

Rekruttere og beholde

■ BIRGIT ABELSEN

Konst, forskningsleder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT – Norges arktiske universitet

Hvilke smarte grep og lure løsnings-ger kan bidra til å rekruttere og stabilisere høyt kvalifiserte helsearbeidere til områder utenfor de store byene? Problemstillingen er kompleks og langt fra ny. Den er heller ikke særnorsk. Den har krevd, og krever fortsatt, kontinuerlig oppmerksomhet.

Etableringen av legestudiet i Tromsø og sykepleierutdanningen i Hammerfest, desentralisering av de samme studiene, desentralisert turnusordning og spesialistutdanning, samt særegne permisjonsrettigheter blant leger i Finnmark er alle eksempler på vellykkede rekrutterings- og stabiliserings-tiltak. Men stadig sitter lokale sykehusledere, kommune- og fylkesleger med jevne mellomrom og klør seg i hodet; kunne vi gjort mer, noe annet, noe billigere, noe med større eller mer sikker effekt?

De siste årene har Finnmarkssykehuset (tidligere Helse Finnmark) deltatt som norsk partner i EU-prosjektet *Recruitment and Retention of Health Care Providers and Public Service Sector Workers in Remote Rural Areas (Recruit & Retain)*¹. Hovedmålet med prosjektet er å utvikle effektive strategier og tiltak som kan bidra til at flere høyt kvalifiserte helsearbeidere rekrutteres til distriktsområder og blir værende der over tid. Som del av prosjektet, er det gjennomført en identisk spørreundersøkelse blant helsepersonell i alle de sju partnerlandene for å samle innsikter som kan bidra til å oppfylle prosjektets mål. Denne framstillingen er konsentrert om noen viktige funn fra det norske datamaterialet.

1 Recruit & Retain er et treårig prosjekt som er initiert, og ledet, av NHS Western Isles i Skottland. Prosjektets varighet er 1. juni 2011 til 30. juni 2014. I tillegg til Finnmarksykehuset, deltar seks øvrige partnere fra Island, Sverige, Irland, Grønland, Skottland (Highland) og Canada. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har vært involvert i prosjektet som samarbeidspartner for Finnmarksykehuset og en representant fra NSDM er med i den norske arbeidsgruppen.

De spurte: leger, sykepleiere og jordmødre i Finnmark og Tromsø

Den norske delen av undersøkelsen er gjennomført blant leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i Finnmark eller i Tromsø høsten 2012. Stedene er valgt for å kunne sammenlikne svar fra helsearbeidere som har et urbant kontra et ruralt arbeidssted. Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av et elektronisk spørreskjema som ble sendt til alle leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i primær- eller spesialisthelsetjenesten i Finnmark. Spørreskjemaet ble i tillegg sendt til alle leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i primærhelsetjenesten i Tromsø, til alle sykepleiere og jordmødre som jobbet ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og alle leger ved seks utvalgte klinikker ved UNN. Analysen omfatter svar fra 832 helsearbeidere².

De som deltok i undersøkelsen kan kort beskrives slik: Drøyt tre av fire var sykepleier eller jordmor³, resten var leger. Majoriteten var kvinner (80 prosent). Gjennomsnittsalderen var 43,5 år. Vel halvparten (51 prosent) hadde jobbet i helsetjenesten i mer enn 15 år. Flertallet (73 prosent) levde i parforhold, og majoriteten (68 prosent) hadde barn. En overvekt hadde rural bakgrunn (59 prosent), mens et mindretall (28 prosent) oppga at de har tatt deler av sin helsefaglige utdanning i et ruralt område. Flertallet bodde (62 prosent) og arbeidet (66 prosent) i et urbant område. Nær sju av ti jobbet i spesialisthelsetjenesten. De øvrige i primærhelsetjenesten. Den store majoriteten jobbet heltid (84 prosent) og var i fast jobb (86 prosent).

Ruralt og urbant

Begrepene *ruralt* og *urbant* står sentralt i undersøkelsen. I Norge bruker man gjerne begrepet distrikt når man snakker om et område med hovedsakelig lav og gjerne

2 Mer informasjon og detaljer om datainnsamlingen og analysene finnes i (1).

3 Det er mange sykepleiere og få jordmødre derfor er de i analysen slått sammen til en gruppe.

spredt bosetting hvor det er lang avstand sykehus. Begrepet *distrikt* er et kjent og relativt veldefinert begrep i norsk sammenheng, men man vet fra tidligere undersøkelser at det varierer fra land til land hva folk oppfatter som et *ruralt* område. I denne undersøkelsen har vi spurt hva folk oppfatter som ruralt og urbant. Våre funn tyder på at den mentale grensen mellom hva som anses som urbant og ruralt blant de norske respondentene grovt sett ligger rundt 10 000 innbyggere⁴. Dette skillet er vesentlig for å forstå svar på enkelte spørsmål i undersøkelsen hvor dikotomien *urbant/ruralt* er brukt som mulige svarkategorier. De som er med i undersøkelsen har selv kategorisert sin bakgrunn og sitt arbeidssted som enten ruralt eller urbant. Siden begrepet ruralt og ikke distrikt er brukt i undersøkelsen, er det dette begrepet som brukes videre i teksten.

Kjennetegn ved helsearbeidere i rurale områder

Vel en av tre av dem som deltok i undersøkelsen jobbet i et ruralt område. Nærmere analyse av datamaterialet viser at den faktoren som har størst betydning for om en helsearbeider jobber ruralt, er om deler av utdanningen er tatt i et ruralt område. Det var vel tre ganger større sjans for at en som har tatt deler av sin utdanning ruralt også jobbet ruralt, sammenliknet med en som ikke har noe ruralt element i utdanningen. Dette understreker betydningen av å desentralisere studier helt eller delvis, og dessuten sørge for å legge praksis- og turnusplasser til distrikt slik at studenter som i utgangspunktet ikke har rural erfaring, kan tilegne seg det.

Sannsynligheten for å jobbe ruralt var dobbelt så høy blant de som selv har en rural bakgrunn, sammenliknet med de som ikke har det. Dette er et funn vi kjenner igjen fra andre undersøkelser, både nasjonalt og internasjonalt, gjerne omtalt som

4 Blant de kanadiske respondentene gikk denne grensen ved 25 000 innbyggere, mens den blant de svenske, islandske og grønlandske gikk ved 5000 innbyggere.

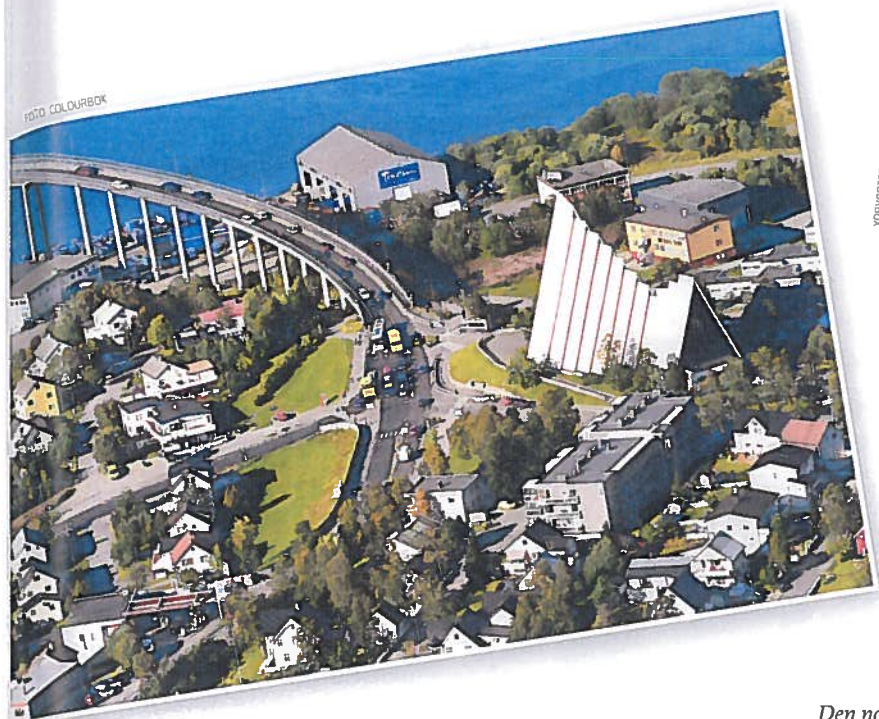
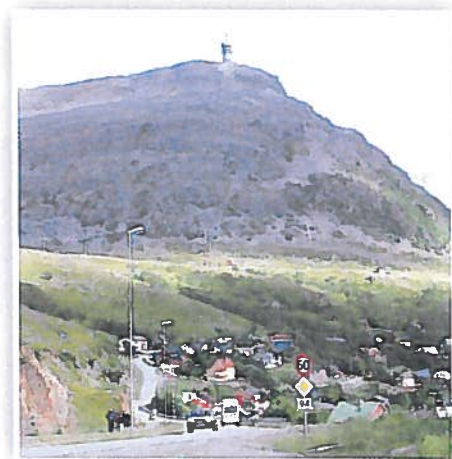


FOTO COLURBOX



FOTO COLURBOX



Den norske delen av undersøkelsen er gjennomført blant leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i Finnmark eller i Tromsø høsten 2012.

lakseeffekten, som i stor grad har vært hovedbegrunnelsen for å bygge opp desentralisert utdanningskapasitet og innføre geografiske kvoteordninger innenfor ulike helsefaglige utdanninger.

Våre analyser viste videre at dersom en person jobber deltid, var det mindre sannsynlig at vedkommende jobbet i et ruralt område. Dette kan forklares med en særegen heltidskultur som synes å ha fått godt feste i Finnmark. Moland og Bråthen (2) har gjennomført en studie i en rekke Finnmarkskommuner som viser utprøving av mange alternative arbeidstidsordninger,

og at særlig sykepleiere har etterspurt og fått hele stillinger. Andelen med heltidsstillinger i disse kommunene er omtrent dobbelt så høy som i mediankommunen på landsbasis.

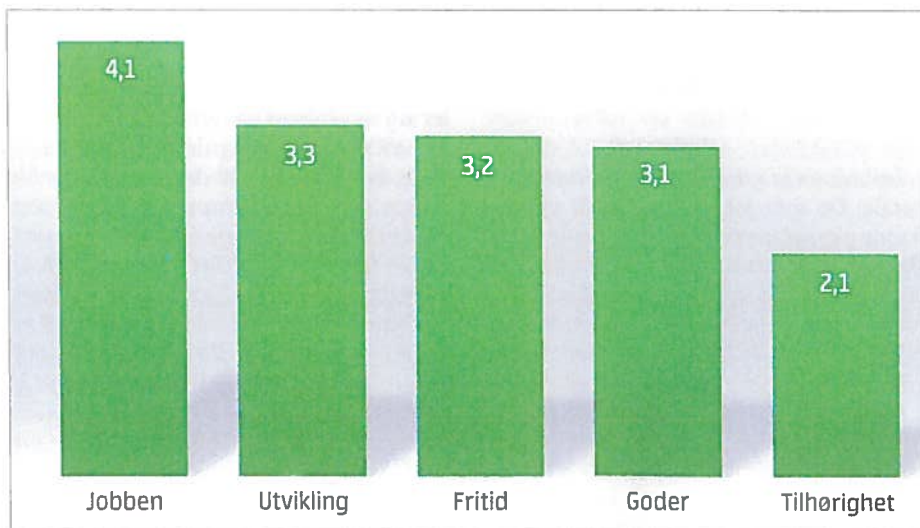
Viktige aspekter for å starte i nåværende jobb

De som deltok i undersøkelsen ble bedt om å vurdere 14 ulike aspekter ved nåværende jobb med formål om å finne ut hva de la vekt på da jobben ble valgt. Disse aspektene ble ved hjelp av faktoranalyse redusert

til fem underliggende dimensjoner (SE FIGUR 1). Den dimensjonen som deltagerne vurderte som viktigst, var «Jobben», en dimensjon som tar opp i seg grunnleggende aspekter ved selve jobbinnholdet, om hvorvidt jobben passer til utdanningen, oppleves som trygg og at arbeidsforholdene er tilfredsstillende. Den nest viktigste dimensjonen var «Utvikling», som tar opp i seg mulighetene for å utvikle seg i jobben, mulighet for videreutdanning, gjøre karriere og motta veiledning. Den tredje viktigste dimensjonen var «Fritid», som dekker viktigheten av fritids- og sosiale aktiviteter. Dernest fulgte dimensjonen «Goder» som dekker direkte goder som lønn og fleksibilitet i arbeidstid og indirekte goder som arbeidsgivers omdømme. Nederst på denne lista finner vi dimensjonen «Tilhørighet», som dekker tilhørighet skapt gjennom egen eller ektefelle/samboers oppvekst, samt tilhørighet etablert gjennom egen erfaring med turnus/hospitering på stedet.

Eldre la signifikant større vekt på Jobben, Utvikling og Goder enn de yngre. De som hadde sitt arbeidssted i et ruralt område la signifikant større vekt på Tilhørighet sammenliknet med de som hadde et urbant arbeidssted. De la også mindre vekt på utviklingsmuligheter. Selv om helsearbeiderne i rurale og urbane områder vektla dimensjonene noe ulikt, gjorde de i hovedsak de samme vurderingene. En god og trygg jobb med utviklingsmuligheter var viktigst for begge grupper.

FIGUR 1. Viktigheten av fem ulike dimensjoner ved start i nåværende jobb. Dimensjonene er konstruert på basis av 14 ulike påstander vurdert langs svarskalaen fra Helt uenig = 1 til Helt enig = 5.





Isolasjon

De som deltok i undersøkelsen vurderte også fire påstander om opplevd isolasjon. Svarene er oppsummert i tabell 1. Disse tyder på at isolasjon generelt ikke var noe stort problem – hverken faglig, sosialt, kulturell eller geografisk. Men her er det selv sagt nyanser og variasjoner mellom respondentene. Sett under ett, er det geografisk og faglig isolasjon som i størst grad oppleves. Men de fire typene isolasjon opptrer gjerne samtidig, noe som gjør det nærliggende å tro at dette også har med personlighet å gjøre.

Isolasjon var i stor grad assosiert med det rurale. De som jobbet i et ruralt område hadde økt sannsynlighet for å oppleve faglig isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve sosial isolasjon var høyere blant leger, blant de som arbeidet i et ruralt område og de som jobbet deltid. Økende alder hadde en beskyttende effekt. Sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon økte med et ruralt arbeidssted og dersom man var i en midlertidig stilling. Om man selv hadde rural bakgrunn, reduserte sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon. Sann-

synligheten for å oppleve geografisk isolasjon var klart forhøyet dersom man jobbet ruralt og dersom man var i en midlertidig stilling. Økende alder hadde også her en beskyttende effekt.

Hvorfor helsepersonell forlater stillinger i rurale områder

Blant de som deltok i undersøkelsen, var det 34 (4 prosent) som bekreftet at de i løpet av det siste året hadde forlatt en stilling i et ruralt område. Siden dette gjelder et forholdsvis lite antall personer, bør man være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Men det går likevel an å si noe om hvem de er og hvorfor de har sluttet. Sammenliknet med hele datamaterialet, var det relativt sett en høyere andel leger, en høyere andel menn, flere i den yngste og eldste aldersgruppen og en høyere andel uten rural bakgrunn. Det var imidlertid ikke slik at alle byttet ut en rural jobbtilværelse med en urban. Nær halvparten jobbet fortsatt i et ruralt strøk på undersøkelsestidspunktet og de aller fleste var også bostatt i et ruralt område.

De som hadde sluttet, ble spurt om hvor viktig ulike mulige årsaker var til at de hadde sluttet (SE TABELL 2). Til disse mulige årsakene er det å bemerke at alle er knyttet til den jobben respondenten har forlatt eller forhold utenom jobben. Ingen av dem handler om den jobben de gikk til.

Jobbrelaterte årsaker synes å være de viktigste slutteårsakene, mens forhold utenom jobben hadde mindre betydning. Det er imidlertid stor variasjon i svarene og tendens til polariserte svar – det vil si en opphopning i begge ender av svarskaalen. Basert på disse tendensene, er det gjennomført en clusteranalyse for å undersøke om det er rimelig å anta at det finnes to ulike grupper blant dem som sluttet. Analysen støtter en slik antagelse (se tabell 2). De jobbmisfornøyde (gruppe 1) og de jobbtillfredse som søker nye utfordringer (gruppe 2) skiller seg signifikant fra hverandre i vurderingen av viktigheten av de ulike slutteårsakene, bortsett fra når det gjelder *Familiehensyn* som begge grupper vurderte som verken viktig eller uviktig. De jobbmisfornøyde (gruppe 1) skiller seg ellers fra de jobbtillfredse (gruppe 2) ved at alle de øvrige slutteårsakene ble vurdert som viktigere enn det som er tilfelle for de jobbtillfredse (gruppe 2). De jobbtillfredse (gruppe 2) vurderte ikke noen av de oppgitte slutteårsakene som viktige. Dette kan tolkes som at det ikke nødvendigvis var noe galt med den jobben de forlot, men at den jobben de gikk til var mer attraktiv.

PÅSTANDER	UENIG (1, 2)	VERKEN ELLER (3)	ENIG (4, 5)	TOTALT	GJENNOMSITT	N
Jeg opplever faglig isolasjon	66 %	17 %	17 %	100 %	2,3	823
Jeg opplever sosial isolasjon	79 %	12 %	9 %	100 %	1,9	821
Jeg opplever kulturell isolasjon	78 %	13 %	9 %	100 %	2,0	819
Jeg opplever geografisk isolasjon	67 %	14 %	19 %	100 %	2,2	820

TABELL 1. Enighet i fire påstander om isolasjon. Svarskala: Helt uenig = 1 til Helt enig = 5. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

SLUTTÅRSÅK	ALLE N=31	GRUPPE 1 N=14	GRUPPE 2 N=17
Begrensede karrieremuligheter***	3,0	4,4	1,8
Begrenset faglig støtte***	2,9	3,9	2,0
Dårlig betalt***	2,9	4,0	2,0
Liten fleksibilitet i arbeidstiden***	2,8	3,7	2,1
Familiehensyn	2,8	2,8	2,9
Dårlige arbeidsforhold***	2,7	3,7	2,0
Arbeidsgiver hadde dårlig omdømme***	2,6	3,5	1,8
Mangel på sosiale aktiviteter og rekreasjon*	2,6	3,3	1,9
Mangel på fritidsaktiviteter**	2,5	3,3	1,9
Mangel på trygghet i jobben**	2,3	3,2	1,7
Jobben passet ikke til min utdanning*	2,1	2,8	1,6

Gjennomsnittene er sammenliknet vha T-test * p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

TABELL 2. Gjennomsnittsvurderinger av slutteårsaker. Sammenlikning av gjennomsnittsvurderinger i gruppe 1 og 2.

Hvilken lærdom kan vi trekke av dette?

Resultatene fra undersøkelsen gir grunn til å oppfordre og utfordre de som har ansvar for velfungerende helsetjenester i distriktsområder til å gjøre det de kan for å bidra til at det lages trygge, spennende og faglig utviklende jobber for høyt kvalifisert helsepersonell i disse områdene. Dette er faktorer som i størst grad vektlegges når en ny jobb vurderes – uansett hvor den er.

Legekontor, pleie- og omsorgstjenesten og lokalsykehus i distriktsområder bør delta aktivt i utdanningen av helsepersonell og gjøre turnustjeneste og praksisopphold så gode som mulig for de studentene de tar imot. Turnus og praksis er svært viktige strukturelle arenaer hvor det er mulig å legge godt til rette for erfaring av det rurale for folk som i utgangspunktet ikke har slik erfaring. Med denne erfaringen, øker

sjansen for å finne dem igjen i rurale jobber etter endt utdanning.

Vår studie viser at hvis drømmejobben skal være rural, så må det rurale være erfart på forhånd. Det erfaringsbaserte i det rurale kan kanskje sammenliknes med det erfaringsbaserte i geografisk avstand. For å forstå avstand, må avstand erfares. Du skjønner ikke hvor langt det er fra Berlevåg til Alta før du selv har kjørt strekningen med bil.

Introduksjon til det rurale gjennom utdanningsløpet er én mulig måte å skape rural erfaring. Det kan gjøres ved å sikre utplassering underveis og ved at det særegne ved helsetjenestene i distrikt også blir presentert i forelesningssammenheng av rollemodeller fra distrikt. Samtidig bør man holde fast på den individuelle oppmerksomheten rundt dem som har rural



ILLUSTRASJONSFOTO: TOMAS GRØFTE



bakgrunn. De som gjerne vil tilbake dit de kom fra når de er ferdig utdannet, for å jobbe der. Vi trenger derfor fortsatt desentraliserte studier, studentkvoter og særordninger. Vi trenger det fordi vi vet at det virker (3).

REFERANSER

1. Abelsen B. Rekruttere og beholde. Om helsepersonell i rurale og urbane områder. Rapport 2013. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT – Norges arktiske universitet. <http://www.nsdsm.no/nyheter/cms/2014/februar/rekruttering-og-stabilisering-av-helsepersonell/454>.
2. Moland LE, Lien L. Heltid i nord – hvorfor lykkes Finnmark? Fafo-rapport 2013: 37.
3. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. WHO-rapport. 2010. ISBN 978 92 4 156401 4.

● Se også: <http://www.nsdsm.no/who-anbefaling>

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO

