettelegge for nødvendig informasjon der pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp. Det er relativt lite forskning på temaet. **Metode:** Sykepleiere i seksten av nitten kommuner i Finnmark har deltatt i spørreundersøkelsen. **Funn:** Syv underkategorier framkom: Tilgjengelighet, innvirkning på effektivitet og samhandling, generelle ferdigheter, spesielle ferdigheter, opplæring, organisering og utfordringer. Det framkom sprik mellom idealer og realiteter i kommunehelsetjenesten knyttet til teknologi i arbeidshverdagen, kompetansebehov og måloppnåelse. **Konklusjon:** Manglende kompetanse, brukergrensesnitt, tid og økonomi kan tyde på en strukturell implementeringsutfordring, som kan forsinke måloppnåelse.

ABSTRACT

Background: The purpose of this study is to shed light on how the local municipalities in Finnmark, Norway's northernmost and largest county, has faced the challenges associated with the implementation of information technology that was introduced with the Coordination Reform («Samhandlingsreformen») in 2012. This reform is aimed at strengthening cooperation between the specialist health services and the local municipality general health

services. Information technology should provide the necessary information for treatment in the patient's move through the various health departments and services. There is still little research on this topic. Nurses in sixteen of the nineteen local municipalities in Finnmark have responded to the questionnaire. **Key findings:** Seven categories arose: Access, impact on effectiveness and coordination, general skills, special skills, training, organization and obstacles. Gap between ideals and realities in local municipalities' general health services related to technology in their daily work, skill needs and achievement were identified. **Conclusion:** Lack of expertise, user friendliness, time and finances may indicate a structural implementation challenge, which could delay the achievement of objectives.

Nøkkelord

IKT, kommunehelsetjenesten, kompetansebehov, sykepleie

Keywords

Competence, ICT, nursing, primary health services

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan kommunene i Finnmark har møtt utfordringene ved implementering av IKT i Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen: «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» ble innført i Norge i 2012 (1). Den initierer til bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten med fokus på systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Nye behandlingsnivå er opprettet og tar imot pasienter både før og etter innleggelse i sykehus (eks. intermediær-avdelinger) og skal gi behandling nærmere deres hjemsted. Kommunehelsetjenesten har med dette fått flere pasienter og medisinskfaglige utfordringer, og behovet for ny kompetanse og rekruttering av sykepleiere og annet helsepersonell i kommunen øker. For sykehusene kan kommunehelsetjenesten ha en avlastende funksjon, da pasienter kan unngå sykehusinnleggelse og få sin behandling i kommunehelsetjenesten (1).

I følge Samhandlingsreformen skal Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) være et hjelpemiddel eller arbeidsverktøy for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet, og at det må kombineres med organisasjonsutvikling, endring av rutiner og nye måter å samhandle på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring (1). IKT skal tilrettelegge for nødvendig informasjon der pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp, som for eksempel elektronisk pasientjournal (EPJ). Finnmark er Norges nordligste og største fylke og har ruralt preg. De fleste av de nitten kommunene har mindre enn tre tusen innbyggere. Fylket har to sykehus og avstanden mellom dem er femhundre kilometer. Helsevesenet preges av små fagmiljø og lange reiseveier for pasientene (2).

Ut fra egen erfaring som veiledere i praktiske studier for sykepleiestudenter har vi opplevd at bruk av IKT i kommunehelsetjenesten i Finnmark har vært varierende. Finnmark med sitt store areal og rurale preg har lenge benyttet teknologi i samhandling, blant annet telemedisin og teknologisk støttede studier (3,4).

I følge Samhandlingsreformen skal databehandlingen være et hjelpemiddel for administrasjon og styring, kvalitetsforbedring, forskning og som aggregert data for styring og planlegging av ressurser. En av de store utfordringene som Samhandlingsreformen peker

på er behov for arbeidsendringer og endringer i arbeidsprosessene, en sterkere integrering av fag og IKT-ressursene, og for kompetanseutvikling (1). Bruk av IKT verktøy i pasientbehandling og samhandling kan få betydning for pasientsikkerhet og kvalitet, og har vært sentralt i Samhandlingsreformen, mange år før den ble vedtatt (1,5,6). Til tross for dette har flere studier slått fast at manglende og mangelfulle elektroniske systemer kan gå ut over kvalitet og pasientsikkerhet (7,8). Riksrevisjonen har også i sin rapport kritisert helsemyndighetenes manglende målstyring i satsningen på IKT i reformen (9).

Kommunenes sentralforbund (10) påpekte i 2008 i sin Strategi- og handlingsplan for IKT i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, mangelen på opplæring i grunnleggende IKT og bruk av fagsystemer i helse- og pleiefaglig utdanning. Norsk Sykepleierforbund mener det er viktig å få undervisning om teknologi, der den har betydning for andre tema i sykepleierutdanningen. Sykepleierutdanningens læringsmål sier ikke eksplisitt noe om IKT kompetanse, men man finner det implisitt på flere områder. De skal utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie (11). IKT kompetanse hos sykepleiere kan defineres som: «Integration of knowledge, skills and attitudes in the performance of various nursing informatics within prescribed levels of nursing practice» (12 s. 306). Her inkluderes kunnskap, holdninger og ferdigheter i kompetansebegrepet. I profesjonsutdanning utvikles studentenes potensial, tilnærmet lik den profesjonsutøveren møter i arbeid etter endt utdanning (13). Studentene vil kanskje ikke oppleve IKT som en del av kompetansen de trenger som sykepleiere, men profesjonens kunnskapsbase må forstås som mangfoldig og i en praktisk sammenheng, et kontinuum ifølge Grimen (14).

Vi var interessert i å finne ut hvordan sykepleierne i kommunehelsetjenesten hadde erfart implementeringen av IKT på sitt arbeidssted. Implementering er systematisk og målrettet arbeid for å iverksette planer og beslutninger i en organisasjon. Det finnes en del forskning på hvilke faktorer som generelt påvirker implementering av ny praksis. I følge Bouwman, van den Hooff, van de Wijngaert og van Dijk (15) har implementering av teknologi og forskning på dette i stor grad vært preget av en lineær og noe mekanistisk tilnærming. Implementering som legger til rette for en prosessorientert utvikling og læring i organisasjonen har hatt lite fokus. Evalueringsstudier av implementering av teknologi har vist at gjennomsnittlig 29% av IKT – prosjekter har en vellykket implementering. Jo større prosjektene er jo mindre er sjansene for suksess (16).

METODE

Studien er gjennomført ved bruk av spørreskjema, med både gitte svaralternativer og muligheter for respondentenes egne kommentarer.

Spørreskjemaet ble pre-testet av leder i kommunehelsetjenesten, og det førte til justeringer med presiseringer og systematisering av enkelte deler. Tilbakemeldingene som framkom viste at noen av spørsmålene hadde samme svaralternativ. Spørreskjema ble etter ny vurdering endret ut fra tilbakemeldingene på pre-test. Spørreskjema hadde i alt fjorten spørsmål. Fem av dem hadde lukkede svaralternativer, men to av disse hadde også muligheter for egne kommentarer. De lukkede spørsmålene var en kartlegging av hvilket utstyr/programmer og IKT løsninger som brukes på arbeidsstedet i dag. De åpne spørsmålene var knyttet til tre

hovedfokus: vurdering av kompetanse og kompetansebehov, måloppnåelse og nye tanker og ideer i forhold til IKT i Samhandlingsreformen. Ved bruk av spørreskjema med både lukkede og åpne svaralternativer ønsket vi å gjøre studien mer konkret, med mer utfyllende svar og begrunnelser for å styrke dokumentasjonen. Ved bruk av gitte svaralternativer i spørreskjema ønsket vi å avdekke oversiktspregede tendenser og mønstre ved bruk av IKT knyttet til Samhandlingsreformen i kommunehelsetjenesten (1,17). Implementering av IKT i en organisasjonskultur og den enkeltes subjektive opplevelse av å bruke teknologi på arbeidsplassen har etter hvert kommet mer i fokus, det er den daglige bruken av IKT som avgjør effekten på blant annet kvalitet og pasientsikkerhet (15). Vi valgte derfor også spørsmål med åpne svaralternativer for å få fram dette perspektivet, da nyanser i dokumentasjonen kan resultere i utvikling av nye teorier eller modifisering av eksisterende.

UTVALG OG DATAINNSAMLING

Vårt strategiske utvalg er sammensatt for best mulig å belyse hensikten med studien (18). Vi ønsket informanter fra pleie- og omsorgstjenesten i kommuner hvor kompetanse på IKT erfaringsmessig har vært utfordrende. Bruk av IKT er et sentralt mål i Samhandlingsreformen, og det er interessant å finne ut hvordan dette er blitt implementert i den enkelte kommune. Sykepleiere arbeider direkte med implementering av IKT i Samhandlingsreformen, og vi forventer at de har god innsikt i måloppnåelse og hvilke kompetansebehov sektoren står ovenfor (1).

Spørsmål om deltakelse i studien ble rettet til rådmann i den enkelte kommune i Finnmark fylke. Seksten av nitten kommuner i Finnmark har deltatt. En kommune ønsket ikke å delta på grunn av stort arbeidspress, to andre ga ikke tilbakemelding etter flere forespørsler. Rådmannen i den enkelte kommune henviste oss til ledere i pleie- og omsorgstjenesten som distribuerte spørreskjema videre til respondentene, som samtlige var sykepleiere, flere med ledelsesfunksjoner. Ut over vår henvendelse til rådmannen og avgrensningen til ledere i pleie- og omsorgstjenesten har vi som forskere ikke hatt innvirkning på utvalget. Begrepet portvakt blir brukt i metodesammenheng om en person som har myndighet til å åpne eller lukke tilgang til en organisasjon eller et miljø (19). Portvakten kan være avgjørende for hvem vi som forskere får tilgang til (20). Rådmannen er vår «portvakt» og dennes valg av kontaktpersoner kan derfor ha innvirket på studien. Det at rådmannen kun valgte kontaktpersonene, men ikke respondentene til undersøkelsen kan likevel bidra til å øke troverdigheten. Kommunenes kontaktpersoner fikk anledning til selv å velge antallet respondenter, og antallet samsvarte med størrelsen på kommunen.

Kontaktpersonene i samtlige seksten kommuner som samtykket til å delta fikk tilsendt spørreskjema og svarkonvolutter, som ble distribuert av kontaktpersonene. Svar på spørreskjema ble mottatt innenfor en periode på tre uker.

FORSKNINGSETISKE VURDERINGER

Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige Datatjeneste før oppstart, søknad ble sendt etter personopplysningsloven og helseregisterloven.

I samfunnsvitenskapelig forskning samler man inn informasjon om mennesker i ulike samfunn, og forskningsetiske normer og retningslinjer har betydning for valg av metode.

De som deltar i studien har krav på informasjon om selve undersøkelsen, formål og opplegg (21). Respondentene fikk tilsendt spørreskjema og informasjon om deltakelse, om selve undersøkelsens formål og opplegg, både via rådmann og i egne brev. De avgjorde selv om de ville delta og om de ønsket å avbryte underveis. Hver enkelt deltaker skrev under på informert samtykke om deltakelse, og informasjon om enkeltpersoner er anonymisert for å ivareta konfidensialiteten.

Å forske i eget fagfelt og studere egen profesjon er utfordrende (2). Som samfunnsforskere er vi ikke bare tilskuere, men også deltakere i det samfunnet vi studerer og en er del av vårt eget studieobjekt. (22) Ifølge Skjervheim handler det om å være tilskuer og deltaker, og kunne se tematikken utenfra og innenfra (23). Dette har to metodologiske konsekvenser. Den første er at vår forskning kan påvirke grupper og individer som studeres, slikt at de endrer adferd mens de studeres, det vil si en reaktivitet eller en kontrolladferd. For det andre kan vår bakgrunn og erfaring påvirke deres oppfatning og forståelse av hvordan det egentlig er, og kunnskapen kan også reflektere våre referanser og forståelse, det vil si en refleksivitet. (21). Vi er begge sykepleiere med erfaring fra både sykehus og kommunehelsetjeneste, og begge veileder studenter i deres praktiske studier i kommunehelsetjenesten i hele fylket. Vi reiser ut til studentene og møter dem og deres kontaktsykepleiere i alle praksisperiodene. Det medfører at vi har blitt godt kjent i de enkelte kommunene i Finnmark, men ved å benytte spørreundersøkelse kan man unngå rollekonflikt.

ANALYSE OG FUNN

Datamaterialet ble analysert med statistisk svarfordeling og en innholds analytisk tilnærming. Den frie teksten i spørreskjemaene er gjennomgått av artikkelforfatterne hver for seg, og meningsbærende enheter markert (17,24). Deretter utviklet vi sammen forslag til hovedkategorier og underkategorier (24,25). Først kategoriserte vi i ut fra de fjorten spørsmålene i undersøkelsen, som ble delt inn i syv underkategorier, deretter ble underkategoriene knyttet sammen til tre tema som til slutt har resultert i et hovedtema: teknologiske idealer og realiteter i kommunehelsetjenesten. De ulike underkategorier presenteres mer inngående innenfor hovedkategoriene med sitater. Spørreundersøkelsen hadde også fem spørsmål med avkrysning. De som har betydning for diskusjonen er presentert i tre tabeller som angir frekvens i forhold til N:16.

Tabell 1. Kategorier i innholdsanalysen

Teknologiske idealer og realiteter i kommunehelsetjenesten	
Hovedkategorier	Underkategorier
Teknologi i arbeidshverdagen	Tilgjengelig teknologi på arbeidsplassen Teknologi har innvirkning på effektivitet og samhandling
Kompetansebehov	Varierende teknologiske ferdigheter Manglende planer for opplæring
Måloppnåelse	Vellykket organisering og implementering av meldingsutveksling Fortsatt mange utfordringer med teknologi

Respondentene beskrev sin teknologiske virkelighet i kommunehelsetjenesten sett i sammenheng med Samhandlingsreformen (1). Virkeligheten som beskrives omfatter teknologi i arbeidshverdagen, kompetansebehov og måloppnåelse i forhold til samhandlingsreformens intensjoner. Materialet viser utfordringer i tilgjengelighet til teknologi og dens innvirkning på effektivitet og samhandling. Kompetansebehovet knytter seg til opplæring i IKT ferdigheter, og behov og tilbud om opplæring er varierende i de ulike kommunene. For å oppnå de målene som Samhandlingsreformens planverk skisserer for bruk av teknologi, kreves det ifølge respondentene organisering og ansvarsfordeling på ulike nivå i kommunen. Respondentene beskriver også utfordringer med nå disse målene (1).

TEKNOLOGI I ARBEIDSHVERDAGEN

Samtlige kommuner i undersøkelsen har tatt i bruk IKT systemer for samhandling. Alle beskriver teknologi som nyttig både for å bedre tilbudet til pasientene og for å bruke ressursene effektivt. At den teknologiske infrastrukturen er fungerende og godt tilpasset behovet trekkes fram som en forutsetning, men også en flaskehals for effektiviteten.

Tilgjengelig teknologi på arbeidsplassen

Tilgjengelighet omhandler hvilken teknologi som er i bruk på arbeidstedet og i kommunen. Alle sykepleierne har tilgang til enten stasjonær eller bærbar datamaskin i arbeidet. Tre av kommunene har i tillegg PDA (håndholdt liten datamaskin) i bruk i sykepleiertjenesten.

Elleve av kommunene har dataprogram for pasientdata (PLO system) for pleie med elektronisk pasientjournal (EPJ) og tilgang til videokonferanseutstyr. Halvparten av kommunene benyttet på svartidspunktet teknologiske løsninger til meldingsutveksling (epikrise/pleieskriv).

Tabell 2. Teknologi for samhandling som er tilgjengelig på arbeidstedet

Tilgjengelig teknologi for samhandling: (N=16)	Frekvens
PLO system med EPJ	11
Videokonferanse	11
Epikrise/pleieskriv	8
Telemedisin	4
Mobile løsninger	3

Har teknologi innvirkning på effektivitet og samhandling? «ja, men ...»

To tredjedeler av sykepleierne sier at bruk av teknologiske løsninger sparer tid dersom infrastrukturen er god, og det kan medføre bedre samhandling til beste for pasienten. Respondent en sier at: «Elektronisk samhandling er kommet for å effektivisere tjenesten. Kortere tid til administrasjon og mer tid til praktiske oppgaver.» Fra flere framkommer det også utfordringer med dårlig nettilgang og gammelt datautstyr. Respondent tre og fire sier: «Dårlig økonomi, får ikke kjøpe nytt IKT utstyr, programvarer og kurs.» «IKT har stor innvirkning på effektiviteten, utfordringene er svakt/dårlig nett og gamle PCer.» Flere påpeker

også at de ulike programmene «*snakker ikke med hverandre*», noe som vanskeliggjør samhandling og er en utfordring for pasientsikkerheten.

KOMPETANSEBEHOV

I studien vurderer de fleste IKT kompetansen i avdelingen som middels eller varierende, mens IKT kompetansen på fagspesifikke programmer er under middels. De fleste respondentene ser et økende behov for opplæring i bruk av teknologi på arbeidstedet.

Teknologiske ferdigheter – «delvis manglende..»

Generelle ferdigheter er knyttet til bruk av datateknologi i hverdagen som: e-post, internett, Word og lignende. På spørsmål om hvordan respondentene vurderer de generelle ferdighetene i kollegiet svarer ni av seksten at kompetansen er middels eller tilfredsstillende. En av respondentene (tolv) sier: «*Man må bruke/eller jobbe med det kontinuerlig for å holde ferdighetene ved like.*» Respondent fire og fem påpeker at alder og yrkesgruppe kan ha noe å si i forhold til de generelle IKT ferdighetene. «*De unge tar stort sett i bruk alle former for teknologiske hjelpemidler etter en kort introduksjon*» og «*eldre arbeidstakere trenger mer støtte og veiledning enn yngre.*»

Spesielle ferdigheter er knyttet til bruk av fagspesifikk datateknologi som pleie- og omsorgssystemer, elektronisk meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal. På spørsmål om hvordan respondentene vurderer disse ferdighetene svarer tolv av seksten at disse ferdighetene er under middels, men det framkommer også her at det kan være stor variasjon knyttet til ulike yrkesgrupper, alder, interesse og type programvare. Respondent seksten, tjue og nitten sier «*de fleste har dårlig kunnskap innenfor systemene*», «*mangler ferdigheter i bruk av fagprogrammer*» og «*det er behov for mer/ utfyllende kompetanse i fagsystem.*»

Respondent tolv sier at de trenger mer opplæring for å bruke systemene mer effektivt. «*Videre opplæring for de som har brukt systemet, men ikke kan/vet om muligheter. Må brukes for å vedlikeholde kunnskaper/ferdighetene.* En av respondentene (elleve) opplever de spesielle ferdighetene til kollegene som gode og sier:» *Alle sykepleierne har fått opplæring og kan behandle og sende e-meldinger. Alle ansatte dokumenterer i elektronisk pasientjournal.*»

Manglende planer for opplæring – «lærer på egen hånd»

Elleve av seksten respondenter (tabell 3 og 4) kjenner ikke til at det er organisert opplæringstilbud eller plan for dette, men at de må lære seg å bruke systemene selv.

Tabell 3.

Opplæringstilbud i generelle og spesielle dataferdigheter (N=16)	Frekvens
Ja	5
Nei	11

Flere av respondentene påpeker at bør være jevnlig og systematisk opplæring. Respondent sytten oppsummerer dette slik:

«Må sette opplæring i et systematisk fokus, med jevnlig oppdatering. Det finnes ingen plan for iveretakelse av IKT kompetanse. Settes på dagsorden når ting begynner å skjære seg.»

To av kommunene har «*superbrukere*», ressurspersoner som gir IKT opplæring og veiledning ved behov. I følge respondent tolv: «*superbrukere er flinke til å lære/undervise andre. De følger opp.*» Disse to kommunene var de eneste som hadde opplæringsplaner i IKT på overordnet nivå, men en av de andre kommunene har opplæringsplan under utarbeidelse.

MÅLOPPNÅELSE

De fleste av kommunene deltar i en eller annen form for organisert prosjekt for å nå målene for IKT i Samhandlingsreformen. Tre av kommunene har ingen planer for måloppnåelse. I egenvurderingen av måloppnåelsen trekkes det spesielt fram de utfordringer som kommunene møter, spesielt manglende økonomi, organisering og ansvarsfordeling.

Organisering og implementering av meldingsutveksling – «JA – vi er godt i gang!».

Kommunene har planlagt arbeidet med implementering av teknologiske løsninger til meldingsutveksling i Samhandlingsreformen på ulike vis. Det finnes blant annet et regionalt program for implementering av elektronisk meldingsutveksling – FUNNKe – som de fleste av kommunene i Finnmark har deltatt i fram til 2014, og som er videreført i 2015–2017 (26).

Tabell 4 Hvordan sikres måloppnåelse i forhold til elektronisk meldingsutveksling i samhandlingsreformen

Måloppnåelse i forhold til elektronisk meldingsutveksling i samhandlingsreformen: (N=16)	Frekvens
Deltar i FUNNKe eller planla deltakelse	14
Har ingen planer for elektronisk meldingsutveksling	1
Vet ikke	1

Det arbeidet som er kommet lengst er elektronisk meldingsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene. Fjorten av seksten kommuner i vår studie deltar i et nasjonalt prosjekt for innføring av elektronisk meldingsutveksling i helsetjenesten, der pleie- og omsorgstjenesten og helsestasjoner i løpet av tre år skal kommunisere elektronisk med fastleger og helseforetak (3). Respondent to sier: «*Har møter jevnlig og har startet prosessen. Har fått milepælsplan fra de andre kommunene, og jobber ut fra disse for å komme i mål.*» En respondent kjenner ikke til at de har plan for meldingsutveksling og en sier at det ikke finnes plan for dette. Fem av kommunene deltar i interkommunalt samarbeid eller samarbeid med helseforetak.

Utfordringer – «vi har verken kompetanse eller økonomi..»

Når det gjelder vurdering av måloppnåelsen i den enkelte kommune i forhold til IKT i Samhandlingsreformen så sier sykepleierne i elleve av seksten kommuner at denne er dårlig. De angir flere årsaker til at målene ikke er nådd. I hovedsak gjelder det manglende øko-

nomiske ressurser, ikke tilfredsstillende teknologiske løsninger, manglende opplæring og kompetanse er nevnt av flere. Respondent to sier «*Kommet veldig sent i gang. Har store innkjøringsproblemer Problemene besto i utstyr, opplæring, tekniske løsninger.*»

Tre angir at måloppnåelsen er bra eller middels bra, mens to har ikke svart.

Manglende opplæring i bruk av teknologi er en viktig årsak til at målene kan bli vanskelige å nå og respondent seks uttrykker det slik: «*Ingen har ansvaret for de forskjellige moduler. Ikke utnevnt lokal innføringsleder, ikke opplæringsansvarlig. Tilfeldig hvem som tar ansvaret.*»

Respondent sytten og tjue forteller: «*Dårlig måloppnåelse pga. svak kommuneøkonomi, settes av lite og ingen kompetansehevingsmidler. Ikke superbrukere. Ansvar ikke plassert – hos helse eller IT avdeling?*» og «*årsak er nok lite ressurser og mangel på kompetanse.*»

Våre funn viser at sykepleierne hadde mange forslag til hvordan målene om bruk av IKT i Samhandlingsreformen kan nås: Felles for disse forslagene er behovet for både gruppe- og individuell opplæring og oppdatering av kompetanse, både på spesielle og generelle dataferdigheter. At opplæringen er planmessig og systematisk og at det finnes «superbrukere» i avdelingen. Også fysiske forhold berøres – som respondent femten sier: «*Flere maskiner. Eget datarom, eller egen plass hvor man kan konsentrere seg om å skrive.*»

DISKUSJON

Et av hovedfunnene i studien er at det er et økende behov for teknologisk kompetanse (27). I diskusjonen om behovet for IKT kompetanse, som en del av sykepleiernes profesjonskompetanse sier Norsk Sykepleierforbund blant annet at teknologisk kompetanse er omsorg i en sykepleiesammenheng, som påvirker både kvalitet og pasientsikkerhet (28). Sykepleiere opplever ulike komplekse situasjoner hvor teknologi utfordrer kompetansen. Organisasjoner og systemer er kontinuerlig i utvikling rundt pasienten og sykepleieren må ha kunnskap om hvordan integrere omsorg og teknologi (28). Kravet om denne profesjonelle handlingskompetansen er knyttet til det utøvende eller performative aspekt ved profesjonsutøvelsen, der det trekkes veksler på en systematisk kunnskapsmengde i forhold til enkelttilfeller. Det innebærer at utøvelsen ikke skal være vilkårlig, og enkelttilfellene skal ytes rettferdighet i sin egenart. Den profesjonelle resonneringen baseres på fortolkning av enkelttilfeller ut fra generelle kunnskaper, samt handlingsmåter innenfor kontekstene (29). Profesjonell omsorg omfatter altså både teknologisk kompetanse og omsorgskompetanse (28).

I Finnmark har det historisk vært stor turn-over i stillinger og andelen nyutdannede sykepleiere er stor. Dette kombinert med små rurale fagmiljø gir større utfordringer (2). Det er kjent at mange nyutdannede sykepleiere opplever et kompetansegap mellom utdanningen og kravene i arbeidslivet (30). Dette blir beskrevet som et praksis-, realitets- eller virkelighetssjokk og forstås som et gap mellom hva utdanningen kan tilby og det arbeidslivet etterspør (31). Denne utfordrende grensekryssingen gjelder ikke bare mellom utdanning og arbeid, men også i nye arbeidskontekster som for eksempel i kommunehelsetjenesten ved innføring av Samhandlingsreformen. Grensekryssingen forutsetter læring for å kunne anvende kunnskapen i den nye konteksten (31). For å kunne yte profesjonell omsorg i den nye teknologiske konteksten som Samhandlingsreformen representerer, må sykepleierne implementere den nye kunnskapen i sin omsorgskompetanse (28).

I vår studie sier respondentene at økonomiske ressurser, ikke tilfredsstillende teknologiske løsninger, manglende opplæring og kompetanse er utfordringer for å nå målene i forhold til IKT i Samhandlingsreformen. I følge respondentene framkommer det utfordringer med brukergrensesnittet på de programmene som benyttes, blant annet et ønske om flere muligheter for utskrift av data som pleieplaner og et mer Windows-basert operativsystem. I følge Barnard (32) er teknologi både atferd, organisasjon og systemer. Man kan stille spørsmål om hvem dagens IKT systemer er nyttige for, og er de nyttige for profesjonene som skal benytte verktøyet. Er det slik at de teknologiske systemene er styrt av teknologiske verdier heller enn omsorgsverdier? Og hvordan kan da sykepleierne implementere disse i sine omsorgsverdier? Bouwman, van den Hooff, van de Wijngaert og van Dijk viser til at en vellykket implementering av IKT må ta hensyn til både kontekst, arbeidets art og brukernes kunnskap om egne arbeidsprosesser (15).

Knappe økonomiske ressurser og utdatert utstyr er kjente utfordringer i kommunehelsetjenesten (10). Ressurser i form av kvalifisert personell og tid har vist seg å ha stor betydning for gjennomføring av beslutninger. Ressurser betyr ikke alltid nye økonomiske ressurser, men også nye måter å organisere virksomheten på (33). I denne sammenhengen blir ledelse og planlegging av implementeringen et viktig moment (15).

Sykepleierne i vår studie opplever mange utfordringer eller hindringer knyttet til teknologi i Samhandlingsreformen, men påpeker samtidig at både effektivitet og kvalitet blir bedre når alle har lært seg systemene. I sitt daglige arbeid skal mennesker reagere hurtig og innstilles på forandring på kort varsel. En samfunnsutvikling som Jensen (34) kaller «oppbrudds samfunn», stiller større krav til omstillingsparathed og tilpassingsevne, enn til faste stabile strukturer. Kravet til denne fleksibiliteten gjenkjennes i sykepleieprofesjonen, og gjennom nye og endrede arbeidsoppgaver som ved innføring av Samhandlingsreformen (1). Ellstrøm utdypet kategoriene for hvilke krav arbeidsplassen stiller til kompetanse som: Fordype forståelsen basert på teoretisk kunnskap. Evne til å bygge operative bilder av virksomheten. Økt evne til oppdagelse, identifisering og diagnostisere problemer. Større evne til planlegging, problemløsning og beslutningstaking, og utpregede kunnskaper om de ulike aktuelle problemene (35). Utdanningen i sykepleie kvalifiserer for et yrke og en yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring, og læring må derfor ses i livslangt perspektiv der både yrkesutøver og arbeidsgiver har ansvar (11).

Vår studie kan tyde på at det er et sprik mellom idealer og realiteter i implementeringen av teknologi, knyttet til nasjonale mål og sykepleiernes opplevde virkelighet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Dette spriket knytter seg ikke til delmålet i reformen, om elektronisk meldingsutveksling, noe nesten samtlige kommuner har fått til gjennom FUNNKe, og som samsvarer med annen relevant forskning (36). Det som framkommer i vår studie er en mer strukturell implementeringsutfordring, som på sikt kan føre til at ønsket effekt av reformen ikke oppnås (15). Implementeringsproblemer er en kjent og komplisert del av gjennomføringen av de fleste politiske vedtak hvor overordnede mål skal operasjonaliseres i det praktiske liv. De implementeringsutfordringene vi finner i vår studie synes å omfatte både mangel på ressurser, planlegging, prosjektstyring, kompetanse og medvirkning i beslutningsprosesser (15,37). De Veer og Francke sier at for sykepleiere er det viktigste for å få implementert nye systemer, at disse bedrer kvaliteten på pleien og pasientsikkerheten. I arbeidet med implementering av nye systemer må dette perspektivet tas på alvor. Andre

aspekter ved ny teknologi, som besparelse av tid og penger, og reduksjon av administrasjon vektlegges mindre av den enkelte sykepleier (27,38). Effekten av implementering av IKT i organisasjonen er et samspill mellom kontekst, den individuelle bruker og teknologi. At brukeren av teknologien ser nytte av den, medfører bedre effektivitet og gjennomføring av oppgaver. Hvis teknologien derimot ikke oppleves som nyttig kan det føre til usikkerhet, utilfredshet og «information overload». Prosessen må justeres underveis i samhandling med brukeren, for å bedre muligheten for en vellykket implementering av IKT (15).

Hvordan møte behovet for IKT kompetanse?

En måte å imøtekomme kompetanseutfordringene kan være at den enkelte kommune, med god forankring i den øverste ledelsen, gjør en kompetansekartlegging, og ut fra denne lages en kompetansehevsingsplan for sykepleietjenesten som er tilpasset behovet. Dette kan gi en oversikt over hvilke områder som mangler kompetanse og bør prioriteres. Dersom kommunen allerede har en «ekspert» på data/teknologi, og kan sette opp like turnusplaner, slik at «noviser» kan få økt kompetanse ved å ha praksis og veiledning sammen med «eksperten» (39). Det kan være viktig å huske at i nye situasjoner der det kreves nye handlinger kan også erfarne praktikere ta roller som lærende (40), slik at den som er ekspert på et område kan være novise for eksempel i forhold til nytt IKT system. Yngre kolleger blir i vår studie trukket fram som flinke til å ta ny teknologi i bruk, og de kan være en ressurs i opplæring i avdelingen.

Studien viser at to kommuner skiller seg positivt ut knyttet til implementering av IKT. De hadde planer både for kompetanseoppbygging og implementering av Samhandlingsreformen, og respondentene fra disse kommunene angir høy måloppnåelse og god kompetanse på arbeidsstedet. Et annet felles kjennetegn for disse er at de har «likemenn» eller «superbrukere» på arbeidsplassen (1,41). Profesjon er hvordan moderne samfunn hovedsakelig institusjonaliserer ekspertise på ifølge Abbot (42). Ekspertise skiller seg fra noviser i forhold til kunnskap og ferdigheter, og en ekspert er en spesielt dyktig og saksyndig person. Det vil si et relasjonelt ekspertbegrep (43). Ericsson viser til komparative studier som tyder på mange fellestrekk uavhengig av hvilken type ekspertise det er snakk om (44). Ekspertisen løser et problem raskere, tenker raskere, klargjør hva problemet består i og oppfatter raskt relevant informasjon i den aktuelle situasjonen (43,45). Schön (46) ga kritikk av profesjonsutdanningene, da de hadde sin klare begrensning i utvikling av ekspertise, og mente utdanningene måtte suppleres med profesjonell praksis og veiledning.

Kvalifisering på arbeidsplassen etter endt utdanning er sentralt ifølge Eraut (47). Han ser på hvordan epistemisk påstandskunnskap kan transformeres til profesjonell handling. Han skiller mellom fem ulike stadier for de komplekse prosessene som kjennetegner overføring av kunnskap fra en kontekst til en annen – grensekryssingen: utvelgelse av relevant informasjon, forståelse av den nye situasjonen, erkjenne relevante kunnskaper og ferdigheter, omforme til ny situasjon og integrere dem med nye kunnskaper og ferdigheter i ny situasjon (47-49).

Dette stemmer med våre funn der respondentene ønsker systematisk og organisert opplæringstilbud for å øke kompetansen på bruk av IKT systemer med korte, jevnlig sekvenser både individuelt og gruppevis.

Videokonferanse eller pc-baserte kommunikasjonsverktøy kan brukes til samarbeid og samskapt læring (50,51). På denne måten kan mindre kommuner få hjelp fra superbrukere i større kommuner, eller omvendt. Praksisperiode eller hospitering i tillegg kan være en måte å møte utfordringene, da det uten praktisk erfaringskunnskap kan bli «tekniske overflatestudier» og en «slagside» i teoretisk retning (14,52). Et annet alternativ kan være veiledningsgrupper hvor man løser case for eksempel i forhold til elektronisk inn/utskrivning, ulike meldingsskjema eller plan for pleien. Ved å bruke konkret case kan man få en samskapt læring som kobler kunnskapsutvikling sammen med handling for å løse helt konkrete problemstillinger i alle ledd av tjenestene (51,53). På den måten kan aktørene for eksempel fra sykehus bli kjent med teknologiske problemstillinger fra kommunehelsetjenesten og motsatt, og dermed økt kompetanse i forhold til hverandres utfordringer og hvordan disse kan løses (50).

Sykepleierstudiet har femti prosent praktiske studier og her møter studentene de fagprogrammene som er i bruk i den enkelte kommune. Det vil være naturlig å knytte læringsutbyttebeskrivelser også til teknologi for å vise teknologiens betydning for sykepleieutøvelsen, og dermed integrere den teknologiske kunnskapen i omsorgskompetansen.

KONKLUSJON

Effekten av en vellykket implementeringsprosess viser seg i korrekt bruk av IKT systemer i det daglige arbeidet. I vår studie framkommer det utfordringer knyttet til implementering av IKT i kommunehelsetjenesten i Finnmark, noe som kan svekke både kvalitet og pasientsikkerhet. Studien kan bidra til å øke bevisstheten rundt behovet for systematisk arbeid, god planlegging og brukermedvirkning i implementeringsprosesser.

Resultatet av studien kan bidra til at kommunene i Finnmark fylke kan få oversikt og komme videre i arbeidet med implementering av IKT. Studien kan også ha relevans som en diskusjon rundt implementerings- og kompetanseutfordringer knyttet til IKT generelt, og overføringsverdi til andre kommuner i Norge og andre land.

Det kan være nyttig å gjennomføre oppfølgingsstudier med dybdeintervju av ansatte i de kommunene som har suksess og hvor spriket mellom idealer og realiteter er mindre. En annen innfallsvinkel kan være å flytte perspektivet for undersøkelsen høyere opp i kommunens ledelsesnivå for å finne deres synspunkter på samme tema.

Andre områder for videre studier kan være å belyse behov for samarbeid om kompetanseoppbygning mellom utdanning og arbeidsliv, og hvordan bruk av IKT systemer påvirker pasientsikkerhet og kvalitet i rurale strøk.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (2008–2009) [Sitert 2014 Januar 12]. Tilgjengelig på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
2. Winters CA editor. Rural nursing: Concepts, theory, and practice. 4th ed. New York: Springer; 2013
3. 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? *Int J Circ Health* 2012; 71:17902. DOI: 10.3402/ijch.v71i0.17902

4. Norbye B, Furu R, Leslie I, Steinerowski A. Creating sustainable rural healthcare networks through new technology and learning opportunities. *EUREKA Digital UiT* 2008 (4): 21.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Si@! Handlingsplan for videreføring av IT-satsing i helse- og omsorgssektoren. (2001–2003) [Sisert 2015 november 12]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/si--statlig-tiltaksplan-2001-2003/id105603/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Samspill 2.0. (2008–2013). [Sisert 2015 november 12]. Tilgjengelig på: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00047/Samspill_2_0_-strate_47719a.pdf 25
7. Lyngstad M, Melby L, Grimsmo A, Hellesø R. Toward increased patient safety? Electronic communication of medication information between nurses in home health care and general practitioners. *Home Health Care Manag Pract* 2013; 25(5): 203–211. DOI: 10.1177/1084822313480365
8. Statens helsetilsyn. Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten status, utfordringer og behov; 2014 [Sisert 2015 november 19]. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten-status-utfordringer-og-behov>
9. Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Dokument 3:6 (2013–2014) [Sisert 2015 november 20]. Tilgjengelig på: <https://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2013-2014/RiksrevisjonensUnders%C3%B8kelseOmElektronisk-Meldingsutveksling.pdf>
10. Kommunenes Sentralforbund. Strategi- og handlingsplan for IKT i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Oslo: KS; 2008.
11. Kunnskapsdepartementet. [Internet] Rammeplan for sykepleierutdanningen; 2008. [sisert 2015 mai 25] Tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
12. Staggers N, Gassert CA, Curran C. Informatics competencies for nurses at four levels of practice. 2001; *J Nurs Educ* 40(7): 303–316.
13. Spetalen H. Kompetansebegrepet i profesjonsutdanning. Småskrift nr. 2 Lillestrøm: Høgskolen i Akershus; 2010.
14. Grimen H. Profesjon og kunnskap. In: Molander A, Terum LI. editors. Profesjonsstudier. Oslo: Kunnskapsforlaget; 2008: p. 71–86.
15. Bowman H, van den Hoff B, van den Wijngaert L, van Dijk J. Information and communication technology in organizations. London: Sage Publications; 2005.
16. Standish Group. [internet] Chaos Report 2015. [sisert 2015 november 25] Tilgjengelig på: <http://www.infoq.com/articles/standish-chaos-2015>
17. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2002.
18. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring. 3th ed. Oslo: TANO; 1996.
19. Hammersley M, Atkinson P. Ethnography-principle in practice. London: Tavistock Publication; 1996.
20. Leseth AB, Tellmann SM. Hvordan lese kvalitativ forskning? Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
21. Grønmo S. Samfunnsvitenskapelige metoder. Oslo: Fagbokforlaget; 2004.
22. Grimen H. Samfunnsvitenskapelige tenkemåter. 2th ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
23. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug; 1996
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Ed Today* 2004; 24(2):105–12. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
25. Ricœur P. Hva er en tekst?: å forstå og forklare. In: Lægreid S, Skorgen T, editors. Hermeneutisk lesebok. Oslo: Spartacus; 2001 p. 59–84.
26. Nasjonalt senter for telemedisin, FUNNKe region Nord 2010–2014. [Internet]. Innføring av elektronisk meldingsutveksling i helsetjenesten. [Sisert 2015 mai 29]. Tilgjengelig på: <http://www.telemed.no/funnke.164942.en.html>

27. Pedersen KR, Tingvoll W-A. Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. In: Kassah BLL, Tingvoll W-A, Kassah AK, editors. Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Bergen: Fagbokforlaget; 2014 p. 87–105
28. Norsk Sykepleierforbund. [Internet]. Sykepleierprofesjon i utvikling: eHelse; 2013–2016 [sitert 2015 juni 1] Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/Content/2199915/Politisk%20plattform%20eHelse.pdf>
29. Molander A, Terum LI, editors. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget: Oslo; 2008.
30. Smedby JC, Vågan A. Fra utdanning til praksis. In: Alvsvåg, H, Førland, O, editors. Engasjement og læring – fagkritiske perspektiver på sykepleie. Oslo: Akribe; 2007 p. 81–99.
31. Eriksen L, Huemer J. Dialogkonferanse i klasserommet – bro til bedre læring. Norsk pedagogisk tidskrift. 2013; 97(1): 4–16.
32. Barnard A. Towards an understanding of technology and nursing practice. In: Greenwood J, editor. Nursing Theory in Australia: Development and application. Australia: Prentice Hall Health; 2000.
33. O'Toole LJ Jr. The theory-practice issue in policy implementation research. Public Administration. 2004; 82(2):309–329. DOI: 10.1111/j.0033-3298.2004.00396
34. Jensen B. Kompetence og pædagogisk design. København: Gyldendal Uddannelse; 2002.
35. Ellström PE. Yrkeskompetens och lärande i processoperatörers arbete: en översikt av teori och forskning. Linköping: Linköpings universitet; 1997:1404-8183: 200.
36. Lyngstad M, Grimsmo A, Hofoss D, Hellesø R. Predictors for assessing electronic messaging between nurses and general practitioners as a useful tool for communication in home health care services: a cross-sectional study. J Med Internet Res 2015; 17(2):e47. DOI: 10.2196/jmir.4056.
37. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. Oslo: Fagbokforlaget; 2013.
38. De Veer AJ, France AJ. Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2010;47(7):846–54. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.016.
39. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Westley; 1984.
40. Lahn LC, Jensen K. Profesjon og læring. In: Molander A, Terum LI, editors. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008: p. 295–305.
41. Topping K. Peer tutoring for flexible and effective adult learning. In: Sutherland P, editor. Adult learning: A reader. London: Kogan Page; 1997: p. 106 – 121.
42. Abbott A. The system of professions: An essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
43. Smedby JC. Profesjon og ekspertise. In: Molander A, Terum LI, editors. Profesjonsstudier II. Oslo: Universitetsforlaget; 2013: p. 17–26.
44. Ericsson KA. An Introduction to the Cambridge handbook of expert Performance: Its development, organization, and content. In: Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffmann RR, editors. The Cambridge handbook of expertise and expert performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2006: p. 3–19.
45. Feltovich PJ, Prietula MJ, Ericsson KA. Studies of expertise from psychological perspectives. In: Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffmann RR, editors. The Cambridge handbook of expertise and expert performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2006: p. 41–69.
46. Schön DA. Educating the reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
47. Eraut M. Developing professional knowledge and competence. London: Falmer Press; 1994.
48. Eraut M. Transfer to knowledge between education and workplace settings. In: Rainbird H, Fuller A, Munro A, editors. Workplace learning in context. London: Routledge; 2004 p. 201–221.
49. Smedby JC. Profesjon og utdanning In: Molander A, Terum LI, editors. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008 p. 87–102.
50. Nilsen LL. Collaboration between professionals: The use of videoconferencing for delivering e-health. Future Internet. 2012; 4(2): 362–371. DOI:10.3390/fi4020362

51. Greenwood DJ, Levin M. Introduction to action research social research for social change. Thousand Oaks Calif: Sage publication; 1998.
52. Mintzberg H. Managers – not MBAs. A hard look at the soft practice of managing and management development. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2004.
53. Levin M, Klev R. Forandring i praksis – læring og utvikling i organisasjoner Bergen: Fagbokforlaget; 2002.

Urfolksperspektiv i utdanning

Sykepleieutdanninger i Norge uten urfolkskunnskap?

Liss Eriksen

Førstelektor, Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet

liss.t.eriksen@uit.no

Berit Bongo

Førsteamanuensis, Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet

berit.a.bongo@uit.no

Grete Mehus

Førsteamanuensis, Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet

grete.mehus@uit.no

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Urfolksperspektiv i utdanning. Sykepleieutdanninger i Norge uten urfolkskunnskap? Hensikten med denne studien er å utforske urfolksperspektiv i utdanningen av sykepleiere i Norge. **Metode:** I studien deltar 25 av de 26 norske sykepleierutdanninger. Det ble gjennomført en dokumentanalyse som er en kvalitativ innholdsanalyse av fagplan for hver enkelt utdanning, der samiske kulturforhold, helseforståelse og tilnærming til sykdom er vektlagt. **Funn:** De fleste utdanningene har læringsutbytte på de generelle kulturelle forhold. Læringsutbytte på samisk kultur og språkforståelse har ingen. Kun en har tematisert innholdsbeskrivelse på samiske kulturelle forhold. Åtte av atten skoler har litteratur på samiske kulturforhold, og fem av utdanningene er utenfor det kjernesamiske området fra og med Trøndelag og nordover. Under halvparten av utdanningene i det kjernesamiske området har ikke litteratur på samiske kulturforhold. **Konklusjon:** Det er manglende fokus på urfolksperspektiv i fagplanene til sykepleierutdanning i Norge. Vi anbefaler at samisk perspektiv vektlegges og tas med i utformingen av ny Rammepplan.

Nøkkelord

Helse, kultur, kulturforståelse, samisk

INDIGENOUS PEOPLES' PERSPECTIVE IN EDUCATION. NURSE EDUCATION IN NORWAY WITHOUT KNOWLEDGE ABOUT INDIGENOUS PEOPLES?

The objective of this study is to explore indigenous peoples' perspectives in the education of nurses in Norway. **The method:** 25 out of 26 nursing education institutions in Norway have been included in the study. Each school curriculum has been analyzed with an aim to map out how it reflects Sami culture, health issues, and approach towards illness. **Findings:** Most school curriculums have learning outcomes on general cultural issues. No schools have learning outcomes on Sami culture and language knowledge. Only one school has a description on specific Sami culture issues. Eight out of eighteen schools have literature on Sami cultural issues, and five of these schools are outside of the Sami core areas. Less than half of the schools in the Sami core areas do not have literature on Sami culture. **Conclusion:** There is a lack of focus on indigenous peoples' perspectives in the nursing school curriculums in Norway. We recommend that the Sami perspective is emphasized and included in the development of a new framework plan.

Keywords

Culture, culture issues, health, Sami

Denne studien er en av tre pågående studier med fokus på sykepleiertjenesten for den samiske befolkningen. Gjennom analyse av fagplaner fra sykepleierutdanninger i Norge 2014, har vi sett på læringsutbytte og litteraturlister som omhandler kunnskap om den samiske pasient, kultur og samfunn. Tidligere forskning har vist at det fortsatt er mangler i innhold og vektlegging av samiske pleie- og omsorgsforhold og dets tilhørende begreper i sykepleiepraksis (1–7). Vår problemstilling vil se på utdanningenes innhold på samiske kulturforhold, helseforståelse og tilnærming til sykdom.

Samiske pasienter i Norge er samer fra alle geografiske og ulike kulturelle områder i Norge. En ikke kan snakke om en ensidig samisk kultur, for eksempel har man sjøsamer med kystkultur, og reindriftssamer med dens kultur. Begrepet samer omfatter her alle samer som har bevart samisk språk og har vokst opp i områder hvor samisk språk og kultur har vært levende. Samer som på grunn av fornorskningprosessen har mistet samisk språk og kultur inngår også her. Blix Hansen, Hamran og Normann (8) har analysert begrepsbruken i fire politiske dokumenter, og kritiserer blant annet at samer som har mistet språket og har vokst opp i andre kulturer enn i de såkalte typiske samiske områder, bare blir nevnt i disse dokumentene. Bongo (3) sier at etnisitet blir forstått som tilhørighet til en folkegruppe. Tilhørigheten skjer gjennom familie og slekt, som er viktig og verdifull for den det gjelder. Med en slik forståelse av etnisk tilhørighet kan en ha flere tilhørigheter til ulike grupper, og mange mennesker føler seg hjemme i flere kulturer. I denne oppfatningen handler ikke etnisitet i første omgang om forskjeller og grenser mellom folkegrupper. Norsk og samisk etnisitet utelukker ikke hverandre, selv om språkene er svært ulike og mange kulturtrekk kan være forskjellige (3,9).

I Stortingsmelding nr. 25 Mestring, muligheter og mening, om framtidens utfordringer (2005–2006) (10) henvises det til at samiske tjenestemottakere har rettigheter i forhold til nasjonale og internasjonale konvensjoner, samt til sameloven som sikrer bruk av samisk språk. Samer utgjør ikke en ensartet gruppe, og det bor samer i hele Norge. Den samiske

kulturen er dynamisk og i stadig endring i forhold til det samfunnet vi lever i, og samisk språk og kulturell kompetanse må sikres.

St.meld. nr.47 Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted- til rett sted (2008–2009) (11) sier at en bør være i dialog med Sametinget om hvordan prioritering og innretting av samhandlingstiltak kan gi gode effekter overfor den samiske befolkningen. Den henviser også til språk og kulturell kommunikasjon.

NoU 1995:6 anbefaler at en må utvikle den samiske kultur kompetansen i hele landet. Det slås fast at en kvalitetsindikator i institusjoner ville vært å ha kurs for nyansatte i samisk historie og kultur og i bruk av tolketjenesten. En ønsker også kapitler om etnisk medisin og håndbøker for helsepersonell som kan gjøre dem kjent med flere etniske og flerkulturelle forhold. I Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002–2005, Manggabealatvuohta ja ovttadassasvuotta / Mangfold og Likeverd (12), skrives det: «Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og sosialpersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til eller forstår samers bakgrunn, tenke – og væremåte» (12, s.53). Det blir ikke bare lagt vekt på det språklige, men også på at det er ulike forståelser og bruk av kommunikasjonsteknikker. Handlingsplanen for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge (2002–2005) sier at samisk helseforskning er nødvendig for å fremme kunnskap om språk, kultur, religion og øvrige samfunnsforhold. Det vil være interessant å se på om hvordan og om fagplanene i sykepleierutdanningen imøtekomme disse overnevnte forslagene (8,11,13).

INTERNASJONALE RETTIGHETER OG SAMER SOM URFOLK

Sápmi er navnet på det landområdet, som har samisk befolkning over fire landegrenser, Norge, Sverige, Finland og Russland. Ved siste Stortingsvalg i Norge var det ifølge Sametinget registrert 15 356 medlemmer i Samemantallet (14). I 2008 antar man at det er mellom 50 000 og 65 000 samer i Norge (1).

Samiske pasienter har behov for, og rett til å bli møtt med samisk språk-, kultur – og tradisjonskompetanse når de er syke og utsatte i henhold til Sameloven 12. juni 1987 (15) og ILO konvensjonen nr. 169, om urfolks rettigheter (16). ILO konvensjon nr. 169 ble ratifisert av Norge 20. juni 1990.

Samene er Norges eneste urfolk og i ILO konvensjon nr. 169 artikkel 7, punkt 2 sier:

Forbedring av levekår, arbeidsforhold og standarder for helse og utdanning for vedkommende folk skal foregå med deltaking fra og i samarbeid med dem og skal prioriteres i planer for den allmenne økonomiske utvikling av de områder der de bor. Spesielle utviklingsprosjekter for disse områdene skal også legges opp slik at de fremmer slike forbedringer. (16)

I følge FN har mange land forsøkt å tvinge urfolk til å tilpasse seg «moderne» leveveier. Fram til 1950 tallet var det i Norge forbudt for samer å snakke og lære bort samisk på skolen.

Som en del av denne «fornorskingsprosessen» ble samisk kultur, språk og religion undertrykt så mye at den nesten forsvant. Lover og reguleringer førte til at det ble vanskelig for samer å fortsette fiskeri- og reindriftsnæringen – som de hadde drevet i århundrer (17).

I dag møter sykepleierne pasienter og brukere av helsetjenesten som har vært gjennom denne fornorskingsprosessen, men som fortsatt kan være en del av den samiske kulturen. Kulturbegrepet kan beskrives på mange måter. Vi støtter oss til Eriksen og Sajjads (18, s.35) beskrivelse av begrepet, som de har fra antropologen Edward Tylor i 1871.

Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helheten som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus, skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn.

Kultur er ikke medfødt, men nedarves i generasjoner gjennom sosialisering av ferdighetene, språk og levemåte som kreves for å beherske utfordringene i det samfunn og naturmiljø du fødes inn i. Eriksen og Sajjad (18, s.41) presiserer at «kultur kan altså betraktes som en slags mental matrise for handling; summen av alle erfaringer, kunnskap og verdier vi bærer med oss, og som vi handler på grunnlag av».

Man kan ha flere måter å tilnærme seg kultur i sykepleiefaget, og de fleste er preget av å ha fokus på sykepleieren og hvordan hun/han mestrer og oppfatter møtet med pasienten i en kulturell kontekst. En annen innfallsvinkel i møtet mellom pasienten og sykepleier er å undersøke hvordan pasienten opplever kulturell trygghet i sitt møte med helsevesenet.

Kultursensitivitet beskrevet av Magelssen (19) er et todelt begrep som stekker seg utover det konkrete og tar frem en ny dimensjon; en skal se intensjonen bak det som blir formidlet. For å gjøre det må man ha evne til empati å kunne gi gjensvar. Dette er noe som vektlegges i norske sykepleierutdanningene generelt. New Zealand har implementert begrepet cultural safety i alle sine sykepleierutdanninger etter påtrykk fra deres urfolksgruppe maoriene (20–26). Utdanningene har vektlagt personsentrert sykepleie, der pasienten skal kunne føle at de blir imøtekommet og ivaretatt på en kulturell trygg måte.

SYKEPLEIEUTDANNING I NORGE

I Norge kan departementet fastsette nasjonal rammeplan for den enkelte utdanning ifølge lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 3-2 (27). Rammeplanen for sykepleierutdanning beskriver utdanningens mål og formål, utdanningenes omfang og innhold, retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger (27). Den enkelte utdanningsinstitusjon tar utgangspunkt i den nasjonale rammeplanen når fagplanene utarbeides (27). Fagplanen viser organisering, læringsutbytter og tilrettelegging av studieprogrammene til den enkelte institusjon, og avspeiler tematikk, undervisningen og den litteratur studiestedene velger å vektlegge i utdanningen av sykepleiere. Det er gitt en frihet til institusjonene selv å forme innhold på bakgrunn av vektning av hovedemnene i rammeplanen (27).

De hovedemnene vi har fokus på i denne studien er først «sykepleiefaget og yrkesgrunnlaget», som omfatter sykepleierens funksjon og oppgaver i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det andre er «samfunnsvitenskapelige emner» som psykologi og pedagogikk, som omfatter: kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning, sosiologi og sosialantropologi, stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk (27). Det vil være innenfor disse emnene studiestedets læringsutbytte rettet mot kulturkompetanse, kultursensitivitet og kulturforståelse generelt fremkommer.

For å kartlegge om utdanning av sykepleiere i Norge fokuserer på det samisk perspektiv har vi analysert innholdet i fagplanene ved sykepleierutdanningene i Norge, med bakgrunn i etablerte utdanningsinstitusjoner i 2014.

METODE OG ANALYSEFORM

Utvalg

Det ble sendt skriftlig forespørsel til de 26 etablerte høyrere utdanningsinstitusjoner i Norge med sykepleierutdanning om de kunne bidra med å sende inn fagplaner på treårig grunnutdanning i sykepleie, og etter to forespørsler bidro 24 til å sende inn disse elektronisk.

Tabell 1: Oversikt over alle landets universitet og høyskoler pr. 2014 som har sykepleierutdanning og som deltar/ikke deltar i undersøkelsen.

Universitet/Høgskole	Har levert fagplan	Har levert litteraturliste
1. Diakonhjemmets høgskole i Oslo	X	-
2. Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen	X	X
3. Høgskolen Betaina	X	-
4. Høgskolen Diakonova	X	X
5. Høgskolen i Bergen	X	X
6. Høgskolen i Buskerud og Vestfold	X	-
7. Høgskolen i Gjøvik	X	X
8. Høgskolen i Harstad	X	X
9. Høgskolen i Hedmark	X	-
10. Høgskolen i Molde	X	X
11. Høgskolen i Narvik	X	X
12. Høgskolen i Nesna	X	X
13. Høgskolen i Nord-Trøndelag	X	X
14. Høgskolen i Oslo og Akershus	X	X*
15. Høgskolen i Sogn- og Fjordane	X	X
16. Høgskolen i Stord/ Haugesund	X	X
17. Høgskolen i Sør-Trøndelag	X	X
18. Høgskolen i Telemark	X	X
19. Høgskolen i Østfold	X	X
20. Høgskolen i Ålesund	X	-
21. Lovisenberg diakonale høgskole	X	-
22. Universitetet i Agder	X	X
23. Universitetet i Nordland	X	-
24. Universitetet i Stavanger		Deltar ikke
25. Universitetet i Tromsø	X	X
26. Høgskolen i Finnmark	X	X

* Har ikke sendt komplette litteraturlister

Utover dette hadde en utdanning komplett fagplan og litteraturlister på internett, denne er inkludert i materialet ($n = 25$). Dette utvalget er basert på de eksisterende lister over utdanningsinstitusjoner i 2014 fra NSD, database for høyere utdanning (28). Av de 25 som er inkludert er det 7 som ikke har komplett litteraturliste, de er tatt med i studien og merket minus på litteraturliste i tabell 1. De siste årene har universiteter og høyskoler gjennomgått fusjoner og antallet institusjonssteder er redusert.

Dokumentanalyse

Vi valgte å bruke dokumentanalyse som er en kvalitativ innholdsanalyse. I dokumentanalysen samlet vi inn data via fagplanene, som vi analyserte for å få frem viktige sammenhenger og relevant informasjon om det samiske perspektivet, eller som Grønmo (29) sier, de forholdene i samfunnet vi ønsker å studere. Ordet dokument kan brukes om alle skriftlige kilder som er relevant for forskeren under sin analyse, alt fra offentlige dokumenter som stortingsmeldinger og årsrapporter til dokumenter av privat karakter som dagbøker og brev. Ved bruk av dokumentanalyse må litteraturen vurderes etter den konteksten den settes i (30). I denne studien har vi blant annet brukt dokumenter fra FN, den norske regjeringen og Sametinget, som vi mente var aktuell i vår kontekst. Alle disse lovverkene er intensjonene i en dokumentsammenheng, og fagplanene vil således representere i hvor stor grad disse intensjonene er implementert.

Validitet og reliabilitet

Fagplanene ble analysert i to omganger av minst to av artikkelforfatterne, for å sikre validitet i funnene. For kvalitetssikring ble tre av fagplanene lest og analysert av samtlige artikkelforfattere. Vi benyttet et datainnsamlingskjema som hadde kategoriene; innholdsbeskrivelse av samiske kulturelle forhold, læringsutbytte på kulturelle forhold generelt, læringsutbytte på samiske kulturelle forhold, og læringslitteratur på samiske kulturforhold.

Funnene fra analysen av hver enkelt fagplan ble diskutert og strukturert i forhold til overnevnte kategorier. Flere utdanninger hadde ikke komplette litteraturlister. Det var mye litteratur som skulle gjennomgå og vi kan ha oversett noe, som kan være en feilkilde. En utfordring i funndelen var at tematikk/innhold i fagplaner og litteraturlister ikke samsvarte. Der det var litteratur om samiske forhold, var dette ikke nødvendigvis tematisert i emnets innholdsdel.

RESULTATER

Funnene presenteres i tre tabeller. Tabell to viser oversikt over hvem i utvalget som har tematisert innholdsbeskrivelse-, læringsutbytte (LU) og/eller læringslitteratur (LL) på samiske kulturforhold og generelle kulturelle forhold.

Tabell 2: Oversikt over hvilke universiteter og høyskoler som har utformet læringsutbytte (LU) og/eller har litteraturliste (LL) på samiske kulturforhold og generelle kulturforhold

Universitet/Høyskole	Tematisert innholdsbeskrivelse på samiske kulturelle forhold	LU på kulturelle forhold generelt	LU på samiske kulturelle forhold	LL På samiske kulturforhold
1. Diakonhjemmets høyskole i Oslo	Nei	Ja	Nei	–
2. Haralds plass diakonale høyskole i Bergen	Nei	Ja	Nei	Nei
3. Høyskolen Betanina	Nei	Ja	Nei	–
4. Høyskolen Diakonova	Nei	Ja	Nei	Ja
5. Høyskolen i Bergen	Nei	Ja	Nei	Ja
6. Høyskolen i Buskerud og Vestfold	Nei	Ja	Nei	–
7. Høyskolen i Gjøvik	Nei	Ja	Nei	Nei
8. Høyskolen i Harstad	Nei	Ja	Nei	Nei
9. Høyskolen i Hedmark	Nei	Nei	Nei	–
10. Høyskolen i Molde	Nei	Ja	Nei	Ja
11. Høyskolen i Narvik	Nei	Ja	Nei	Nei
12. Høyskolen i Nesna	Nei	Nei	Nei	Nei
13. Høyskolen i Nord-Trøndelag	Nei	Ja	Nei	Nei
14. Høyskolen i Oslo og Akershus	Nei	Ja	Nei	Nei
15. Høyskolen i Sogn- og Fjordane	Nei	Ja	Nei	Nei
16. Høyskolen i Stord/ Haugesund	Nei	Ja	Nei	Ja
17. Høyskolen i Sør-Trøndelag	Nei	Ja	Nei	Ja
18. Høyskolen i Telemark	Nei	Ja	Nei	Nei
19. Høyskolen i Østfold	Nei	Ja	Nei	Nei
20. Høyskolen i Ålesund	Nei	Ja	Nei	–
21. Lovisenberg diakonale høyskole	Nei	Ja	Nei	–
22. Universitetet i Agder	Nei	Ja	Nei	Ja
23. Universitetet i Nordland	Nei	Ja	–	–
24. Universitetet i Stavanger	Deltar ikke			
25. Universitetet i Tromsø	Ja	Ja	Nei	Ja
26. Høyskolen i Finnmark	Nei	Ja	Nei	Ja

– Ikke tilgjengelig litteraturliste

Tabell to viser at nesten alle utdanningene har beskrevet læringsutbytte på de generelle kulturelle forhold. Det er kun utdanning nummer 25 som har tematisert innholdsbeskrivelse på samiske kulturelle forhold, med det er ikke videreført til læringsutbytte på samiske kulturelle forhold og har heller ikke litteratur på samiske kulturforhold. Ingen av utdanningene hadde læringsutbytte på samisk kultur og språkførståelse i sin fagplan, men det var flere av fagplanene som har det med som emneinnhold i for eksempel Global Health (utdanning nummer 5). Dersom vi tar bort utdanningsinstitusjonene som ikke har levert litteraturliste, viser det at åtte av atten skoler har litteratur på samiske kulturforhold, og fem av disse utdanningene er utenfor det kjernesamiske området som regnes fra og med Trøndelag og nordover. Under halvparten av utdanningene i det kjernesamiske området har ikke litteratur på samiske kulturforhold.

I tabell tre viser vi noen eksempler på hvordan dette framkommer i den enkelte fagplan. Sitatene er nummerert først med utdanningens nummer.

Tabell 3: Eksempler på formulering av tema/innhold og læringsutbytte i fagplanene til utdanningene med samiske fokus

Tematisert innhold på kulturelle forhold generelt	25. «Kulturens betydning i helse og sykdom. Samisk helse- og sykdomsførståelse belyses spesielt» s. 34+36
Læringsutbytte på kulturelle forhold generelt	4. «Ha kunnskap om kulturbegrepet, kulturelle uttrykk og hvordan mennesker i ulike kulturer oppfatter helse og sykdom» s.42. «Ha kunnskap om sykepleieutøvelse i et tverrkulturelt perspektiv» s.48
	25. «Beskrive kulturelle utfordringer, både sett fra pasientens og helsearbeiderens side» s. 34 (Fellesemne for alle helseutdanninger på Helsefakultetet UiT.) «Identifisere og problematisere kulturelle og strukturelle maktfaktorer i helsevesenet» s. 39
	10. «Kjenne til utfordringer i reproduktiv helse i et kulturelt og internasjonalt perspektiv» s.16

Tabell 4: Eksempler på litteratur med samiske fokus i noen fagplaner

25. Nymo R. (2007)	Sensibility: New focus in Sami health care education. The Australian Journal of Indigenous Education (36) Supplement.
26. Balto A. (2003)	Samiske verdier I: Fortellinger fra Sápmi. Eriksen (red) s. 155–62.
26. Bongo B. (1986)	Sykepleie som mellommenneskelig aspekt. Sámi medica (3).
26. Nymo R. (2007)	Den samiske pasientens mangfold-er omsorgsyteren beredt til møtet? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 4 (1), 25–42. mellommenneskelig aspekt: hva betyr kulturell bakgrunn og identitet i utøvelse
26. Myrvoll M.(2000)	Kunnskapstradisjon og samiske helbredere. I: I. Altern & G.T Minde: Samisk folkemedisin i dagens Norge. Rapport fra seminar i regi av Institutt for sosiologi og senter for samiske studier, Tromsø 26–27.nov. 1998.UiT.
4, 5, 10, 16, 22. Kristoffersen NJ, Nordtvedt F og Skaug EA. (red) (2011)	Grunnleggende sykepleie. Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag. Kapittel 26.

DISKUSJON

Dokumentasjonsanalysen viser hvordan overordnede intensjoner uttrykkes i fagplaner. Våre funn viser at kun en av utdanningsinstitusjonene i Norge har tematisert innhold på samisk helse- og sykdomsforståelse spesielt, mens ingen av utdanningene hadde læringsutbytte på samiske kulturelle forhold. I studien vår framkom det at under halvparten av institusjonene med tilgjengelig litteraturliste hadde læringslitteratur på samiske kulturforhold.

Fra HiST (nummer sytten) fikk vi tilsendt et undervisningsopplegg som hadde fokus på helsetjenester til samiske pasienter. Undervisningen gir en innføring i samiske helseforhold, og hvordan sykepleierne kan forberede seg på møter med samiske pasienter.

At slike undervisningsopplegg eksisterer til tross for at de ikke finnes skriftlig nedfelt læringsutbytte eller en læringslitteratur i emnet gir en indikasjon på en «skjult læreplan». Den pedagogisk definisjonen på begrepet «skjult læreplan» er den undervisningsaktiviteten, de metodene og den tematikken læreren velger uten at det er nedskrevet i fagplaner. Her ser man at det fagplanene indikerer kan være annerledes enn hva som fremkommer i undervisningen (31). Vitenskapelig personell kan selv velge fokus de anser som viktig, når dette ikke er kommunisert gjennom deres fagplan. Vi kan derfor ikke utelukke at flere studiesteder har slike skjulte læreplaner knyttet til forhold rundt undervisning i samisk kultur og helseforhold.

En annen forklaring kan være at bruk av læringsutbytte er et relativt nytt begrep (32). På noen utdanninger kan det være administrative begrensninger i fagplanmalene i forhold til antall læringsutbytter på hvert emne. Omfanget på emnene kan også gjøre at læringsutbytterne er generelle, eller at det bare er plass til ett eller få læringsutbytter om kulturforståelse. Utdanningsstedet velger kanskje et generelt læringsutbytte og lar pensum vise hva som er innholdet.

Sykepleierstudenter er bærere av egen kultur når de kommer inn på et sykepleierstudium. Hvordan deres kulturkompetanse generelt er vil være preget av hvem de er, hvilken bakgrunn de har og hvor åpen de er for møte andre kulturer. Den profesjonelle kulturkompetansen hos en sykepleier kan utvikles på flere måter. Enten gjennom nærstudier av en kulturs uttrykkeform, levemåte og forståelse av verden og dem selv, eller ved å lære seg å være sensitiv for andre måter å leve i og møte verden på, enn den de selv har blitt sosialisert inn i.

Vårt hovedfunn er at ingen av utdanningene hadde læringsutbytte på samiske kulturelle forhold, og halvparten av utdanningene i studien hadde ikke læringslitteratur på samiske kulturforhold. Dette til tross for at regjeringen har anerkjent ILO nr. 169, som sier at vi har en urfolksgruppe som må anerkjennes på alle nivå. Ratifiseringen medfører at norske utdanningsinstitusjoner har et spesielt ansvar for å fremme urfolksgruppen i sine fagplaner i høyskoler og universiteter (16).

Sykepleierutdanningen skal ta ansvar for mennesker i særlig utsatte og sårbare situasjoner, og bør være spesielt oppmerksomme på at vi har en urfolksgruppe som har en tilnærming mot helse, sykdom, kommunikasjon og orientering i verden som kanskje ikke er lik det vestlig orienterte medisinske paradigmatets tankesett (22,33). I de neste studiene vil vi blant annet se på sykepleietilbudet til samiske pasienter og deres opplevelse av møte med helsepersonell, noe som senere kan være aktuelt for undervisning ved sykepleierutdanningene.

KONKLUSJON

Innholdet i fagplaner i sykepleierutdanning i Norge har mangler og er ulike hva gjelder samiske perspektiver. Hver utdanningsinstitusjon er fristilt til å gi fagplaner innhold innfor Rammeplanens krav for godkjenning. Endring av innhold for å gi planverket samiske perspektiver kan gjøres på to nivå; 1) av utdanningsinstitusjonene selv fordi de ser at det mangler det, eller av 2) utdanningsdepartementet i utformingen av ny Rammeplan fordi de vil sikre samenes rettigheter gjennom denne. Da tas hensynet til nasjonale og internasjonale føringer om urfolksperspektivet på alvor, og kan bidra til en bedre forståelse for den samiske befolkningens behov i helsesammenheng. Vår anbefaling er at dette legges til grunn når en vurderer innhold i ny Rammeplan i sykepleierutdanningen.

REFERANSER

1. Blix BH. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning. Helsebiblioteket.no [Internet]. 2016. Tilgjengelig på: <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/samisk+befolkning>.
2. Bongo BA. Samer snakker ikke om helse og sykdom-samisk forståelsehorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. [PhD monografi]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Helsefakultetet, Institutt for helse- og omsorg; 2012.
3. Bongo BA. «Hva er en bærer»? belysning om «en» måte å forstå psykiske lidelser på i den samiske kulturen. [Master]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Helsefakultetet, Institutt for helse- og omsorg; 2002.
4. Bongo BA. Den tause forståelsen. *Kreftsykepleie*. 2016;(1):24–30.
5. Mehus G, Bongo B. Kunnskapsoppsummering og litteraturgjennomgang av samiske helse- og omsorgstjenester, med spesielt fokus på demens, terminalomsorg og kulturens betydning i pleie- og omsorgsutøvelsen. [Internet]. 2012. Rapport, Høgskolen i Finnmark. Tilgjengelig på: <http://munin.uit.no/handle/10037/6284>
6. Nymo R. Den samiske pasientens mangfold- er omsorgsutøveren beredt til møter? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2007;4(1):33–43.
7. Nymo R. Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i nordre Nordland og Sør-Troms: praksiser i hverdagslivet: «En skal ikke gje sæ over og en ska ta tida til hjelp». [PhD]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Helsefakultetet, Institutt for helse- og omsorg; 2011.
8. Blix BH, Hamran T, Normann HK. (2013). «The Old Sami» – who is he and how should he be cared for? A discourse analysis of Norwegian policy documents regarding care services for elderly Sami. *Acta Borealia*, 30(1), 75–100. DOI:10.1080/08003831.2013.769323
9. Blix BH, Hamran T, Normann HK. (2013). Struggles of being and becoming: A dialogical narrative analysis of the life stories of Sami elderly. *J Aging Stud*. 2013;27(3):264–275. DOI: 10.1016/j.jaging.2013.05.002
10. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 25. Mestring, muligheter og mening. Fremtidens utfordringer. (2005–2006) Oslo. [Internet]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879>
11. Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009) Oslo. [Internet]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
12. Sosial og helse departementet. Mangfold og likeverd – Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge (2002–2005). Oslo;2001.

13. Norsk offentlig utredning nr. 6. Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Oslo;1995.
14. Sametinget. [Internet] 2016. Tilgjengelig på:
<https://www.sametinget.no/Arkiv/Valgperiode-2013-2016/Artikler/Sametingts-valgmannfall-2015>
15. Kommunal-og moderniseringsdepartementet, den Norske regjering. Lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven) av 1987-06-12-56 [Internet] 2017.
Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1987-06-12-56>
16. Kommunal og moderniseringsdepartementet, den Norske regjering. ILO konvensjonen nr. 169. [Internet] Oslo; 1991. Tilgjengelig på:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/oversikt-over-ilo-konvensjoner-som-norge/id106707/>
17. Forente Nasjoner verdenserklæring om menneskerettigheter/ Human rights. FN: 1948. [Internet] Tilgjengelig på: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
18. Eriksen HT, Sajjad TA. Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2015.
19. Magelssen R. Kultursensitivitet- om å finne likheter i forskjellen. Oslo: Akribe; 2008.
20. Athlin E, Hov R, Petzäll K, Hedelin B. Being a nurse leader in bedside nursing in hospital and community care contexts in Norway and Sweden. JCN Education and Practice. 2014;4(3):234. DOI: 10.5430/jnep.v4n3p234
21. Keiki OR, Mareka M. Students' corner : Using Te Tiriti O Waitangi to identify and address racism, and achieve cultural safety nursing. Contemp Nurse. 2012;43(1):5.
22. Papps E, Ramdsen I. Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. Int Journal of Qual Health Care. 1996;8(5):6. PMID: 9117203
23. Polaschek NR. Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. J Adv Nurs. 1998;27: 452–458. PMID:9543029
24. Ramdsen I, Spoonley P. The cultural safety debate in nursing education in Aotearoa. N Z Ann Rev Educ 1994;3:161–174.
25. Williams R. Cultural Safety-what does it mean for our work practice? Aust N Z J Public Health. 1999;23(2):213–214. DOI: 10.1111/j.1467- 842X.1999.tb01240.x
26. Brascoupé S, Waters C. Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. J Aborig Health. 2009;5(2): 41–47.
27. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for sykepleierutdanning, med forskrift: Oslo; 2008.
28. Database for høyere utdanning i Norge. [Internet]. 2014 .Tilgjengelig på: <http://www.nsd.uib.no/>
29. Grønmo S. Samfunnsvitenskapelige metoder. Oslo: Fagbokforlaget; 2004.
30. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. Oslo: Fagbokforlaget; 2013.
31. Imsen G. Elevenes verden-innføring i pedagogisk psykologi. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.
32. Nokut. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og læringsutbyttebeskrivelser; [Internet]. 2014.Tilgjengelig på: <http://www.nokut.no/no/fagskoler/kvalitetssikring-og-utvikling/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-og-laringsutbyttebeskrivelser/>
33. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices. New York: McGraw-Hill; 1995.

