UiT
NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Rekruttere og beholde

Om helsepersonell i rurale og urbane områder 2013

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Birgit Abelsen/ konst. forskningsleder / PhD / 18.12.2013

RECRUIT & RETAIN
Northern Periphery Programme 2007–2013
Innovatively investing in Europe's Northern Periphery for a sustainable and prosperous future
European Union
European Regional Development Fund
FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

Forord

Denne rapporten er en del av prosjektet Recruit & Retain, som har finansiering fra EUs regionale utviklingsfond i Northern Periphery programmet.

Finnmarkssykehuset HF (tidligere Helse Finnmark HF) er norsk partner i prosjektet med Marianne Vanem som prosjektleder.

Datamaterialet som danner grunnlaget for denne rapporten, er samlet inn som del av arbeidspakke 2 i prosjektet. Arbeidspakke 2 har vært ledet av den islandske partneren FSA Akureyri sykehus i samarbeid med Akureyri Universitets Forskningssenter (RHA). Spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen, er utviklet i samarbeid med alle partnerne i prosjektet. I den norske arbeidsgruppen har Marianne Vanem og Marianne Lilleaas (tidligere prosjektrådgiver i Recruit and Retain, Finnmarkssykehuset HF) medvirket til utviklingen av spørreskjemaet, sammen med Ivar Aaraas, Svein Steinert og Peder Halvorsen fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Rapporten er skrevet av konstituert forskningsleder ved NSDM Birgit Abelsen.

Acknowledgements

This report is written as a part of the project Recruit & Retain, part-funded by the European Regional Development Fund within the Northern Periphery Programme.

Finnmark Hospital Health Trust (Finnmarkssykehuset HF) is the Norwegian partner in the project with Marianne Vanem as the National Project Manager.

The data forming the baseline for this report is collected as part of Work Package 2 of the project. Work Package 2 has been led by the Icelandic partner FSA Akureyri Hospital in collaboration with The University of Akureyri Research Centre (RHA). The questionnaire used in the survey was developed in collaboration with all partners in the project. From the Norwegian partnership, besides Marianne Vanem and Marianne Lilleaas (former Project Advisor in Recruit & Retain, Finnmark Hospital Health Trust HF), Ivar Aaraas, Svein Steinert and Peder Halvorsen from the National Centre for Rural Medicine (NSDM) contributed to the development of the questionnaire.

The report is written by the Acting Head of Research at NSDM, Birgit Abelsen

Alta, 18.12.2013

Birgit Abelsen

Innhold

Sammendrag 1
Summary 7
1 Innledning 13
2 Datamaterialet og analysemetoder 15
2.1 Faktoranalyse 16
2.2 Klyngeanalyse 16
2.3 Logistisk regresjon 16
3 Del 1: Analyser av svar fra leger og sykepleiere/jordmødre 18
3.1 Hvor går grensen mellom urbant og ruralt? 18
3.2 Respondentenes bakgrunn 19
3.3 Respondentenes nå-situasjon 20
3.4 Hva kjennetegner helsearbeidere som jobber i rurale områder? 21
3.5 Viktige aspekter for å starte i nåværende jobb 22
3.5.1 Hva kjennetegner de som syntes *Jobben* i seg selv var viktig? 24
3.5.2 Hva kjennetegner de som syntes *Utvikling* var viktig? 25
3.5.3 Hva kjennetegner de som syntes *Goder* var viktig? 25
3.5.4 Hva kjennetegner de som syntes *Tilhørighet* var av betydning? 26
3.5.5 Hva kjennetegner de som syntes *Fritid* var viktig? 27
3.6 Isolasjon 27
3.6.1 Noen opplever mer isolasjon enn andre 28
3.6.2 Hva påvirker sannsynligheten for å oppleve isolasjon? 29
3.7 Tilhørighet og involvering 30
3.8 Stabilitet og planer om jobbskifte 31
3.9 Årsaker til at helsepersonell forlater stillinger i rurale områder 33
3.10 Drømmejobben 35
3.10.1 Hva kjennetegner de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område? 37
3.11 Viktige aspekter ved drømmejobben 38
3.12 Viktigheten av ulike forhold utenom jobben og tilgangen til disse 40
4 Del 2: Analyse av svar fra studenter 41
4.1 Studentenes jobbrelaterte preferanser 42
4.2 Studentenes drømmejobb 42
4.2.1 Ingen signifikante kjennetegn ved de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område 43
4.2.2 Viktige aspekter ved drømmejobben 44
Vedlegg: Internasjonale funn og sammenlikninger 45

Sammendrag

Denne rapporten oppsummerer funn fra det norske datamaterialet som er samlet inn i en spørreundersøkelse gjennomført i regi av EU-prosjektet *Recruit & Retain*. Hovedmålet med prosjektet er å utvikle strategier og tiltak som kan bidra til at flere høyt kvalifiserte helsearbeidere rekrutteres til og blir værende over tid i områder utenfor de store byene. Undersøkelsen søker å identifisere ulike faktorer som kan ha vesentlig betydning for om man lykkes med slik rekruttering og stabilisering.

Den norske delen av datainnsamlingen var rettet mot leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i helsetjenesten i Finnmark og Tromsø, samt mot studenter som studerte for *å bli* lege, sykepleier eller jordmor i Finnmark og Tromsø. Innsamlingen ble gjennomført i september - oktober i 2012. Analysene er gjort med utgangspunkt i svar fra til sammen 832 leger, sykepleiere og jordmødre og 99 studenter.

Grensen mellom urbant og ruralt

Begrepene *ruralt* og *urbant* står sentralt i undersøkelsen. Våre funn tyder på at den mentale grensen for hva de norske respondentene anser som urbant og ruralt grovt sett ligger rundt 10 000 innbyggere. Dette skillet er vesentlig for å forstå svar på andre spørsmål i undersøkelsen hvor dikotomien *urbant/ruralt* er brukt som mulige svarkategorier.

Funn om leger, sykepleiere og jordmødre

Bakgrunn og nå-situasjon

Drøyt tre av fire respondenter er sykepleier/jordmor, mens nær en av fire er leger. Det er en stor overvekt av kvinner blant respondentene (80 prosent). Gjennomsnittsalderen er 43,5 år. Drøyt halvparten (51 prosent) har jobbet som autorisert helsepersonell i mer enn 15 år. Et flertall (73 prosent) oppgir å leve i parforhold, og majoriteten (68 prosent) har barn. En overvekt av respondenter (59 prosent) anser seg selv som en med rural bakgrunn, mens et mindretall (28 prosent) oppgir at de har tatt deler av sin helsefaglige utdanning i et ruralt område. Flertallet blant respondentene bor (62 prosent) og arbeider (66 prosent) i et urbant område. Nær sju av ti respondenter jobber i spesialisthelsetjenesten. De øvrige jobber i primærhelsetjenesten. Den store majoriteten jobber heltid (84 prosent) og er i fast jobb (86 prosent).

Kjennetegner ved helsearbeidere som jobber i rurale områder

Den faktoren som har størst betydning for om respondenten jobber ruralt, er om deler av utdanningen er tatt i et ruralt område. Det er drøyt tre ganger større sjanse for at en som har tatt deler av sin utdanning ruralt også jobber ruralt, sammenliknet med en som ikke har deler av utdanningen fra et ruralt område. Sannsynligheten for å jobbe ruralt øker også dersom man har en

rural bakgrunn, jobber i primærhelsetjenesten eller er lege. Dersom en person jobber deltid, er det mindre sannsynlig at vedkommende jobber i et ruralt område.

Viktige aspekter for å starte i nåværende jobb

Respondentene vurderte 14 ulike aspekter ved nåværende jobb. Disse ble redusert til fem underliggende dimensjoner vha. faktoranalyse. De presenteres her i rekkefølge etter viktighet. Den første og viktigste dimensjonen, *Jobben*, tar opp i seg grunnleggende aspekter ved selve jobbinnholdet som hvorvidt jobben passer til utdanningen, oppleves som trygg og at arbeidsforholdene er tilfredsstillende. Vår analyse viser at selve jobben blir viktigere med økt alder, og er signifikant viktigere for sykepleiere/jordmødre enn for leger. Den neste dimensjonen, *Utvikling*, tar opp i seg mulighetene for å utvikle seg i jobben som mulighet for videreutdanning, gjøre karriere og motta veiledning. Våre analyser viser at utviklingsmuligheter var signifikant mindre viktig for de som jobber i et ruralt område og de som jobber deltid. Den tredje dimensjonen, *Goder*, dekker direkte goder som lønn og fleksibilitet i arbeidstid og indirekte goder som arbeidsgivers omdømme. Viktigheten av *Goder* øker signifikant med alder. Den fjerde dimensjonen er *Fritid*, som dekker viktigheten av fritids- og sosiale aktiviteter. Jo eldre respondenten er, jo mer viktig er fritids- og sosiale aktiviteter. De som jobber deltid var imidlertid signifikant mindre opptatt av fritid. Den siste og i gjennomsnitt minst viktige dimensjonen, *Tilhørighet*, dekker tilhørighet skapt gjennom egen eller ektefelle/samboers oppvekst, samt tilhørighet etablert gjennom egen erfaring med turnus/hospitering på stedet. Sivilstatus har signifikant betydning i den forstand at de som ikke lever i parforhold i mindre grad vektlegger tilhørighet til stedet. Arbeidssted i et ruralt område øker sannsynligheten for at tilhørighet ble vektlagt.

Isolasjon

Isolasjon synes generelt ikke å være noe stort problem blant respondentene i undersøkelsen - hverken faglig, sosial, kulturell eller geografisk. I den grad respondentene opplever isolasjon, er den i størst grad geografisk og faglig. Svarene om isolasjon er sterkt korrelert. Det vil si at de som opplever faglig i isolasjon gjerne også samtidig opplever sosial, kulturell og geografisk isolasjon. Våre analyser tyder på at opplevelsen av isolasjon er forbundet med det rurale.

Arbeidssted er den eneste variabelen som har signifikant innvirkning på opplevelsen av faglig isolasjon. De som jobber i et ruralt område har signifikant økt sannsynlighet for å oppleve faglig isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve sosial isolasjon er signifikant høyere dersom man er lege, arbeider i et ruralt område eller jobber deltid. Økende alder har en beskyttende effekt og reduserer sannsynligheten for å oppleve sosial isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon øker med et ruralt arbeidssted og dersom man er i en midlertidig stilling. Om man selv har rural bakgrunn, reduserer det sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon. Sannsynligheten for å

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
UiT - Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø

oppleve geografisk isolasjon er klart forhøyet dersom man jobber ruralt og dersom man er i en midlertidig stilling. Økende alder har også her en beskyttende effekt.

Tilhørighet og involvering

Flertallet blant respondentene føler seg som en del av lokalsamfunnet (68 prosent), og vil samarbeid med andre innbyggere for å bedre det (63 prosent). Sannsynligheten for at man føler seg som en del av lokalsamfunnet øker med alder, dersom man har tatt dele av utdanningen i et ruralt område og dersom man jobber i primærhelsetjenesten. Den reduseres blant menn, blant de som har arbeidssted i et ruralt område og de som er i midlertidige stillinger. Sannsynligheten for at man vil samarbeide for å bedre lokalsamfunnet øker dersom man jobber i et ruralt område og reduseres dersom man jobber i en midlertidig stilling.

Stabilitet og planer om jobbskifte

Det er lite sannsynlig for nær halvparten av de som har svart, å se seg om etter en annen arbeidsgiver. For nær tre av ti er det imidlertid høyst eller meget sannsynlig at de vil søke å bytte arbeidsgiver. Det er mer sannsynlig at de yngste, de som jobber i et ruralt område, de som jobber heltid og de som jobber i en midlertidig stilling vil se seg om etter en annen arbeidsgiver.

To av tre planlegger å bli i nåværende jobb i minst to år, og en av tre planlegger å bli i nåværende jobb til de går av med pensjon. De eldste og de som er i faste stillinger er de som i størst grad planlegger å bli i den jobben de har i minst to år til. Det er i stor grad de eldste, de som har arbeidssted i et urbant område, de som jobber deltid og de som er i faste stillinger som planlegger å bli i nåværende jobb til de blir pensjonist.

Respondentene er også spurt om hvordan de ser for seg sin videre karriere. Menn er mer tilbøyelig enn kvinner til å bli i samme jobb eller ta spesialistutdanning. Legene besvarer i stor grad spørsmålet på samme måte som menn, mens sykepleiere/jordmødre i stor grad svarer på samme måte som kvinnene. De yngste ser i stor grad for seg at de skal ta spesialistutdanning, mens de eldste i stor grad ser for seg å bli i samme jobb. De som jobber i spesialisthelsetjenesten ser i større grad enn de som jobber i primærhelsetjenesten for seg at de vil bli i samme jobb. Dette har trolig sammenheng med at mange av dem allerede er spesialister. Et resultat å merke seg er den høye andelen som planlegger å ta spesialistutdanning blant de som jobber i de mest avsidesliggende områdene.

Årsaker til at helsepersonell forlater stillinger i rurale områder

Blant respondentene var det 4 prosent som i løpet av de siste 12 månedene hadde forlatt en stilling i et ruralt område. 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 med

urban bakgrunn som hadde sluttet. Det var imidlertid ikke slik at alle hadde skiftet ut en rural jobbtilværelse med en urban. Nær halvparten jobbet fortsatt i et ruralt strøk på undersøkelsestidspunktet og de aller fleste av disse var også bosatt i et ruralt område.

De som hadde sluttet, ble spurt om hvor viktig ulike mulige årsaker til dette var. Til disse mulige årsakene er det å bemerke at de alle er knyttet til den jobben respondenten har forlatt eller forhold utenom jobben. Ingen av dem handler om den jobben respondenten har gått til. Dette er en svakhet all den tid det er sannsynlig at en del folk slutter i en jobb fordi de får tilbud om en mer attraktiv jobb et annet sted. Det er med andre ord ikke nødvendigvis noe galt med den jobben de hadde. Når det gjelder hva respondentene har svart, kan synes som jobbrelaterte årsaker som *Begrensede karrieremuligheter* og *Begrenset faglig støtte* var viktigst, mens forhold utenom jobben hadde noe mindre betydning.

Drømmejobben

For nær halvparten (47 prosent) av respondentene er drømmejobben på sykehus i et urbant område. Deretter rangeres jobb på sykehus i et ruralt område (21 prosent) og jobb med forskning/undervisning ved universitet/høgskole (21 prosent). Jobb i primærhelsetjenesten i et ruralt område kom nederst på lista og var drømmejobben for kun drøyt én av ti (13 prosent) blant respondentene. Totalt oppga drøyt en av tre respondenter at drømmejobben er i et ruralt område. Våre analyser viser at sannsynligheten for at drømmejobben er i et ruralt område øker signifikant dersom respondenten er lege, har rural bakgrunn og deler av utdanningen fra et ruralt område. Resultatene indikerer at om drømmejobben skal være rural, må det rurale være erfart på forhånd. De aspektene som ble ansett som viktigst i drømmejobben var tilfredsstillende arbeidsoppgaver, godt teamarbeid og balanse mellom jobb og fritid.

Funn i analysen tyder på at jobb i primærhelsetjenesten i mindre grad er drømmejobben for de som bor i de mest avsidesliggende områdene, sammenliknet med de som jobber i primærhelsetjenesten og bor mer sentralt. Dette kan tyde på at det å jobbe i primærhelsetjenesten i større grad er uttrykk for et valg for de som bor mest sentralt, enn det som er tilfelle blant de som bor mer avsides. Her velges stedet først, så begrenses jobbmulighetene deretter.

Forhold utenom jobben

Respondentene er bedt om å vurdere hvor viktig ulike forhold utenom jobben er for dem. *Fritidstilbud* samt *Venner og familie* var viktigst, mens *Barnehagetilbud* var minst viktig for de som hadde et urbant bosted. Blant de som bodde ruralt, ble *Venner og familie* samt *Overkommelige boligpriser* vurdert som viktigst, mens *Shoppingmuligheter* og *Kollektivtransport* ble vurdert som minst viktig. Den eneste faktoren som ble vurdert som noe viktigere blant de som bodde ruralt sammenliknet med de som bodde urbant, var O*verkommelige boligpriser*.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
UiT - Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø

Respondentene ble videre spurt om tilgangen til de ulike faktorene. Hele tre av fire av de ruralt bosatte oppga at de hadde tilgang til O*verkommelige boligpriser*. *Venner og familie* ble vurdert blant de aller viktigste faktorene både urbant og ruralt. Det var imidlertid forskjell i favør av de som bodde urbant (83 vs. 68 prosent), med hensyn til om respondentene hadde tilgang eller ikke.

Funn om studentene

Bakgrunn

Det er flest leger (44 prosent) og sykepleiere (44 prosent) blant studentrespondentene. En stor overvekt av studentrespondentene er kvinner (78 prosent). Majoriteten (69 prosent) er under 30 år gamle. De fleste (68 prosent) lever i parforhold, men under halvparten (47 prosent) har barn. Flertallet har rural bakgrunn (62 prosent) og nær halvparten (49 prosent) oppgir å ha tatt deler av sin utdanning i et ruralt område. Drøyt sju av ti oppgir at de har arbeidet i et avsidesliggende ruralt område. Majoriteten (69 prosent) av studentrespondentene studerer i Tromsø. Et mindretall (28 prosent) oppgir at de har et ruralt bosted.

Jobbrelaterte preferanser

Studentene har tatt stilling til hvor enig de er i en rekke generelle påstander som er relatert til ulike aspekter ved det å jobbe. De er mest enig i påstanden som handler om mulighetene for å bruke egne kunnskaper og erfaringer, og at kolleger skal respektere den jobben de gjør. De er minst enig i påstanden om at de ville foretrekke skiftarbeid/overtid mot ekstra betaling.

Drømmejobben

For majoriteten (62 prosent) av studentrespondentene er drømmejobben på sykehus i et urbant område. Som nummer to på listen, og et godt stykke bak, kom primærhelsetjenesten i et ruralt område (32 prosent). Dernest fulgte sykehus i et ruralt område (26 prosent).
Vi fant ingen signifikante kjennetegn ved de som oppga at drømmejobben er i et ruralt område. Årsaken er trolig først og fremst at det er få respondenter i datamaterialet. Den forklaringsvariabelen som kom nærmest å være statistisk signifikant, var rural bakgrunn.

Studentene er bedt om å ta stilling til hvor viktig ulike aspekter ved drømmejobben er for dem. Ut fra de svar de har gitt synes de å være mest opptatt av personlig utvikling, tilfredsstillende arbeidsoppgaver og balanse mellom jobb og fritid. De er minst opptatt av god vikardekning og muligheten for å drive med forskning og utviklingsarbeid.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
UiT - Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø

Summary

This report summarizes the findings from the Norwegian data collected from a survey as a part of the EU-project in the Recruit & Retain survey of WP 2. The main objective of the Recruit & Retain project is to develop strategies and measures to recruit and retain health care professionals to rural areas. The survey seeks to identify various factors having significant impact on the success of such recruitment and retention.

The Norwegian part of the data collection was aimed at doctors, nurses and midwives working in health services in Finnmark, the northernmost county of Norway, and the urban municipality of Tromsø, and the students studying to become a doctor, nurse or midwife in Finnmark and Tromsø. The data was collected in September-October 2012. The analysis is done based on responses from a total of 832 doctors, nurses and midwives, and 99 students.

The urban / rural divide

The concepts of *rural* and *urba*n are central to the study. Our findings suggest that there is a mental barrier between rural and urban areas at around 10 000 inhabitants. A majority among the Norwegian respondents consider an urban area to be a place with 10 000 inhabitants or more, while a rural area has less than 10 000 inhabitants. This distinction is important for understanding the answers to other questions in the survey where the dichotomy *Urban/Rural* is used as response categories.

Findings among doctors, nurses, and midwives

Background and current situation

More than three out of four respondents are nurses/midwifes, while almost one in four are doctors. There is a large women majority among the respondents (80 percent). The average age is 43.5 years. The majority among the respondents (51 percent) have worked as a licensed health care professional for more than 15 years. The majority (73 percent) lives in relationships, and most respondents (68 percent) have children. The majority among the respondents (59 percent) consider themselves to have a rural background, while a minority (28 percent) report that they have taken parts of their health education in a rural area. The majority of respondents live (62 percent) and work (66 percent) in an urban area. Almost seven out of ten respondents work in specialist care. The others work in primary care. The vast majority work full-time (84 percent) and are in permanent employment (86 percent).

Significant characteristics among health professionals working in rural areas

The factor that has the most significant impact on whether the respondent works in a rural area is if some part of their health education program is undertaken in a rural area. It is roughly three times more likely that a person who has taken part of their training in a rural area works in a rural area,

compared to health workers with no rural experience from their educational program. The probability of working in a rural area also increases if one has a rural background, work in primary care, and if one is a physician. If a person works part-time, it is less likely that the person work in a rural area.

Important aspects when choosing current job

The respondents rated the importance of 14 different aspects when starting in their current job. These were reduced to five underlying dimensions using a factor analysis. The factors are presented in order of importance. The first and most important dimension, *The job*, covers the fundamental aspects of the job content as whether the job is suitable for the respondents education, perceived as safe, and that the working conditions are satisfactory. Our analysis shows that *The job* becomes more important with increasing age and is significantly more important for nurses/midwives than doctors. The next dimension, *Development*, covers professional development possibilities and the possibility for continuing education, career development, and professional guidance. Our analysis shows that *Development* was significantly less important for those working in a rural area and those who work part time. The third dimension, *Benefits*, covers direct benefits such as salary and flexible working hours, and indirect benefits like the employer's reputation. The importance of *Benefits* increases significantly with age. The fourth dimension is *Leisure*, which covers the importance of leisure and social activities. The older the respondent is, the more important are leisure and social activities. Those who work part-time are, however, significantly less concerned with leisure activities. The last, and on average least important, dimension, *Affiliation*, covers affiliation created to the place of living by the respondents own or spouse/cohabitant's childhood, as well as identity established through own experience with internship/work experience on site. Marital status has a significant effect in the sense that those who do not live in relationships emphasize less on affiliation. Work in a rural area increases the likelihood that affiliation is emphasized.

Isolation

Isolation is in general no major problem among the respondents in the survey - neither professional, social, cultural, nor geographic. To the extent that the respondents experience isolation, they mainly experience geographic and professional isolation. The responses on isolation are strongly correlated. This means that those who experience professional isolation simultaneously experience social, cultural and geographic isolation. Our analysis suggests that the experience of isolation is associated with the rural experience.

The place of work is the only variable which has a significant impact on the experience of professional isolation. Those who work in a rural area are significantly more likely to experience professional isolation than others. The likelihood of experiencing social isolation is significantly

higher if you are a doctor working in a rural area, or if you work part time. Increasing age has a protective effect, in that it reduces the likelihood of experiencing social isolation. The likelihood of experiencing cultural isolation increases by a rural work place and if you are in a temporary position. A rural background reduces the likelihood of experiencing cultural isolation. The likelihood of experiencing geographic isolation is clearly increased if you work in a rural area, and if you are in a temporary position. Here also increasing age has a protective effect.

Affiliation and involvement

The majority among the respondents feel part of their community (68 percent), and would like to collaborate with other residents to improve it (63 percent). The probability that one feels like a part of the community increases with age, if parts of the health education is undertaken in a rural area, and if one works in primary care. It decreases among men, among those who work in a rural area and if one is in a temporary position. The probability that one will collaborate with others to improve the community increases if one works in a rural area, and decreases if one works in a temporary position.

Stability and plans for job change

It is unlikely for almost half of the respondents to look for another employer. For nearly three out of ten, however, it is highly or very likely that they will seek to change employer. It is more likely that the youngest, those who work in a rural area, those working full-time, and those working in a temporary position will look for another employer.

Two out of three respondents plan to stay in their present job for at least two years, and one in three plan to stay in their present job until they retire. The elders and those in permanent positions are the ones most likely to plan to stay in the job they have for at least two years. It is largely the elders, those who work in an urban area, those working part time, and those in permanent positions who plan to stay in their current job until they retire.

Respondents were also asked about how they envision their future career. Men more than women, plan to stay in the same job or take specialist training. The youngest are most inclined to plan for specialist training, while the oldest largely envisions staying in the same job. Those who work in specialist care see themselves to a greater extent staying on in the same job than those working in primary care. This is probably because many of them already are specialists. One notable result is the high proportion among those working in the most remote areas who plan to take specialist training.

Why health care professionals leave jobs in rural areas

Among the respondents, there were 4 percent who over the last 12 months had left a vacancy in a rural area. Compared to all the data, it was a higher proportion of physicians, a higher proportion of men, a higher proportion among the youngest and oldest age groups, and a higher proportion of urban origin who had left their job. However, it was not the case that everyone had replaced the rural job with an urban. Almost one in two was still working in a rural area, and most were also living in a rural area.

Those who had quit were asked how important various possible reasons for this were. Work-related reasons such as *Limited career opportunities* and *Limited professional support* was the most important, while aspects outside of work had somewhat less importance.

The Ideal job

For almost every second respondent (47 percent) the ideal job is in a hospital in an urban area. Secondly ranks a job in hospital in a rural area (21 percent) and a job in research/teaching at a university/college (21 percent) A job in primary care in a rural area appeared at the bottom of the list and was considered the ideal job for merely one in ten (13 percent) among the respondents. In total more than one in three respondents reported that their ideal job was in a rural area. Our analysis shows that the probability that the ideal job is in a rural area increases significantly if the respondent is a doctor, has a rural background, and if he/she has undertaken parts of their health education in a rural area. The results indicate that for your ideal job to be rural, the rural aspect has to be experienced beforehand. The aspects that were considered most important to be an ideal job was job satisfaction, good teamwork, and balance between work and leisure.

Our findings indicate that work in primary care is less of an ideal job for those living in the most remote areas, compared with those working in primary care and live in more central areas. This suggests that working in primary care to a greater extent expresses a choice for those who live in urban areas, than is the case among those who live in rural areas. In rural areas one chooses the place first, and career opportunities come second.

Conditions outside of work

Respondents were asked to evaluate the importance of different factors outside of work. *Leisure* and *Friends and family* were the most important factors, while *Child care availability* was especially important among those who had an urban residence. Among those who lived in a rural area, *Friends and family* and *Affordable housing* were rated as most important, while *Shopping facilities* and *Public transport* was rated as least important. The only factor that was considered more important among those who lived in a rural area compared with urban living, was *Affordable housing*.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
UiT - Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø

Respondents were also asked about access to the various factors outside work. Three out of four among the rural residents reported that they had access to *Affordable housing*. *Friends and family* was considered among the most important factors both among those living in urban and rural areas. However, there was a difference in favour of those who lived urban (83 vs. 68 percent), as to whether the respondents had easy access to *Friends and family* or not.

Findings about students

Background

The majority among the student respondents were studying to become a physician (44 percent) or a nurse (44 percent). A large majority of student respondents were female (78 percent). The majority (69 percent) was under 30 years old. Most (68 percent) lived in relationships, but less than one in two (47 percent) had children. The majority had a rural background (62 percent) and nearly half of the respondents (49 percent) reported having taken parts of their professional training in a rural area. More than seven out of ten had worked in a remote rural area. The majority (69 percent) of student respondents studied in Tromsø. A minority (28 percent) had a rural residence.

Job-related preferences

Students agreed or disagreed with a number of general statements relating to various aspects of work. Most of them agreed with statements about the importance of using their own knowledge and experiences at work, and that colleagues should respect the work they do. They agreed less with a statement that they would prefer shift work/overtime for extra pay.

The ideal job

For the majority (62 percent) of student respondents the ideal job is in a hospital in an urban area. As number two on the list, however well behind, came a job in primary care in a rural area (32 percent), followed by a job in a hospital in a rural area (26 percent).

We found no significant characteristics of those who reported that their ideal job is in a rural area. The likely reason is primarily too few respondents in the data set. The explanatory variable that came closest to being statistically significant was rural background.

Students were asked to assess the importance of various aspects of their ideal job. They seem to be most concerned with personal development, job satisfaction, and a balance between work and leisure. They were least concerned with good locum cover and the research and development access.

1 Innledning

Denne rapporten er skrevet for Finnmarksykehuset[1] og dokumenterer resultater fra en spørreundersøkelse som er gjennomført som del av EU-prosjektet[2] *Recruitment and Retention of Health Care Providers and Public Service Sector Workers in Remote Rural Areas (Recruit & Retain)*[3]. Prosjektet har sin bakgrunn i utfordringer med å rekruttere og beholde høyt kvalifiserte helsearbeidere i utkantstrøk. Dette er en utfordring som ikke bare eksisterer i Norge, men som de fleste land har felles.

Recruit & Retain er et treårig prosjekt[4] som er initiert, og ledet, av NHS Western Isles i Skottland. Prosjektets varighet er 1.juni 2011 til 30. juni 2014. Finnmarksykehuset er norsk partner i prosjektet. I tillegg deltar seks øvrige partnere fra Island, Sverige, Irland[5], Grønland, Skottland (Highland) og Canada.[6] 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.

Hovedmålet med *Recruit & Retain* er å utvikle strategier og tiltak som kan bidra til at flere høyt kvalifiserte helsearbeidere rekrutteres til og blir værende over tid i områder utenfor de store byene. I dette arbeidet er det avgjørende å kunne identifisere ulike faktorer som kan ha vesentlig betydning for om man lykkes med slik rekruttering og stabilisering.

Som del av én av arbeidspakkene i prosjektet, er det gjennomført en spørreundersøkelse blant helsepersonell i alle de sju partnerlandene. Dette for å samle innsikter som kan bidra til å oppfylle prosjektets mål. Undersøkelsen er gjennomført med de samme spørsmålene og i samme tidsrom i alle land. Datainnsamlingen har et komparativt perspektiv på flere måter. Det skal på den ene siden være mulig å sammenlikne ulike kjennetegn og aspekter ved helsepersonell i ulike land, og også sammenlikne svar fra helsearbeidere som arbeider i et urbant kontra et ruralt område.

Spørreundersøkelsen kartlegger følgende forhold:

- Hvilke områder respondentene oppfatter som rurale og hvilke de oppfatter som urbane.
- Bakgrunnsopplysninger om respondentene som kjønn, alder, type utdanning, antall år arbeidserfaring som helsearbeider, sivilstatus, eventuell rural tilhørighet i oppvekst og/eller utdanning, samt erfaring fra arbeid i ruralt område.
- Respondentenes nå-situasjon (dvs. situasjonen slik den var på undersøkelsestidspunktet) mht. bosted, arbeidssted, hvilken sektor de jobbet i, ulike detaljer rundt nåværende jobb, faktorer av betydning for valg av nåværende jobb, grad av opplevd isolasjon i nåværende jobb, tilhørighet til lokalsamfunnet, samt viktighet og tilgang til ulike faktorer utenom jobben.
- Planer for framtiden
    - Hvor stabile er de i nåværende jobb?
    - Hva tenker de om videre karriere?
- Hvorfor slutter helsearbeidere i rurale strøk?
- Generelt om drømmejobben
    - Hvem har sin drømmejobb i et ruralt område?
    - Viktige aspekter ved drømmejobben

[1] Tidligere Helse Finnmark HF
[2] Northern Periphery Programme 2007-2013.
[3] Mer informasjon om prosjektet finnes her: http://www.recruitandretain.eu/general-information/
[4] 2011-2014
[5] Både Nord-Irland og republikken Irland.
[6] Det er i alt åtte prosjektpartnere.

Undersøkelsespopulasjonen er noe ulik fra land til land. Denne rapporten har sitt hovedfokus på den norske delen av undersøkelsen som var rettet mot leger, sykepleiere og jordmødre, samt studenter som studerte for *å bli* leger, sykepleiere og jordmødre. I rapporten sammenliknes resultatene fra det norske datamaterialet i begrenset grad med resultatene fra de seks øvrige landene. Det er da bare resultater som gjelder leger, sykepleiere og jordmødre det gjøres sammenlikninger med. Sammenlikningene gjøres i all hovedsak i vedlegget (Internasjonale resultater). Datamaterialet som omhandler studentene, er relativt lite i antall. Det er også få av spørsmålene i undersøkelsen som det er relevant for studentene å svare på. Studentmaterialet er derfor tillagt mindre vekt.

Det har innenfor rammene som er satt for denne rapporten, ikke vært rom for å sette resultatene inn i et teoretisk rammeverk eller relatere resultatene til tidligere forskning. Framstillingen er konsentrert om å rapportere funn fra analysene av datamaterialet.

I kapittel 2 beskrives datamaterialet og de metodene som er brukt for å analysere det. I kapittel 3 presenteres hoveddelen av rapporten. Dette er en analyse av de norske respondenter som enten er leger, sykepleiere eller jordmødre. I kapittel 4 presenteres studentmateralet. Det internasjonale materialet presenteres i et vedlegg til rapporten.

2 Datamaterialet og analysemetoder

Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av et elektronisk spørreskjema. Innsamlingen av det norske materialet ble gjennomført i perioden september - oktober i 2012.

En web-link til undersøkelsen ble sendt med epost til leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i primærhelsetjenesten i Finnmark og i Finnmarksykehuset. Den ble også sendt til leger, sykepleiere og jordmødre som jobbet i primærhelsetjenesten i Tromsø kommune, til leger som jobbet ved seks ulike klinikker ved UNN[7], og til sykepleiere og jordmødre som jobbet ved UNN HF i Tromsø. Ansatte i primærhelsetjenesten var avgrenset til de som var medlem i en fagforening.[8] Fagforeningene var behjelpelig med mailadresser til sine medlemmer. De ansatte i helseforetakene ble kontaktet via deres epostadresse på jobb. På UNN ble undersøkelsen i tillegg promotert på intranettet. Alle siste års studenter på medisinstudiet i Tromsø, sykepleierutdanningen i Tromsø og Finnmark, og på jordmorutdanningen i Tromsø fikk undersøkelsen tilsendt via sin mailadresse registrert på utdanningsstedet.

Totalt ble 3 635 personer invitert til å delta i undersøkelsen. Det ble sendt ut tre purringer etter den første invitasjonen om å delta. Det var 1 118 personer som svarte på undersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 31. Vi har i skrivende stund ingen ytterligere informasjon om bruttoutvalget (de som fikk undersøkelsen tilsendt) som gjør det mulig å vurdere hvor representativt nettoutvalget (de som svarte) er. Blant de 1 118 respondentene, har vi gjort en grundig analyse av en del av materialet som omfatter 832 leger, sykepleiere og jordmødre og en noe mindre grundig analyse av en del som omfatter 99 lege-, sykepleier- og jordmorstudenter. Det betyr at 187 respondenter er ekskludert fra analysene, i hovedsak fordi de ikke har oppgitt sitt yrke.

Det er den islandske partneren som har hatt hovedansvaret for utformingen av spørreskjemaet. Skjemaet består i all hovedsak av lukkede spørsmål. Mange av spørsmålene ber respondentene vurdere påstander langs en fempunkts ordinal kategoriskala fra *Veldig uenig* til *Veldig enig*. Denne typen data er i noen sammenhenger analysert som kategoridata og i andre som data på intervallskala hvor *Veldig uenig* er gitt verdien 1 og de øvrige kategoriene er gitt verdier suksessivt opp til *Veldig enig* som er gitt verdien 5. Det er i tillegg et spørsmål med en 5 punkts ordinal svarskala som går fra *Veldig usannsynlig* til *Høyst sannsynlig* som er behandlet på samme måte.

Dette er en tverrsnittsundersøkelse og det er generelt vanskelig å bruke data fra slike til å avdekke årsakssammenhenger. Det skyldes at det tidspunktet dataene samles inn på ofte ikke faller sammen med det tidspunktet folk gjør viktige beslutninger – i dette tilfellet ved valg av jobb, arbeids- og/eller bosted. Det man kan avdekke med denne typen data er systematisk samvariasjon, ikke årsakssammenhenger.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av univariate, bivariate og multivariate metoder[9]. Univariate metoder som frekvenstellinger og gjennomsnittsberegninger, er brukt for å beskrive sentraltendens og variasjon i enkeltvariabler. Bivariate metoder som ANOVA-test er brukt for å sammenlikne gjennomsnitt i ulike grupper, mens kjikvadrat-test er brukt for å undersøke om det er sammenheng

[7] Akuttmedisinsk klinikk, Allmennpsykiatrisk klinikk, Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken, Medisinsk klinikk, Operasjons- og intensivklinikken, Barne- og ungdomsklinikken og Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk.

[8] Finnmark og Troms legeforening, og Norsk Sykepleierforbund og Den norske jordmorforeningen med bosted i Finnmark eller Tromsø kommune.

[9] I univariate analyser studeres enkeltvariabler. Man er som regel interessert i mål for sentraltendens og variasjon i de verdiene som er målt for variabelen i datasettet. I bivariate analyser inngår to variabler. Man er som regel interessert i å finne ut om det er samvariasjon mellom variablene eller å sammenligne verdier i to eller flere grupper. I slike tilfeller er den ene variabelen en grupperingsvariabel (eks. kjønn eller aldersgrupper). I multivariate analyser er poenget å studere variasjonen i én variabel (gjerne kaldt den avhengige variabelen) og se hvordan verdiene påvirkes av endring i andre variabler (gjerne kaldt uavhengige variabler).

mellom to variabler. Korrelasjonsanalyse[10] er brukt for å undersøke grad av samvariasjon mellom to variabler. Vi har benyttet multivariate analyser som faktor- og klyngeanalyse, samt logistisk regresjonsanalyse. I det videre beskriver vi disse metodene nærmere. Dataanalysene er gjennomført med analyseverktøyet SPSS versjon 19.

2.1 Faktoranalyse

Faktoranalyse en statistisk metode hvor man reduserer mange korrelasjoner (samvariasjoner) mellom ulike variabler til et mindre antall underliggende faktorer/dimensjoner som forklarer mønsteret av observerte korrelasjoner i datasettet. Faktoranalyse er brukt i denne rapporten i første rekke som et verktøy for å redusere en større mengde variabler til et mindre og mer håndterbart antall faktorer/dimensjoner. Faktoranalysene er med andre ord gjort for å forenkle og skape oversikt. Målsettingen med faktoranalysene er at noen *få* faktorer/dimensjoner skal ta opp i seg og forklare mesteparten av variasjonen som finnes i de *mange* variablene som man har i utgangspunktet.

Faktoranalysene i denne rapporten gjort på grupper av påstander (les: variabler) som respondentene har vurdert med hensyn til hvor enig eller uenig de er i dem. Faktoranalysen viser antall underliggende faktorer/dimensjoner og faktorladninger for de ulike påstandene (variablene). Påstander (variabler) med høye faktorladninger hører sammen i den forstand at de bidrar til å måle den samme underliggende dimensjonen.

I praksis er faktorene konstruert ved å beregne gjennomsnittsverdien av påstandene (variablene) som inngår i dem. Dette gir oss faktorer som har verdier i variasjonsbredden til påstandenes (variablenes) opprinnelige måleskala, det vil si i spennet mellom 1 (*Veldig uenig*) og 5 (*Veldig enig*). Det at den opprinnelige måleskalaen beholdes gjør jobben med å tolke verdiene i de nye faktorer/dimensjonene enklere, enn om man lager standardiserte normalfordelte faktorer som også er vanlig.

2.2 Klyngeanalyse

Klyngeanalyse er en måte å søke å identifisere relativt homogene grupper av respondenter, basert på utvalgte kjennetegn eller egenskaper. Vi har i denne studien spesifikt brukt metoden K-Means Cluster som krever at man angir antall klynger på forhånd. Metoden sørger for at avstanden mellom det forhåndsspesifiserte antall grupper, målt med de utvalgte kjennetegn eller egenskaper som inngår i klyngeanalysen, blir så stor som mulig. I denne studien har vi brukt klyngeanalyse for å analysere spørsmål om isolasjon.

2.3 Logistisk regresjon

Binær logistisk regresjonsanalyse er her brukt for å studere variasjon i en avhengig variabel ved hjelp av flere uavhengige variabler. Den avhengige variabelen i slike analyser må være dikotom (dvs. den ikke kan ha mer enn to verdier, for eksempel nei/ja eller urban/rural). Analysen hjelper oss å forstå hvordan sannsynligheten for at den typiske verdien (den verdien vi er mest interessert i[11]) i den avhengige variabelen, endres når verdien i én av de uavhengige variablene endres, mens de andre holdes konstant. Slike betingede endringer framkommer i analysen som Odds Ratio'er. De uavhengige variablene må enten være kontinuerlige og normalfordelte, eller dummyvariabler[12]. I de analysene som her er gjennomført, er *alder* den eneste kontinuerlige variabelen som inngår - ellers brukes dummyvariabler.

I lineær regresjonsanalyse brukes R^2 som et mål på hvor godt regresjonsanalysen forklarer variasjonen i den avhengige variabelen. I logistisk regresjonsanalyse brukes ulike estimat (Pseudo R^2) som mål for denne tilpasningen. I analysene som gjengis i denne rapporten, brukes

[10] Her er Spearman's rho brukt fordi de aktuelle variablene har verdier som er ordnede kategorier.
[11] Det fremgår som regel av sammenhengen hvilken av de to mulige verdiene dette er.
[12] Variable med verdiene 0 eller 1.

Nagelkerke's R^2 som et mål for modelltilpasning. Nagelkerke's R^2 kan variere mellom 0 og 1. Jo nærmere verdien er 1, jo bedre er modellen til å forklare variasjonen i den avhengige variabelen.

3 Del 1: Analyser av svar fra leger og sykepleiere/jordmødre

Denne delen av analysen er avgrenset til de respondentene som på undersøkelsestidspunktet, jobbet i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten og de som oppga at de utøvde yrket som lege, sykepleier eller jordmor. Dette inkluderer 832 respondenter. I analysen er sykepleiere og jordmødre slått sammen fordi jordmor-gruppen bare utgjorde 46 respondenter.

Før vi beskriver datamaterialet nærmere, går vi inn i skillet mellom urbant og ruralt.

3.1 Hvor går grensen mellom urbant og ruralt?

Begrepene *ruralt* og *urbant* er sentrale i denne undersøkelsen. Internasjonalt, og i denne undersøkelsen, brukes begrepet *ruralt* som et synonym for *distrikt*. I Norge bruker man gjerne begrepet *distrikt* når man snakker om et område med hovedsakelig lav og spredt bosetting. *Distrikt* brukes også om tettsteder og mindre steder med bymessige sentrum. Det er gjerne lang avstand fra disse til større byer og spesialiserte sykehus. Norske *distrikt* vil dermed omfatte alt fra mindre kyst- og innlandskommuner som Hasvik og Karasjok, til relativt store distriktskommuner med bymessige sentra som Hammerfest og Alta. Begrepet *distrikt* er med andre ord 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 man tatt konsekvensen av dette og innledningsvis forsøkt å kartlegge hvor grensen går mellom det folk oppfatter som et urbant område, og det som oppfattes som et ruralt område.

I introduksjonen til denne delen av datainnsamlingen ble respondentene først gitt følgende informasjon:

> *'Rurale områder' regnes som områder med lav befolkningstetthet som ligger fjernt fra urbane strøk. Urbane strøk kjennetegnes ved høy befolkningstetthet og omfatter byer og tettsteder pluss forstadsområder utenfor – men i tilknytning til – bygrensene.*

Dernest ble respondentene bedt om å angi hvorvidt de anser seks ulike områder i spennet mellom mer enn 100 000 innbyggere til under 2 000 innbyggere, som henholdsvis urbant eller ruralt (se tabell 1).

I det norske datamaterialet kan det se ut som om den mentale grensen på hva som anses som urbant og ruralt grovt sett ligger rundt 10 000 innbyggere. Tabell 1 viser at områder med mer enn 10 000 innbyggere anses som urbant av majoriteten blant de spurte, mens områder med under 10 000 innbyggere av majoriteten anses som ruralt. Det er imidlertid noe uklart hvordan dette spørsmålet er blitt oppfattet blant respondentene. Mange har latt være å kategorisere alle innbyggeralternativene som enten urbant eller ruralt og bare kategorisert noen av alternativene. Spørsmålet brukes ikke i de videre analysene av datamaterialet, men er inkludert i undersøkelsen for å belyse grensedragningene mellom hva som oppfattes som urbant og ruralt, og variasjon i disse blant respondentene. Dette skillet mellom urbant og ruralt er sentralt i forståelsen av svar på andre spørsmål i undersøkelsen.

Tabell 1: Respondentenes kategorisering av ulike områder som urban eller rural.

	Urbant	Ruralt	n
Mer enn 100 000 innbyggere	99 %	1 %	490
25 000 – 100 000 innbyggere	95 %	5 %	628
10 000 – 24 999 innbyggere	69 %	31 %	575
5 000 – 9 999 innbyggere	26 %	74 %	526
2 000 – 4 999 innbyggere	8 %	92 %	538
Under 2 000 innbyggere	1 %	99 %	535

Resultatene fra den internasjonale delen av undersøkelsen gjengitt i tabell 2, illustrerer at funn i denne undersøkelsen er i tråd med funn gjort i andre undersøkelser – at hva som oppfattes som ruralt varierer. Mens majoriteten (64 prosent) blant de kanadiske respondentene anser områder med under 25 000 innbyggere som ruralt, anses under 10 000 innbyggere som ruralt av de skotske

(62 prosent) og de irske (61 prosent) respondentene. Under 5 000 innbyggere anses som ruralt av majoriteten (> 63 prosent) av respondenter fra Grønland, Island og Sverige.

Tabell 2: Hvor mange innbyggere skal til for at et område regnes som ruralt?

	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Mer enn 100 000 innbyggere	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %
25 000 – 100 000 innbyggere	13 %	1 %	4 %	2 %	3 %	1 %
10 000 – 24 999 innbyggere	64 %	10 %	31 %	7 %	16 %	12 %
5 000 – 9 999 innbyggere	95 %	38 %	65 %	40 %	60 %	39 %
2 000 – 4 999 innbyggere	99 %	65 %	94 %	74 %	84 %	66 %
Under 2 000 innbyggere	100 %	89 %	99 %	96 %	100 %	95 %

3.2 Respondentenes bakgrunn

Tabell 3 viser noen bakgrunnsopplysninger om respondentene. og medianen 44 år – den yngste er 22 år og den eldste 73 år. Drøyt halvparten befinner seg i aldersspennet 35-54 år. Det er imidlertid overraskende mange som ikke har oppgitt kjønn og/eller alder blant de som inngår i materialet. Det er vanskelig å peke på noen åpenbar grunn til dette. Spørsmålet om kjønn kom som ett av de første i undersøkelsen, mens spørsmålet om fødselsår kom som ett av de siste. Manglende svar synes å være tilfeldig. Det er eksempelvis omtrent like stor andel både blant sykepleiere/jordmødre og leger som ikke har besvart spørsmålene. Uansett hva årsaken til manglende svar kan være, betyr dette at i videre multivariate analyser av materialet hvor det kontrolleres for kjønn og alder, vil hele 149 respondenter utelukkes fra analysene for de de ikke har besvart spørsmålene om kjønn og/eller alder. Manglende svar både på spørsmål om kjønn og alder går igjen i alle de seks øvrige landene hvor undersøkelsen er gjennomført.

Materialet består i stor grad av erfarne helsearbeidere. Drøyt halvparten har jobbet som autorisert helsepersonell i mer enn 15 år. De øvrige fordeler seg med 22 prosent relativt uerfarne som har jobbet 5 år eller mindre, mens 27 prosent er i gruppen som har jobbet mellom 6 og 15 år som autorisert helsepersonell. Det er naturlig nok en sterk samvariasjon mellom alder og arbeidserfaring som autorisert helsepersonell (r=0,79). Dette gjør at bare alder inkluderes i videre multivariate analyser av materialet.

Et stort flertall blant respondentene (73 prosent) oppgir å leve i parforhold. Majoriteten (68 prosent) blant de som har svart på spørsmålet om barn, oppgir at de bor sammen med barn i aldersspennet 0 til 20 år. Spørsmålet om barn er midlertid unødig komplisert formulert i spørreskjemaet, noe som trolig er en medvirkende årsak til at mange (hele 238 respondenter) har latt være å besvare det. På grunn av det store frafallet det vil medføre og kontrollere for om respondenten har barn eller ikke i multivariate analyser, vil denne opplysningen ikke bli brukt videre.

En overvekt av respondenter anser seg selv som en med rural bakgrunn (se kapittel 3.1 for utdyping av begrepet *rural*). Det er imidlertid kun et mindretall (28 prosent) som oppgir at de har tatt deler av sin helsefaglige utdanning i et ruralt område. Flertallet blant de spurte oppgir at de har arbeidet i et avsidesliggende og ruralt område. De fleste av disse har jobbet der i ett år eller mindre. Men nær en av tre blant de spurte, har arbeidet i et avsidesliggende og ruralt område i mer enn ett år. Det går imidlertid ikke fram av måten spørsmålet er formulert på om de da var i en helsefaglig jobb. Denne uklarheten og det faktum at det er mange som ikke har besvart spørsmålet (hele 279 respondenter), gjør at spørsmålet ikke analyseres nærmere. Det vil heller ikke bli brukt i de videre multivariate analysene.

Tabell 3: Bakgrunnsopplysninger om respondentene (n=832).

Variabel	Verdi	Antall	Prosent
Yrkesgruppe (n=832)	Lege	187	23
	Sykepleier/jordmor	645	77
Kjønn (n=746)	Kvinne	597	80
	Mann	149	20
Aldersgruppe (n=757)	35 år og yngre	202	27
	35-44 år	193	25
	45-54 år	214	28
	55 år og eldre	148	20
Arbeidserfaring som autorisert helsepersonell (n=813)	5 år eller mindre	179	22
	6-15 år	224	27
	> 15 år	412	51
Sivilstatus (n=781)	I parforhold	569	73
	Ikke i parforhold	212	27
Har barn 0-20 år (n=594)	Nei	188	32
	Ja	406	68
Bakgrunn (n=823)	Urban	341	41
	Rural	482	59
Tok deler av utdanningen ruralt? (n=827)	Nei	597	72
	Ja	230	28
Har arbeidet i et avsidesliggende og ruralt område? (n=553)	Nei	228	41
	Ja, ett år eller mindre	175	32
	Ja, mer enn ett år	150	27

3.3 Respondentenes nå-situasjon

Tabell 4 gir en oversikt over respondentenes nå-situasjon (dvs. situasjonen slik den var på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført) med hensyn til bosted, arbeidssted og noen sentrale arbeidsforhold.

Respondentenes bosted og arbeidssted på undersøkelsestidspunktet er i svært stor grad sammenfallende, 32 prosent bor og jobber ruralt mens 59 prosent bor og jobber urbant. Blant respondentene er det 7 prosent som bor ruralt med jobb urbant[13], og bare 2 prosent som bor urbant og jobber ruralt. I analysen brukes derfor arbeidssted som en bakgrunnsvariabel for både å beskrive respondentens rurale/urbane arbeidssteds- og bostedstilhørighet. I tillegg kan vi skille mellom respondenter som arbeider i henholdsvis Tromsø og Finnmark[14]. Arbeidssted kategorisert som urbant/ruralt og arbeidssted kategorisert som Tromsø/Finnmark er imidlertid såpass sterkt korrelert (r=0,57), at bare en av variablene vil inngå i multivariate analyser, og da fortrinnsvis arbeidssted kategorisert som urbant/ruralt.

Både når det gjelder bosted og arbeidssted skiller vi mellom dikotomien urbant/ruralt eller mellom følgende tredeling:

- **Urbant**
- **Ruralt_1**, som betyr at det er 60 minutter eller mindre med bil fra bosted/arbeidssted til et urbant område
- **Ruralt_2**, som betyr at det er mer enn 60 minutter med bil fra bosted/arbeidssted til et urbant område

Skillet mellom hva om er urbant og ruralt er som vi tidligere har redegjort for, basert på respondentenes egen subjektive vurdering. For de fleste går dette skillet grovt sett ved 10 000 innbyggere (se kap. 3.1), men dette kan variere ganske mye fra respondent til respondent.

[13] De aller fleste (86 prosent) av disse bor 60 minutter eller mindre med bil fra et urbant område.

[14] Dette skillet er det ikke spesifikt spurt om i undersøkelsen, men det er mulig å gjøre dette skillet basert på informasjon om hvordan undersøkelsen er distribuert til aktuelle respondenter og hvordan svarene er registrert.

Tabell 4 viser at majoriteten av respondentene bor og arbeider urbant. Det er flere i kategorien Ruralt_2 både når det gjelder bosted og arbeidssted enn i kategorien Ruralt_1. Drøyt halvparten av respondentene har arbeidssted i Finnmark. For å unngå stereotype oppfatninger om urbant/ruralt, er det viktig å være klar over at drøyt 40 prosent av de som arbeider i Finnmark, oppgir at deres arbeidssted er i et urbant område. Nær sju av ti respondenter jobber i spesialisthelsetjenesten. Den store majoriteten jobber heltid og er i fast jobb. En liten andel (8 prosent) oppgir at de er selvstendig næringsdrivende. De aller fleste av disse er leger. Samme andel (8 prosent) oppgir at de har en aktivitetsbasert inntekt. Dette er nesten utelukkende leger. Siden det er få respondenter som er næringsdrivende og har aktivitetsbasert lønn, og siden variablene *Jobbtilknytning* og *Inntektssystem* for det første er sterkt korrelert med hverandre, og samtidig hver for seg sterkt korrelert med variabelen *Yrkesgruppe*, velger vi å ikke bruke *Jobbtilknytning* og *Inntektssystem* i den videre analysen.

Tabell 4: Kjennetegn ved respondentenes nå-situasjon.

Variabel	Verdi	Antall	Prosent
Bosted (n=827)	Urbant	511	62
	Ruralt_1	111	13
	Ruralt_2	205	25
Arbeidssted_1 (n=830)	Urbant	551	66
	Ruralt_1	89	11
	Ruralt_2	190	23
Arbeidssted_2 (n=832)	Tromsø	390	47
	Finnmark	442	53
Sektor (n=832)	Primærhelsetjenesten	257	31
	Spesialisthelsetjenesten	575	69
Arbeidstid (n=814)	Heltid	685	84
	Deltid	129	16
Jobbstatus (n=816)	Fast jobb	704	86
	Midlertidig/vikar	112	14
Jobbtilknytning (n=812)	Ansatt	748	92
	Selvstendig næringsdrivende	64	8
Inntektssystem (n=810)	Fast lønn	746	92
	Aktivitetsbasert inntekt	64	8

3.4 Hva kjennetegner helsearbeidere som jobber i rurale områder?

Et av spørsmålene datamaterialet kan gi svar på, er hva som kjennetegner helsearbeidere som jobber i rurale områder. For å finne svar på dette, er det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse med arbeidssted (urbant/ruralt) som den avhengige variabelen. Analysen viser hvordan sannsynligheten for at en respondent jobber i et ruralt område påvirkes av ulike andre kjennetegn (forklaringsvariabler) ved respondenten. Forklaringsvariablene[15] eller de variablene som det kontrolleres for i analysen er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, sektor, arbeidstid og jobbstatus.

Tabell 5 oppsummerer resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen[16] og viser hvilke av de mulige forklaringsvariablene som er statistisk signifikante. Den variabelen som har størst innvirkning på sannsynligheten for om respondenten jobber ruralt, er om deler av utdanningen er tatt i et ruralt område. Det er drøyt tre ganger større sjanse for at en som har tatt deler av sin utdanning ruralt også jobber ruralt, sammenliknet med en som ikke har deler av utdanningen fra et ruralt område. Sannsynligheten for å jobbe ruralt øker også dersom man har en rural bakgrunn og naturlig nok også dersom man jobber i primærhelsetjenesten. Dersom en person jobber deltid, er det imidlertid mindre sannsynlig at vedkommende jobber i et ruralt område. I dette materialet ser vi

[15] Disse variablene kalles også ofte uavhengige variabler.
[16] Både Forward og Backward analyser gir samme resultat mht. signifikante forklaringsvariabler.

at sjansen for å jobbe ruralt også øker dersom man er lege, men dette resultatet har trolig mest sammenheng med hvordan akkurat dette datamaterialet er satt sammen.

Tabell 5: Signifikante kjennetegn ved de som jobber i rurale områder. Logistisk regresjonsanalyse med arbeidssted (0=Urbant, 1= Ruralt) som avhengig variabel.

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Tok deler av utdanningen ruralt (0=Nei, 1=Ja)	54,7	4,3 (2,9 - 6,4)
Yrkesgruppe (0=sykepleier/jordmor, 1=lege)	38,3	3,7 (2,4 - 5,6)
Bakgrunn (0=urban, 1=rural)	16,9	2,2 (1,5 – 3,2)
Sektor (0=spesialisthelsetjenesten, 1=primærhelsetjenesten)	10,5	1,9 (1,3 – 2,8)
Arbeidstid (0=heltid, 1=deltid)	5,9	0,5 (0,3 – 0,9)
R^2 (Nagelkerke)		0,241

3.5 Viktige aspekter for å starte i nåværende jobb

Respondentene er bedt om å oppgi i hvilken grad de var enig i at ulike aspekter (se tabell 6) hadde betydning da de startet i sin nåværende jobb. Graden av enighet er uttrykt på en skala fra *Veldig uenig* (1) til *Veldig enig* (5). Det er å merke seg at disse vurderingene stiller krav til at respondentene er i stand til å huske tilbake i tid til det tidspunktet de startet i nåværende jobb. For noen kan dette være riktig lenge siden. Det er med andre ord en fare for at det introduseres skjevheter i form av noe etterrasjonalisering og at ikke alle ting huskes like godt når det har gått noen år. Det er også gode grunner til å anta at de vurderingene mange respondenter har gjort like gjerne beskriver situasjonen i nåværende jobb slik den er nå, og i mindre grad slik den var da de startet i jobben.

Den faktoren som fikk den høyeste gjennomsnittskåren og dermed kan anses som vurdert som viktigst er at *Jobben passet til min utdannelse*. Dernest kommer *Jeg opplever trygghet i jobben*. De faktorene som fikk den laveste gjennomsnittskåren og dermed kan anses å være minst viktig er *Jeg vokste opp der* og *Min ektefelle vokste opp der*.

Tabell 6: Enighet i påstander og ulike aspekters betydning ved start i nåværende jobb. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	n
Jobben passet til min utdannelse	1 %	5 %	94 %	100 %	4,5	799
Jeg opplever trygghet i jobben	3 %	19 %	78 %	100 %	4,1	796
Arbeidsforholdene	6 %	24 %	70 %	100 %	3,9	794
Begrensede muligheter andre steder	52 %	23 %	25 %	100 %	2,5	791
Videreutdannelsesmuligheter	18 %	33 %	49 %	100 %	3,4	792
Karrieremuligheter	19 %	37 %	44 %	100 %	3,3	791
Muligheter for veiledning	17 %	33 %	50 %	100 %	3,2	793
Fleksibel arbeidstid	33 %	29 %	38 %	100 %	3,1	795
Omdømmet til arbeidsgiver	28 %	42 %	30 %	100 %	3,0	787
Jeg hadde turnus/hospiterte der	60 %	15 %	14 %	100 %	2,3	791
Jeg vokste opp der	71 %	9 %	20 %	100 %	2,0	791
Min ektefelle vokste opp der	72 %	11 %	17 %	100 %	2,0	788
Lønn	25 %	32 %	43 %	100 %	3,2	790
Fritidsaktiviteter	25 %	31 %	44 %	100 %	3,2	792
Sosiale og fritidsaktiviteter	22 %	29 %	49 %	100 %	3,3	794

Det er gjennomført en faktoranalyse for å redusere antallet påstander og aspekter til noen få underliggende dimensjoner for videre analyse[17]. Faktoranalysen foreslo fem underliggende dimensjoner (se tabell 7 hvor faktorladningene er uthevet) som forklarer/tar vare på 67 prosent av variansen i materialet. Den første dimensjonen kan vi kalle *Jobben*. Betegnelsen reflekterer at denne dimensjonen tar opp i seg grunnleggende aspekter ved selve jobbinnholdet som hvorvidt jobben passer til utdanningen, oppleves som trygg og at arbeidsforholdene er tilfredsstillende. Den andre dimensjonen kan vi kalle *Utvikling*. Denne tar opp i seg mulighetene for å utvikle seg i jobben som mulighet for videreutdanning, gjøre karriere og motta veiledning. Den tredje dimensjonen kaller vi *Goder*. Denne dekker direkte goder som lønn og fleksibilitet i arbeidstid og indirekte goder som arbeidsgivers omdømme. Den fjerde dimensjonen har vi kalt *Tilhørighet*. Den tar opp i seg viktigheten av tilhørighet til stedet skapt gjennom egen eller ektefelle/samboers oppvekst, samt tilhørighet etablert gjennom egen erfaring med turnus/hospitering på stedet. Den siste dimensjonen er *Fritid* som dekker viktigheten av fritids- og sosiale aktiviteter. Vi bruker disse fem dimensjonene i den videre analysen for å studere hvordan svarene varierer med ulike bakgrunnsvariabler.

Tabell 7: Enighet i påstander og ulike aspekters betydning ved start i nåværende jobb. Gjennomsnitt. Underliggende dimensjoner og tilhørende faktorladninger.

	Gj.snitt	n	Jobben	Utvikling	Goder	Tilhørighet	Fritid
Jobben passet til min utdannelse	4,5	799	,757	-,008	-,023	,021	-,018
Jeg opplever trygghet i jobben	4,1	796	,810	,161	,050	,062	,164
Arbeidsforholdene	3,9	794	,645	,204	,330	-,090	,081
Videreutdannelsesmuligheter	3,4	792	,057	,841	,060	,031	,154
Karrieremuligheter	3,3	791	,088	,821	,064	,015	,138
Muligheter for veiledning	3,2	793	,179	,742	,293	,090	,049
Fleksibel arbeidstid	3,1	795	,058	,083	,827	,042	,044
Omdømmet til arbeidsgiver	3,0	787	,130	,424	,610	,076	,015
Jeg hadde turnus/hospiterte der	2,3	791	,017	,282	,010	,633	-,068
Jeg vokste opp der	2,0	791	-,021	-,005	,019	,782	,143
Min ektefelle vokste opp der	2,0	788	,027	-,103	,083	,751	,177
Lønn	3,2	790	,069	,044	,602	,036	,397
Fritidsaktiviteter	3,2	792	,089	,118	,150	,110	,923
Sosiale og fritidsaktiviteter	3,3	794	,098	,207	,094	,170	,900

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Tabell 8 viser at *Jobben* er den dimensjonen som vurderes som viktigst hvis man ser på hva respondentene samlet sett har svart. Dernest rangeres *Utvikling, Fritid* og *Goder*. Lavest rangert i forhold til viktighet er *Tilhørighet*. Men her er det individuelle variasjoner i vurderingene av dimensjonene mellom respondentene, noe tabell 8 også reflekterer.

Det er ingenting som tyder på at det er noen betydelige forskjeller mellom kvinners og menns vurderinger av disse dimensjonene. Det er imidlertid signifikante aldersforskjeller. De eldste legger signifikant mer vekt på *Jobben, Goder og Fritid* enn det som er tilfelle blant de yngste. Personer som lever i parforhold, legger signifikant mer vekt på *Tilhørighet*. Sykepleiere/jordmødre legger signifikant større vekt på *Jobben* enn det legene gjør. Mens de som jobber i spesialisthelsetjenesten legger signifikant mer vekt på *Utvikling* enn de som jobber i primærhelsetjenesten. Hvorvidt respondentene har rural bakgrunn spiller ingen signifikant rolle,

[17] Faktoranalysen inkluderer ikke aspektet *Begrensede muligheter andre steder* fordi dette aspektet i form skiller seg fra de øvrige og viser seg å ikke grupperes sammen med noen av de andre.

men viktigheten av *Tilhørighet* øker dersom respondenten har tatt deler av sin utdanning i et ruralt område. Både *Jobben* og *Utvikling* er signifikant viktigere for de som arbeider i et urbant område enn de som jobber ruralt. Når det gjelder *Fritid*, tyder resultatene på at fritids- og sosiale aktiviteter er minst viktig for de som bor mest avsides. De som jobber heltid er signifikant mer opptatt av *Utvikling* og *Fritid* enn de som jobber deltid. De som er i faste stillinger er også mer opptatt av *Fritid* enn de i midlertidige stillinger. De i faste stillinger er også mer opptatt av *Jobben*.

Tabell 8: Viktigheten av ulike dimensjoner ved start i nåværende jobb. Sammenlikninger av gjennomsnittsverdier mellom ulike undergrupper (ANOVA-test).

Variabel	Verdi	Jobben n=793	Utvikling n=783	Goder n=780	Tilhørighet n=782	Fritid n=791
Totalt		**4,1**	**3,3**	**3,1**	**2,1**	**3,2**
Kjønn	Mann	4,1	3,4	3,1	2,0	3,3
	Kvinne	4,1	3,3	3,1	2,1	3,2
Aldersgruppe	< 35 år	4,0*	3,3	2,8***	1,9	3,1*
	35-44 år	4,2	3,3	3,2	2,2	3,2
	45-54 år	4,2	3,3	3,2	2,2	3,3
	> 55 år	4,2	3,3	3,2	2,0	3,5
Sivilstatus	I parforhold	4,1	3,3	3,1	2,1*	3,2
	Ikke i parforhold	4,2	3,3	3,1	2,0	3,3
Yrkesgruppe	Lege	4,0**	3,3	3,0	2,0	3,2
	Sykepleier/jordmor	4,2	3,3	3,1	2,1	3,3
Sektor	Primærhelsetjenesten	4,2	3,2**	3,2	2,1	3,2
	Spesialisthelsetjenesten	4,1	3,4	3,1	2,1	3,3
Bakgrunn	Urban	4,2	3,3	3,1	2,1	3,2
	Rural	4,1	3,3	3,1	2,1	3,3
Tok deler av utdanningen ruralt?	Nei	4,2	3,3	3,1	2,0**	3,2
	Ja	4,1	3,3	3,0	2,3	3,4
Arbeidssted_1	Urbant	4,2*	3,4***	3,1	2,0	3,3***
	Ruralt_1	4,1	3,2	3,1	2,2	3,6
	Ruralt_2	4,0	3,1	3,0	2,2	3,0
Arbeidstid	Heltid	4,1	3,3***	3,1	2,1	3,3**
	Deltid	4,1	3,0	3,0	2,0	3,0
Jobbstatus	Fast stilling	4,2**	3,3	3,1	2,1	3,3*
	Midlertidig/vikar	4,0	3,2	3,0	2,0	3,0

* p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

3.5.1 Hva kjennetegner de som syntes *Jobben* i seg selv var viktig?

Vi bruker logistisk regresjon for å undersøke nærmere hva som kjennetegner helsearbeidere som vurderte selve jobben som viktig da de startet i nåværende jobb. Til dette formålet har vi konstruert en variabel som skiller mellom de som vurderer jobben som svært viktig (dvs. de som har en verdi over 4 på dimensjonen *Jobben*), og de som vurderte selve jobben relativt sett som mindre viktig (dvs. de som har en verdi på 4 eller lavere på dimensjonen *Jobben*).

Den logistiske regresjonsanalysen viser hvordan sannsynligheten for at *Jobben* i seg selv var svært viktig for at nettopp den i sin tid ble valgt, påvirkes av ulike andre kjennetegn (forklaringsvariabler) ved respondenten. Forklaringsvariablene det kontrolleres for i analysen er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, sektor, arbeidssted, arbeidstid og jobbstatus (dvs. de samme som det er gjort bivariate analyser på i tabellen over).

Tabell 9 oppsummerer resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen og viser hvilke av de mulige forklaringsvariablene som er statistisk signifikante. Her er alder og yrkesgruppe signifikante. Selve jobben blir viktigere med økt alder, og signifikant viktigere for sykepleiere/jordmødre enn for

leger. R^2-verdien er svært lav, noe som tyder på at den valgte logistiske regresjonsmodellen i liten grad er egnet til å forklare variasjonen i datamaterialet[18].

Tabell 9: Signifikante kjennetegn ved de som syntes *Jobben* i seg selv var viktig. Logistisk regresjonsanalyse med *Jobben* (0=mindre viktig, 1= svært viktig) som avhengig variabel. n=658.

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Alder	3,9	1,01 (1,00-1,03)
Yrkesgruppe (0=sykepleier/jordmor, 1=lege)	4,2	0,7 (0,5-0,9)
R^2 (Nagelkerke)		0,02

3.5.2 Hva kjennetegner de som syntes *Utvikling* var viktig?

Vi bruker igjen logistisk regresjon for å undersøke nærmere hva som kjennetegner helsearbeidere som oppgir at de vurderte utviklingsmulighetene som viktig da de startet i nåværende jobb. Vi har konstruert en avhengig variabel som skiller mellom de som vurderte utviklingsmulighetene som viktig (dvs. de som har en verdi over 3 på dimensjonen *Utvikling*), og de som vurderte utviklingsmulighetene som mindre viktig (dvs. de som har en verdi på 3 eller lavere på dimensjonen *Utvikling*).

Den logistiske regresjonsanalysen viser hvordan sannsynligheten for at *Utvikling* var viktig for at de valgte jobben, påvirkes av ulike andre kjennetegn (forklaringsvariabler) ved respondenten. Forklaringsvariablene det kontrolleres for i analysen er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, sektor, arbeidssted, arbeidstid og jobbstatus.

Tabell 10 oppsummerer resultatene fra analysen og viser at arbeidssted og arbeidstid er signifikante. Resultatene indikerer utviklingsmuligheter var mindre viktig da de begynte i nåværende jobb for de som jobber i et ruralt område og de som jobber deltid. Igjen er R^2-verdien lav, noe som tyder på at modellen ikke forklarer særlig mye av variasjonen i datamaterialet[19].

Tabell 10: Signifikante kjennetegn ved de som syntes *Utvikling* var viktig. Logistisk regresjonsanalyse med *Utvikling* (0=mindre viktig, 1= viktig) som avhengig variabel. n=648.

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Arbeidssted (0=urbant, 1=ruralt)	14,7	0,5 (0,4-0,7)
Arbeidstid (0=heltid, 1=deltid)	13,0	0,5 (0,3-0,7)
R^2 (Nagelkerke)		0,05

3.5.3 Hva kjennetegner de som syntes *Goder* var viktig?

Vi bruker igjen logistisk regresjon for å undersøke nærmere hva som kjennetegner helsearbeidere som oppgir at de vurderte lønn, fleksibilitet i arbeidstid og arbeidsgivers omdømme som viktig da de startet i nåværende jobb. Vi har igjen konstruert en avhengig variabel. Denne gangen skiller den mellom de som vurderte disse godene som viktig (dvs. de som har en verdi over 3 på dimensjonen *Goder*), og de som vurderte godene som mindre viktig (dvs. de som har en verdi på 3 eller lavere på dimensjonen *Goder*).

[18] Vi har også brukt en lineær regresjonsanalyse for å sjekke om denne gir en bedre tilpasning. Den lineære analysen gir de samme signifikante forklaringsvariablene og omtrent samme andel forklart varians (dvs. svært lav R^2). Lineær regresjon er med ande ord ikke noe bedre alternativ her.

[19] En lineær regresjonsanalyse gir de samme signifikante forklaringsvariablene og omtrent samme andel forklart varians (dvs. svært lav R^2).

Den logistiske regresjonsanalysen viser hvordan sannsynligheten for at *Goder* var viktig for at de i sin tid valgte nåværende jobb, påvirkes av ulike andre kjennetegn (forklaringsvariabler) ved respondenten. Forklaringsvariablene det kontrolleres for i analysen er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, sektor, arbeidssted, arbeidstid og jobbstatus.

Tabell 11 oppsummerer resultatene fra analysen og viser at det bare er alder som har signifikant betydning, i den forstand at viktigheten av goder som lønn, fleksibel arbeidstid og arbeidsgivers omdømme øker med økt alder. Igjen er R^2-verdien lav, noe som tyder på at modellen ikke forklarer særlig mye av variasjonen i datamaterialet[20].

Tabell 11: Signifikante kjennetegn ved de som syntes *Goder* var viktig. Logistisk regresjonsanalyse med *Goder* (0=mindre viktig, 1= viktig) som avhengig variabel. n=648.

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Alder	14,8	1,03 (1,01-1,04)
R^2 (Nagelkerke)		0,02

3.5.4 Hva kjennetegner de som syntes *Tilhørighet* var av betydning?

Vi bruker som tidligere logistisk regresjon for å undersøke nærmere hva som kjennetegner helsearbeidere som oppgir at tilhørighet til stedet ikke var uvesentlig da de startet i nåværende jobb. Vi har igjen konstruert en avhengig variabel som skiller mellom de som vurderte at tilhørighet hadde en viss betydning (dvs. de som har en verdi over 2 på dimensjonen *Tilhørighet*), og de som ikke vurderte at det som viktig (dvs. de som har en verdi på 2 eller lavere på dimensjonen *Tilhørighet*).

Den logistiske regresjonsanalysen viser hvordan sannsynligheten for at *Tilhørighet* var viktig for at de i sin tid valgte nåværende jobb, påvirkes av ulike andre kjennetegn. Forklaringsvariablene det kontrolleres for i analysen er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, sektor, arbeidssted, arbeidstid og jobbstatus.

Tabell 12 oppsummerer resultatene fra analysen og viser at sivilstatus og arbeidssted har signifikant betydning. Sivilstatus har betydning i den forstand at dersom respondenten ikke er i parforhold reduseres sannsynligheten for at tilhørighet til stedet blir tillagt vekt. Arbeidssted i et ruralt område øker sannsynligheten for at tilhørighet ble vektlagt[21].

Tabell 12: Signifikante kjennetegn ved de som syntes *Tilhørighet* var av betydning. Logistisk regresjonsanalyse med *Tilhørighet* (0=ikke viktig, 1= av betydning) som avhengig variabel. n=649.

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Sivilstatus (0=i parforhold, 1=ikke i parforhold)	4,4	0,7 (0,5-0,9)
Arbeidssted (0=urbant, 1=ruralt)	4,6	1,4 (1,1-2,0)
R^2 (Nagelkerke)		0,02

[20] En lineær regresjonsanalyse gir de samme signifikante forklaringsvariablene og omtrent samme andel forklart varians (dvs. svært lav R^2).
[21] En lineær regresjonsanalyse gir de samme signifikante forklaringsvariablene og omtrent samme andel forklart varians (dvs. svært lav R^2).

3.5.5 Hva kjennetegner de som syntes *Fritid* var viktig?

Vi har konstruert en avhengig variabel som skiller mellom de som vektla mulighetene for fritids- og sosiale aktiviteter da de valgte nåværende jobb (dvs. de som har en verdi over 3 på dimensjonen *Fritid*), og de som ikke tilla dette noen større vekt (dvs. de som har en verdi på 3 eller lavere på dimensjonen *Fritid*). Vi har igjen gjennomført en logistisk regresjonsanalyse hvor vi kontrollerer for: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, sektor, arbeidssted, arbeidstid og jobbstatus.

Tabell 13 oppsummerer resultatene fra analysen og viser at alder og arbeidstid har signifikant betydning. Jo eldre, jo mer viktig er fritids- og sosiale aktiviteter. De som jobber deltid var mindre opptatt av fritid[22].

Tabell 13: Signifikante kjennetegn ved de som syntes *Fritid* var viktig. Logistisk regresjonsanalyse med *Fritid* (0=ikke viktig, 1= av betydning) som avhengig variabel. n=656

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Alder	8,6	1,02 (1,01-1,03)
Arbeidstid (0=heltid, 1=deltid)	6,4	0,6 (0,4-0,9)
R^2 (Nagelkerke)		0,02

3.6 Isolasjon

Respondentene er bedt om å si seg enig eller uenig i fire påstander om opplevd isolasjon. Svarene er oppsummert i tabell 14. Disse tyder på at isolasjon generelt ikke synes å være noe stort problem blant respondentene - hverken faglig, sosial, kulturell eller geografisk. Men her er det selvsagt nyanser og variasjoner mellom respondentene. Sett under ett synes respondentene i størst grad å oppleve geografisk og faglig isolasjon.

Tabell 14: Enighet i fire påstander om isolasjon. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

Påstander	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	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 15 viser bivariate analyser av de fire typene isolasjon og ulike bakgrunnsvariabler. Analysene viser at faglig isolasjon i mindre grad oppleves blant eldre arbeidstakere, og i større grad blant de som jobber i primærhelsetjenesten, de som har en rural bakgrunn og de som har et ruralt arbeidssted.

Sosial, kulturell og geografisk isolasjon oppleves i større grad blant menn, yngre helsearbeidere, leger, de som har et ruralt arbeidssted og de som jobber i midlertidige stillinger. Geografisk isolasjon oppleves i tillegg i større grad blant de som har tatt deler av sin utdanning i et ruralt område.

[22] En lineær regresjonsanalyse gir de samme signifikante forklaringsvariablene og omtrent samme andel forklart varians (dvs. svært lav R^2).

Tabell 15: Opplevd isolasjon faglig, sosialt, kulturelt og geografisk. Sammenlikninger av gjennomsnittsverdier mellom ulike undergrupper (ANOVA-test).

Variabel	Verdi	Jeg opplever isolasjon			
		faglig n=823	sosialt n=821	kulturelt n=819	geografisk n=820
Totalt		**2,3**	**1,9**	**2,0**	**2,2**
Kjønn	Mann	2,3	2,1**	2,1*	2,4*
	Kvinne	2,3	1,9	1,9	2,2
Aldersgruppe	< 35 år	2,3*	2,1*	2,1*	2,6***
	35-44 år	2,4	2,0	2,0	2,2
	45-54 år	2,3	1,8	1,9	2,2
	> 55 år	2,0	1,8	1,8	2,0
Sivilstatus	I parforhold	2,3	1,9	1,9	1,9
	Ikke i parforhold	2,2	1,9	2,0	2,0
Yrkesgruppe	Lege	2,4	2,2***	2,3***	2,6***
	Sykepleier/jordmor	2,3	1,8	1,9	2,1
Sektor	Primærhelsetjenesten	2,4**	2,0	2,0	2,2
	Spesialisthelsetjenesten	2,2	1,9	2,0	2,3
Bakgrunn	Urban	2,1**	1,9	1,9	2,3
	Rural	2,4	1,9	2,0	2,2
Tok deler av utdanningen ruralt?	Nei	2,2*	1,9	2,0	2,2**
	Ja	2,4	1,9	2,0	2,4
Arbeidssted_1	Urbant	2,0***	1,7***	1,7***	1,9***
	Ruralt_1	2,9	2,2	2,2	2,2
	Ruralt_2	2,8	2,4	2,5	2,5
Arbeidstid	Heltid	2,3	1,9	2,0	2,3
	Deltid	2,2	1,8	1,9	2,2
Jobbstatus	Fast stilling	2,3	1,9**	1,9**	2,2***
	Midlertidig/vikar	2,2	2,2	2,2	2,7

* p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

3.6.1 Noen opplever mer isolasjon enn andre

Svarene på de fire påstandene om isolasjon er sterkt korrelert med hverandre[23]. Det vil si at de som opplever faglig i isolasjon gjerne også samtidig opplever sosial, kulturell og geografisk isolasjon. En faktoranalyse ville gruppert påstandene (variablene) sammen i én faktor. Denne ville forklart 66 prosent av variasjonen i svarene som respondentene har gitt om de fire påstandene.

En annen måte å skape oversikt over datamaterialet er å gjennomføre en klyngeanalyse. Vi har laget en klyngeanalyse med en forhåndsantagelse om at datamaterialet omfatter to klynger, dvs. at én gruppe føler større grad av isolasjon enn en annen. Analysen gir støtte for en slik antagelse. Tabell 16 viser at de som er i gruppe 1, opplever signifikant mer isolasjon enn de som er i gruppe 2. Den faglige og geografiske isolasjonen er noe sterkere enn den sosiale og kulturelle. Majoriteten av respondentene befinner seg imidlertid i gruppe 2. Det vil si at majoriteten blant respondentene ikke opplever disse formene for isolasjon.

Tabell 16: Sammenlikning av gjennomsnittsskår på påstander om isolasjon (verdier 1-5) mellom gruppe 1 og gruppe 2 (ANOVA-test).

	faglig	sosial	kulturell	geografisk	n
Gruppe 1	3,3***	2,8***	2,9***	3,4***	269
Gruppe 2	1,8	1,5	1,5	1,7	549

*** p-verdi < 0,001

[23] De bivariate korrelasjonene varierer mellom r=0,54 og r=0,73.

Tabell 17 viser hvordan gruppe 1 og 2 skiller seg fra hverandre når det gjelder bakgrunnsvariabler. Tabellen viser at de som inngår i gruppe 1 er signifikant yngre enn de i gruppe 2, og har følgelig også signifikant kortere fartstid i helsevesenet. Gruppe 1 omfatter også en større andel leger og flere med arbeidssted i et ruralt område. Gruppe 1 inkluderer også signifikant flere i midlertidig stilling.

Tabell 17: Samvariasjon i gruppe 1 og 2 med ulike bakgrunnsvariabler (kjikvadrat-test).

Variabel	Verdi	Gruppe 1	Gruppe 2
Kjønn	Mann	24 %	18 %
	Kvinne	76 %	82 %
Aldersgruppe**	< 35 år	35 %	23 %
	35-44 år	27 %	25 %
	45-54 år	24 %	30 %
	> 55 år	14 %	22 %
Sivilstatus	I parforhold	69 %	75 %
	Ikke i parforhold	31 %	25 %
Yrkesgruppe**	Lege	29 %	19 %
	Sykepleier/jordmor	71 %	81 %
Sektor	Primærhelsetjenesten	33 %	30 %
	Spesialisthelsetjenesten	67 %	70 %
Bakgrunn	Urban	37 %	43 %
	Rural	63 %	57 %
Arbeidssted_1***	Urbant	42 %	78 %
	Ruralt_1	17 %	8 %
	Ruralt_2	41 %	14 %
Arbeidstid	Heltid	86 %	83 %
	Deltid	14 %	17 %
Jobbstatus**	Fast stilling	81 %	89 %
	Midlertidig/vikar	19 %	11 %

* p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

3.6.2 Hva påvirker sannsynligheten for å oppleve isolasjon?

En annen måte å studere variasjon og sammenheng i respondentenes vurderinger av påstandene om isolasjon, er gjennom logistisk regresjonsanalyse. En logistisk regresjonsanalyse krever at den avhengige variabelen er dikotom. Vi har konstruert fire dikotome variabler på basis av svarfordelingen knyttet til de fire påstandene om isolasjon. Vi skiller her mellom de som er uenig i at de opplever isolasjon og de som svarer enig eller verken eller om disse påstandene. Forklaringsvariablene eller de variablene som det kontrolleres for i analysen, er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, arbeidssted, sektor, arbeidstid og jobbstatus.

Tabell 18 oppsummerer resultatene fra de logistiske regresjonsanalysene[24] og viser hvilke av de mulige forklaringsvariablene som har signifikant innvirkning på opplevelsen av de fire ulike formene for isolasjon. Arbeidssted er den eneste variabelen som har signifikant innvirkning på opplevelsen av faglig isolasjon. De som jobber i et ruralt område har signifikant økt sannsynlighet for å oppleve faglig isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve sosial isolasjon er signifikant høyere dersom man er lege, arbeider i et ruralt område eller jobber deltid. Økende alder har en beskyttende effekt og reduserer sannsynligheten for å oppleve sosial isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon øker med et ruralt arbeidssted og dersom man er i en midlertidig stilling. Om man selv har rural bakgrunn, reduserer det sannsynligheten for å oppleve kulturell isolasjon. Sannsynligheten for å oppleve geografisk isolasjon er klart forhøyet dersom man jobber ruralt og dersom man er i en midlertidig stilling. Økende alder har også her en beskyttende effekt.

[24] Både Forward og Backward analyser gir samme resultat mht. signifikante forklaringsvariabler.

Tabell 18: Signifikante kjennetegn ved de som opplever ulike former for isolasjon. Logistisk regresjonsanalyse med isolasjon (nei/ja) som avhengig variabel.

Statistisk signifikante kjennetegn	faglig n=664		sosial n=662		kulturell n=660		geografisk n=661	
	X^2	Odds Ratio (95% KI)	X^2	Odds Ratio (95% KI)	X^2	Odds Ratio (95% KI)	X^2	Odds Ratio (95% KI)
Alder			5,4	0,98 (0,96-0,99)			10,3	0,97 (0,96-0,99)
Yrkesgruppe (0=sykepl./jordmor, 1=lege)			11,4	2,1 (1,4-3,2)				
Bakgrunn (0=urban, 1=rural)					6,4	0,6 (0,4-0,9)		
Arbeidssted (0=urbant, 1=ruralt)	23,3	2,3 (1,6-3,2)	17,9	2,4 (1,6-3,6)	41,3	3,8 (2,5-5,7)	78,5	5,1 (3,6-7,3)
Arbeidstid (0=heltid, 1=deltid)			5,1	1,8 (1,1-3,0)				
Jobbstatus (0=fast, 1=midlertidig)					11,5	2,4 (1,5-4,0)	10,3	2,3 (1,4-3,7)
R^2 (Nagelkerke)		0,05		0,10		0,13		0,22

3.7 Tilhørighet og involvering

Respondentene er bedt om å ta stilling til to påstander om tilhørighet til det lokalsamfunnet de bor i. Tabell 19 oppsummerer svarene som er gitt. Flertallet medgir både at de føler seg som en del av lokalsamfunnet, og at de vil samarbeid med andre innbyggere for å bedre det.

Tabell 19: Vurderinger av to påstander om tilhørighet til bosted. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	n
Jeg føler meg som en del av lokalsamfunnet	11 %	21 %	68 %	100 %	3,8	795
Jeg vil samarbeide med andre innbyggere for å bedre lokalsamfunnet	6 %	31 %	63 %	100 %	3,8	785

Vi har ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse, sett nærmere på hvilke faktorer som bidrar signifikant til respondentenes tilhørighet til, og engasjement for, lokalsamfunnet. Vi har konstruert en variabel som skiller mellom de som er enig i at de føler seg som en del av lokalsamfunnet og de som ikke sier seg enig i dette (*Del av lokalsamfunnet,* ja/nei). Vi har videre laget en variabel som skiller mellom de som sier seg enige i at de vil samarbeide med andre innbyggere om å bedre lokalsamfunnet og de som ikke sier seg enig i dette (*Bedre lokalsamfunnet,* ja/nei). Disse to variablene er brukt som avhengige variabel i logistiske regresjonsanalyser. De forklaringsvariablene vi kontrollerer for er igjen: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn, om de har tatt deler av utdanningen ruralt, arbeidssted, sektor, arbeidstid og jobbstatus. Resultatene fra analysene er gjengitt i tabell 20.

Den første analysen viser at sannsynligheten for at man føler seg som en del av lokalsamfunnet øker med alder, dersom man har tatt dele av utdanningen i et ruralt område og dersom man jobber i primærhelsetjenesten. Den reduseres blant menn, blant de som har arbeidssted i et ruralt område (!) og de som er i midlertidige stillinger. Den andre analysen viser at sannsynligheten for at man vil samarbeide for å bedre lokalsamfunnet øker dersom man jobber i et ruralt område og reduseres dersom man jobber i en midlertidig stilling.

Tabell 20: Signifikante kjennetegn ved de som føler seg som en del av lokalsamfunnet og de som vil samarbeid med andre innbyggere for å bedre lokalsamfunnet. Logistisk regresjonsanalyse.

Statistisk signifikante kjennetegn	*Del av lokalsamfunnet* n=665		*Bedre lokalsamfunnet* n=657	
	X^2	Odds Ratio (95% KI)	X^2	Odds Ratio (95% KI)
Kjønn (0=kvinne, 1=mann)	6,4	0,6 (0,4-0,9)		
Alder	8,3	1,02 (1,01-1,04)		
Tok deler av utdanningen ruralt (0=Nei, 1=Ja)	4,3	1,6 (1,1-2,3)		
Sektor (0=spesialist, 1=primær)	10,0	1,9 (1,3-2,9)	4,2	1,5 (1,1-2,1)
Arbeidssted (0=urbant, 1=ruralt)	8,7	0,6 (0,4-0,8)		
Jobbstatus (0=fast, 1=midlertid)	16,9	0,4 (0,2-0,6)	8,9	0,5 (0,3-0,7)
R^2 (Nagelkerke)		0,09		0,02

3.8 Stabilitet og planer om jobbskifte

Respondentene er bedt om å ta stilling til et spørsmål og to påstander som kan si noe om hvor stabil de vil være i den jobben de er i nå. De er spurt om hvor sannsynlig det er at de vil se seg om etter en annen arbeidsgiver. Dette er lite sannsynlig for nær halvparten av de som har svart. For nær tre av ti er det høyst eller meget sannsynlig at de vil søke å bytte arbeidsgiver.

Tabell 21: Hvor sannsynlig er det at du vil se etter en annen jobb utenfor nåværende arbeidssted? Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

lite/usannsynlig (1,2)	nokså sannsynlig (3)	høyst/meget sannsynlig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	n
49 %	24 %	27 %	100 %	2,8	813

Respondentene er videre bedt om å si seg enig eller uenig i påstanden som er gjengitt i tabell 22. Her fremgår det at to av tre planlegger å bli i nåværende jobb i minst to år, og at en av tre planlegger å bli i nåværende jobb til de går av med pensjon. Både når det gjelder spørsmålet over og påstandene gjengitt under er det individuelle og strukturelle ulikheter i datamaterialet som vi utforsker nærmere i det videre.

Tabell 22: Vurderinger av to påstander om jobbstabilitet. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	n
Jeg planlegger å bli i nåværende jobb i minst 2 år	17 %	16 %	67 %	100 %	3,8	790
Jeg antar at jeg vil bli i nåværende jobb til jeg går av med pensjon	40 %	27 %	33 %	100 %	2,9	794

Tabell 23 viser bivariate analyser av de tre jobbstabilitetsindikatorene og ulike bakgrunnsvariabler. Analysene viser at det er mer sannsynlig at de yngste, de som jobber i et ruralt område, de som jobber heltid og de som jobber i en midlertidig stilling vil se seg om etter en annen jobb hos en annen arbeidsgiver. De eldste og de som er i faste stillinger er de som i størst grad planlegger å bli i den jobben de har i minst to år til. Når det gjelder de som planlegger å bli i nåværende jobb til de blir pensjonist, så er det i større grad de eldste, de som har arbeidssted i et urbant område, de som jobber deltid og de som er i faste stillinger.

Tabell 23: Sammenlikninger av gjennomsnittsverdier mellom ulike undergrupper på tre jobbstabilitetsindikatorer (ANOVA-test).

Variabel	Verdi	Sannsynlig med annet arbeidssted	Bli i jobben i minst 2 år	Bli i jobben til pensjon
Totalt		**2,8**	**3,8**	**2,9**
Kjønn	Mann	2,9	3,7	2,9
	Kvinne	2,7	3,8	2,9
Aldersgruppe	< 35 år	3,5***	3,4***	1,9***
	35-44 år	2,8	4,0	2,6
	45-54 år	2,7	4,0	3,1
	> 55 år	1,9	4,0	4,1
Sivilstatus	I parforhold	2,7	3,9	2,8
	Ikke i parforhold	2,8	3,7	2,9
Yrkesgruppe	Lege	2,9	3,8	2,9
	Sykepleier/jordmor	2,7	3,8	2,8
Sektor	Primærhelsetjenesten	2,7	3,9	2,9
	Spesialisthelsetjenesten	2,8	3,8	2,9
Bakgrunn	Urban	2,7	3,8	2,9
	Rural	2,8	3,8	2,8
Deler av utdanning ruralt	Nei	2,7	3,8	2,9
	Ja	2,8	3,9	2,9
Arbeidssted_1	Urban	2,7*	3,9	2,9**
	Rural_1	2,7	3,7	2,9
	Rural_2	3,1	3,7	2,7
Arbeidstid	Heltid	2,8*	3,8	2,8**
	Deltid	2,5	3,8	3,2
Jobbstatus	Fast stilling	2,7***	3,9***	2,9***
	Midlertidig/vikar	3,2	3,2	2,3

* p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

Respondentene er også spurt om hvordan de ser for seg sin videre karriere. Tabell 24 oppsummerer svarene og resultat av bivariate analyser av dem mot en rekke bakgrunnsvariabler. Hvordan respondentene svarer på spørsmålet avhenger signifikant av kjønn, alder, hvilken yrkesgruppe de tilhører, hvilken sektor de jobber i, hvor de bor, hvor lenge de har jobbet i helsevesenet, om de jobber heltid eller deltid, samt om de er i en midlertidig stilling. Menn er mer tilbøyelig enn kvinner til å bli i jobben eller ta spesialistutdanning. Legene besvarer i stor grad spørsmålet på samme måte som menn, mens sykepleiere/jordmødre i stor grad besvarer på samme måte som kvinnene. De yngste ser i stor grad for seg at de skal ta spesialistutdanning, mens de eldste i stor grad ser for seg å bli i jobben. De som jobber i spesialisthelsetjenesten ser i større grad enn de som jobber i primærhelsetjenesten for seg at de vil bli i samme jobb. Dette har trolig sammenheng med at mange av dem allerede er spesialister. Et resultat å merke seg er den høye andelen som planlegger å ta spesialistutdanning blant de som jobber i de mest avsidesliggende områdene. De som jobber deltid planlegger i større grad enn de som jobber heltid å bli i samme jobb, mens de som jobber i midlertidig stilling i større grad enn de som jobber i faste, planlegger å ta spesialistutdanning.

Tabell 24: Hvordan ser du for deg din fremtidige karriere? Sett ett kryss. (kjikvadrat-test). n=824.

Variabel	Verdi	Fortsette i samme jobb	Ta spesialist-utdannelse	Skifte jobb for å få mer erfaring	Annet	Totalt
Totalt		**37 %**	**28 %**	**18 %**	**17 %**	**100 %**
Kjønn*	Mann	41 %	33 %	12 %	14 %	100 %
	Kvinne	36 %	27 %	19 %	19 %	100 %
Aldersgruppe***	< 35 år	8 %	62 %	16 %	14 %	100 %
	35-44 år	28 %	29 %	27 %	16 %	100 %
	45-54 år	46 %	11 %	21 %	22 %	100 %
	> 55 år	74 %	4 %	3 %	19 %	100 %
Sivilstatus	I parforhold	38 %	27 %	17 %	19 %	100 %
	Ikke i parforhold	33 %	32 %	20 %	15 %	100 %
Yrkesgruppe***	Lege	41 %	37 %	9 %	13 %	100 %
	Sykepleier/jordmor	36 %	25 %	20 %	19 %	100 %
Sektor*	Primærhelsetjenesten	31 %	31 %	16 %	22 %	100 %
	Spesialisthelsetjenesten	40 %	26 %	19 %	15 %	100 %
Bakgrunn	Urban	42 %	28 %	15 %	15 %	100 %
	Rural	34 %	28 %	19 %	9 %	100 %
Deler av utdanning ruralt	Nei	38 %	27 %	18 %	17 %	100 %
	Ja	36 %	30 %	17 %	17 %	100 %
Arbeidssted_1**	Urbant	39 %	24 %	19 %	18 %	100 %
	Ruralt_1	35 %	26 %	19 %	21 %	100 %
	Ruralt_2	32 %	40 %	13 %	15 %	100 %
Arbeidssted_2	Tromsø	37 %	26 %	18 %	19 %	100 %
	Finnmark	38 %	29 %	18 %	16 %	100 %
Arbeidserfaring - helse***	5 år eller mindre	5 %	70 %	17 %	8 %	100 %
	6-15 år	23 %	33 %	25 %	20 %	100 %
	> 15 år	60 %	6 %	14 %	20 %	100 %
Arbeidstid*	Heltid	36 %	30 %	18 %	16 %	100 %
	Deltid	44 %	18 %	16 %	22 %	100 %
Jobbstatus***	Fast stilling	39 %	25 %	19 %	17 %	100 %
	Midlertidig/vikar	25 %	46 %	12 %	17 %	100 %

* p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

3.9 Årsaker til at helsepersonell forlater stillinger i rurale områder

Blant respondentene i undersøkelsen, var det 34 (4 prosent) som bekrefter at de i løpet av de siste 12 månedene hadde forlatt en stilling i et ruralt område. Tabell 25 viser noen kjennetegn ved disse. Siden dette gjelder et forholdsvis lite antall personer, bør man være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner om dem. 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 som hadde sluttet i en stilling i et ruralt område i løpet av de siste 12 månedene (jfr. tabell 2). Det var også relativt sett en høyere andel som hadde tatt deler av utdanningen ruralt, som hadde sluttet. Det var imidlertid ikke slik at alle hadde skiftet ut en rural jobbtilværelse med en urban. Nær halvparten jobbet fortsatt i et ruralt strøk på undersøkelsestidspunktet og de aller fleste av disse var også bosatt i et ruralt område. Både når det gjelder arbeidssted og bosted, var andel i de mest avsidesliggende rurale områder størst sett i forhold til mer «sentrale» rurale områder. Nesten alle de som hadde forlatt en stilling i et ruralt område, hadde arbeidssted i Finnmark på undersøkelsestidspunktet.

Tabell 25: Kjennetegn ved de som har forlatt en stilling i et ruralt område i løpet av de siste 12 måneder (n=34).

Variabel	Verdi	Antall	Prosent
Yrkesgruppe (n=34)	Lege	10	29
	Sykepleier/jordmor	24	71
Kjønn (n=29)	Kvinne	16	55
	Mann	13	45
Aldersgruppe (n=31)	< 35 år	13	42
	35-44 år	4	13
	45-54 år	5	16
	> 55 år	9	29
Arbeidserfaring som autorisert helsepersonell (n=34)	5 år eller mindre	17	50
	6-15 år	5	14
	> 15 år	12	35
Sivilstatus (n=32)	I parforhold	23	72
	Ikke i parforhold	9	28
Bakgrunn (n=34)	Urban	16	47
	Rural	18	53
Tok deler av utdanningen ruralt? (n=34)	Nei	17	50
	Ja	17	50
Bosted (n=34)	Urbant	18	53
	Ruralt_1	7	21
	Ruralt_2	9	26
Arbeidssted_1 (n=34)	Urbant	18	53
	Ruralt_1	6	18
	Ruralt_2	10	29
Arbeidssted_2 (n=34)	Tromsø	4	12
	Finnmark	30	88
Sektortilhørighet (n=34)	Spesialisthelsetjenesten	24	71
	Primærhelsetjenesten	10	29

De som hadde sluttet i en stilling i et ruralt område i løpet av de siste 12 månedene, ble spurt om hvor viktig ulike mulige årsaker var til at de hadde sluttet. Til disse mulige årsakene er det å bemerke at de alle er knyttet til den jobben respondenten har forlatt eller forhold utenom jobben. Ingen av dem handler om den jobben respondenten har gått til. Dette er en svakhet all den tid det er sannsynlig at en del folk slutter i en jobb fordi de får tilbud om en mer attraktiv jobb et annet sted. Det er med andre ord ikke nødvendigvis noe galt med den jobben de hadde.

Tabell 26 viser hvor viktig de ulike mulige slutteårsakene var. Det kan synes som jobbrelaterte årsaker var viktigst, mens forhold utenom jobben hadde noe mindre betydning. Det er imidlertid stor variasjon i svarene og tendens til polariserte svar - det vil si en opphopning i begge ender av svarskalaen.

Tabell 26: Vurdering av hvor viktig ulike årsaker var for å slutte i jobben i et ruralt område.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennomsnitt	n
Begrensede karrieremuligheter	44 %	6 %	50 %	100 %	3,0	32
Begrenset faglig støtte	44 %	13 %	44 %	100 %	2,9	32
Dårlig betalt	37 %	19 %	44 %	100 %	2,9	32
Liten fleksibilitet i arbeidstiden	40 %	13 %	47 %	100 %	2,8	32
Familiehensyn	47 %	12 %	41 %	100 %	2,8	32
Dårlige arbeidsforhold	47 %	16 %	37 %	100 %	2,7	32
Arbeidsgiver hadde dårlig omdømme	50 %	25 %	25 %	100 %	2,6	32
Mangel på sosiale aktiviteter og rekreasjon	53 %	13 %	34 %	100 %	2,6	32
Mangel på fritidsaktiviteter	52 %	13 %	35 %	100 %	2,5	31
Mangel på trygghet i jobben	63 %	9 %	28 %	100 %	2,3	32
Jobben passet ikke til min utdannelse	65 %	19 %	16 %	100 %	2,1	32

Basert på tendensen til polariserte svar, er det gjennomført en clusteranalyse for å undersøke om det er rimelig å anta at det finnes to ulike grupper blant de som har sluttet i en jobb i et ruralt område i løpet av de siste 12 månedene. Analysen støtter en slik antagelse (se tabell 27). Gruppe 1 og gruppe 2 skiller seg signifikant fra hverandre i vurderingen av viktigheten av de ulike slutteårsakene, bortsett fra når det gjelder *Familiehensyn* som i begge grupper vurderes som verken viktig eller uviktig. Gruppe 1 skiller seg ellers fra gruppe 2 ved at alle de øvrige årsakene vurderes som viktigere enn det som er tilfelle for gruppe 2. Gruppe 2 vurderer ingen av 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.

Tabell 27: Sammenlikning av gjennomsnittvurderinger av slutteårsaker i gruppe 1 og 2.

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

* p-verdi < 0,05, ** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

3.10 Drømmejobben

Respondentene er spurt om hva som er deres drømmejobb i helsevesenet. Tabell 28 viser svaralternativene. Man kunne ønsket at de inneholdt et større spekter, eller mer omfattende kategorier, av mulige jobbalternativ - spesielt i spesialisthelsetjenesten hvor drømmejobben er begrenset til jobb i sykehus. Dette er påpekt av noen av de som har skrevet kommentarer når de har krysset av for alternativet *Annet*. Flere av disse skriver eksempelvis at drømmejobben er i psykiatrien i et distriktsmedisinsk senter (DPS).

Ser man datamaterialet under ett, krysset nesten halvparten (47 prosent) av respondentene av for at drømmejobben er på sykehus i et urbant område (se tabell 28). Deretter rangeres jobb på sykehus i et ruralt område og så jobb med forskning/undervisning ved universitet/høgskole. Jobb i primærhelsetjenesten i et ruralt område kom nederst på lista og var drømmejobben for kun drøyt én av ti (13 prosent) blant respondentene. Totalt sett hadde drøyt en av tre blant de spurte, krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område.

Blant respondentene med arbeidssted i et urbant område, oppga en klar majoritet (73 prosent) at drømmejobben var på sykehus eller i primærhelsetjenesten i et urbant område. Til sammenlikning oppga kun drøyt halvparten (53 prosent i Ruralt_1 og 57 prosent i Ruralt_2) av de som jobbet i et ruralt område, at drømmejobben var i et ruralt område. Både de som jobbet i et urbant og de som jobbet i et ruralt område rangerte jobb på sykehus øverst på sin liste. Blant de som jobbet i et urbant område, var sykehusjobb i urbant område klart på topp, mens sykehusjobb i ruralt område lå knepent over sykehusjobb i urbant område blant de som jobbet i de minst avsidesliggende rurale områdene (Ruralt_1). Blant de som arbeidet i de mest avsidesliggende rurale områdene (Ruralt_2), var sykehusjobb i urbant område rangert litt høyere enn jobb på sykehus i ruralt område.

Tabell 28: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på arbeidssted. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=832	Arbeidssted		
		Urbant n=551	Ruralt_1 n=89	Ruralt_2 n=190
Primærhelsetjenesten i et urbant område	15 %	19 %	9 %	7 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	13 %	9 %	19 %	24 %
Sykehus i et urbant område	**47 %**	**54 %**	**25 %**	**37 %**
Sykehus i et ruralt område	21 %	14 %	**34 %**	**33 %**
Arbeide utenlands	19 %	18 %	21 %	23 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	21 %	24 %	11 %	14 %
Annet	13 %	13 %	16 %	14 %

Respondentene kunne krysse av for en eller flere alternative drømmejobber. De fleste (63 prosent) krysset bare av for ett alternativ. Også blant disse var det jobb i sykehus i urbant område som toppet listen (42 prosent av dem hadde dette som sin drømmejobb). Dernest kom jobb i sykehus i ruralt område (17 prosent) og jobb i primærhelsetjenesten i urbant område (13 %). De som hadde krysset av for to alternative drømmejobber (dvs. 23 prosent av alle), hadde også jobb i sykehus i et urbant område på topp (66 prosent) - ofte kombinert med forskning/undervisning ved universitet/høgskole (krysset av blant 37 prosent av de med to kryss).

Blant de som jobbet i primærhelsetjenesten i et urbant område var det 55 prosent som hadde krysset av dette som sin drømmejobb (se tabell 29). Blant de som jobbet i primærhelsetjenesten i et ruralt område, var det nettopp jobb i primærhelsetjenesten i et ruralt område som toppet listen, men under halvparten hadde dette som sin drømmejobb. Nær en av tre av de som jobbet i primærhelsetjenesten i de mest avsidesliggende rurale områdene (Ruralt_1) hadde krysset av for at drømmejobben er sykehusjobb i et urbant område. Resultatene tyder på at jobb i primærhelsetjenesten i mindre grad er drømmejobben for de som bor i de mest avsidesliggende områdene, sammenliknet med de som jobber i primærhelsetjenesten og bor mer sentralt. Dette kan tyde på at det å jobbe i primærhelsetjenesten i større grad er uttrykk for et *valg* for de som bor mest sentralt, enn det som er tilfelle blant de som bor mer avsides. Her velges stedet først, så begrenses jobbmulighetene deretter.

Blant de som jobbet i spesialisthelsetjenesten og bodde urbant, krysset to av tre av for at drømmejobben var i sykehus i urbant område. En noe mindre andel blant de som jobbet i spesialisthelsetjenesten i et ruralt område krysset av jobb i sykehus i ruralt område som sin drømmejobb. Blant disse var sykehusjobb i urbant område en god nummer to på drømmejobblisten. De som jobbet i spesialisthelsetjenesten så i svært liten grad på jobb i primærhelsetjenesten som sin drømmejobb, mens langt flere av de som jobbet i primærhelsetjenesten hadde krysset av for jobb i sykehus som sin drømmejobb. Resultatene gir grunn til å anta at det i liten grad vil skje overganger fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, mens overganger motsatt vei vil være mer sannsynlig.

Tabell 29: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på sektor og arbeidssted. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=832	Arbeidssted					
		Primærhelsetjenesten			Spesialisthelsetjenesten		
		Urbant n=150	Ruralt_1 n=31	Ruralt_2 n=76	Urbant n=401	Ruralt_1 n=58	Ruralt_2 n=114
Primærhelsetjenesten i et urbant område	15 %	**55 %**	19 %	12 %	6 %	3 %	1 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	13 %	15 %	**45 %**	**49 %**	6 %	5 %	7 %
Sykehus i et urbant område	**47 %**	21 %	10 %	32 %	**66 %**	33 %	40 **%**
Sykehus i et ruralt område	21 %	9 %	6 %	18 %	16 %	**48 %**	**42 %**
Arbeide utenlands	19 %	14 %	13 %	20 %	19 %	26 %	25 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	21 %	28 %	16 %	17 %	23 %	9 %	17 %
Annet	13 %	13 %	23 %	11 %	12 %	12 %	16 %

Tabell 30 viser hvordan leger og sykepleiere/jordmødre i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten svarte på spørsmålene om drømmejobben. Blant legene som jobbet i primærhelsetjenesten, oppga 42 prosent at drømmejobben var i primærhelsetjenesten både i urbant og ruralt område. Totalt oppga 62 prosent blant legene i primærhelsetjenesten at drømmejobben var i et ruralt område. Primærhelsetjenesten var i mindre grad drømmejobben blant sykepleierne/jordmødrene. Totalt oppga 34 prosent av dem at drømmejobben var i et ruralt område. Flertallet både blant leger og sykepleiere/jordmødre som jobbet i spesialisthelsetjenesten, hadde jobb i sykehus i et urbant område som sin drømmejobb. For svært få, både blant leger og sykepleiere/jordmødre som jobbet i spesialisthelsetjenesten, var drømmejobben å finne i primærhelsetjenesten.

Tabell 30: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på sektor og yrkesgruppe. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=832	Arbeidssted			
		Primærhelsetjenesten		Spesialisthelsetjenesten	
		Lege n=73	Sykepleier/ jordmor n=184	Lege n=114	Sykepleier/ jordmor n=461
Primærhelsetjenesten i et urbant område	15 %	**42 %**	**36 %**	5 %	5 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	13 %	**42 %**	23 %	6 %	7 %
Sykehus i et urbant område	**47 %**	25 %	22 %	**55 %**	**58 %**
Sykehus i et ruralt område	21 %	12 %	11 %	35 %	22 %
Arbeide utenlands	19 %	19 %	13 %	15 %	23 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	21 %	23 %	23 %	26 %	19 %
Annet	13 %	11 %	15 %	17 %	12 %

3.10.1 Hva kjennetegner de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område?

Vi ønsker i det videre å studere nærmere de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område – enten i primærhelsetjenesten eller på sykehus. Dette dreier seg totalt sett om 253 respondenter. Vi har laget en dikotom variabel som vi har kalt *Rural drømmejobb* som skiller mellom de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område og de som ikke har gjort det. Denne variabelen bruker vi som avhengig variabel i en logistisk regresjonsanalyse for å se nærmere på signifikante kjennetegn ved de som har drømmejobben i et ruralt område. Forklaringsvariablene eller de variablene som det kontrolleres for i analysen, er: kjønn, alder, sivilstatus, yrkesgruppe, bakgrunn og om de har tatt deler av utdanningen ruralt.

Tabell 31 oppsummerer resultatene fra dem logistiske regresjonsanalysen og viser hvilke av de mulige forklaringsvariablene som har signifikant innvirkning på sannsynligheten for at drømmejobben er i et ruralt område. Analysen viser at denne sannsynligheten øker signifikant dersom respondenten er lege, har rural bakgrunn og deler av utdanningen fra et ruralt område. Resultatene indikerer at om drømmejobben skal være rural, må det rurale være erfart på forhånd.

Tabell 31: Signifikante kjennetegn ved de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område. Logistisk regresjonsanalyse med *Rural drømmejobb* (0=nei, 1= ja) som avhengig variabel.

Statistisk signifikante kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Yrkesgruppe (0=sykepleier/jordmor, 1=lege)	11,5	1,9 (1,3 – 2,7)
Bakgrunn (0=urban, 1=rural)	5,3	1,5 (1,1 – 2,1)
Tok deler av utdanningen i rural område (0=nei, 1=ja)	10,5	1,8 (1,3 – 2,6)
R^2 (Nagelkerke)		0,06

3.11 Viktige aspekter ved drømmejobben

Respondentene ble spurt om hvor viktige ulike forhåndsdefinerte aspekter var for deres drømmejobb. Tabell 32 viser disse aspektene og oppsummerer svarene. De aspektene som ble ansett som viktigst var tilfredsstillende arbeidsoppgaver, godt teamarbeid og balanse mellom jobb og fritid. Generelt er det liten variasjon i svarene. Det var stor enighet blant respondentene om at de fleste av aspektene som det ble spurt om, var viktige. Dette betyr at det er relativt lite variasjon å søke forklaring på dersom man vil analysere materialet ytterligere med bivariate og multivariate analyser.

Tabell 32: I hvilken grad er du enig i at følgende er viktig for din drømmejobb? Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Personlig utvikling	1 %	3 %	96 %	100 %	4,5	811
God lønn og materielle goder	2 %	8 %	90 %	100 %	4,3	810
Tilfredsstillende arbeidsoppgaver	1 %	1 %	98 %	100 %	4,6	808
Trygghet i jobben	1 %	6 %	93 %	100 %	4,5	807
Kreative og nyskapende arbeidsmuligheter	3 %	11 %	86 %	100 %	4,2	806
Mulighet til forskning og utvikling	8 %	23 %	69 %	100 %	3,9	806
Mulighet for godkjent videre- og etterutdanning med lønn	2 %	11 %	84 %	100 %	4,3	805
God vikardekning	5 %	18 %	77 %	100 %	4,1	806
Godt teamarbeid	1 %	3 %	96 %	100 %	4,6	806
Balanse mellom arbeid og fritid	1 %	5 %	94 %	100 %	4,6	805

Det er gjennomført en faktoranalyse for å redusere antallet ulike aspekter til noen få underliggende dimensjoner. Faktoranalysen foreslo to underliggende dimensjoner som forklarer 56 prosent av variansen i materialet (se tabell 33 hvor faktorladningene er uthevet). Den første dimensjonen kan vi kalle soliditeten ved jobben. Soliditet betyr omtrent det samme som bærekraft, og betegnelsen reflekterer grunnleggende aspekter ved en attraktiv og stabil jobb som god lønn, tilfredsstillende arbeidsoppgaver, trygghet, vikardekning, teamarbeid og balanse mellom jobb og fritid. Den andre dimensjonen tar opp i seg utviklingsmulighetene i jobben. Vi bruker disse to dimensjonene i den videre analysen for å studere hvordan svarene varierer med ulike bakgrunnsvariabler.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
UiT - Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø

Tabell 33: Faktoranalyse. Underliggende dimensjoner og tilhørende faktorladninger i viktige aspekter ved drømmejobben (n=798).

	Soliditet	Utviklingsmuligheter
Personlig utvikling	0,344	0,640
God lønn og materielle goder	0,664	0,155
Tilfredsstillende arbeidsoppgaver	0,578	0,487
Trygghet i jobben	0,770	0,168
Kreative og nyskapende arbeidsmuligheter	0,248	0,781
Mulighet til forskning og utvikling	0,043	0,852
Mulighet for godkjent videre- og etterutdanning med lønn	0,472	0,513
God vikardekning	0,602	0,235
Godt teamarbeid	0,621	0,396
Balanse mellom arbeid og fritid	0,721	0,122

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Tabell 34 viser bivariate sammenlikninger av hvor viktig dimensjonene soliditet og utviklingsmuligheter ved drømmejobben vurderes å være i ulike undergrupper. Analysene viser at kvinner vurderer både soliditet og utviklingsmuligheter som viktigere enn det menn gjør. Sykepleiere/jordmødre anså også disse dimensjonene som viktigere enn det som var tilfelle blant legene. De som hadde arbeidssted i Tromsø, vurderte utviklingsmuligheter som viktigere enn de som jobbet i Finnmark. De som jobbet heltid, anså utviklingsmuligheter som viktigere enn de som jobbet deltid. Mens de som jobbet i fast stilling anså både soliditet og utviklingsmuligheter som viktigere enn de som jobbet i midlertidige stillinger.

Tabell 34: Viktigheten av dimensjonene soliditet og utviklingsmuligheter ved drømmejobben. Sammenlikninger mellom ulike undergrupper (ANOVA-test).

Variabel	Verdi	Soliditet n=789	Utviklings-muligheter n=796
Totalt		**4,4**	**4,3**
Kjønn	Mann	4,3***	4,0***
	Kvinne	4,5	4,3
Aldersgruppe	< 35 år	4,4	4,2
	35-44 år	4,5	4,3
	45-54 år	4,5	4,3
	> 55 år	4,4	4,2
Sivilstatus	I parforhold	4,5	4,3
	Ikke i parforhold	4,4	4,2
Yrkesgruppe	Lege	4,3***	4,0***
	Sykepleier/jordmor	4,5	4,3
Sektor	Primærhelsetjenesten	4,5	4,3
	Spesialisthelsetjenesten	4,4	4,2
Bakgrunn	Urban	4,4	4,2
	Rural	4,5	4,3
Arbeidssted_1	Urbant	4,5	4,3
	Ruralt_1	4,4	4,3
	Ruralt_2	4,4	4,1
Arbeidssted_2	Tromsø	4,7	4,3**
	Finnmark	4,4	4,2
Arbeidstid	Heltid	4,4	4,3*
	Deltid	4,4	4,1
Jobbstatus	Fast stilling	4,5*	4,3*
	Midlertidig/vikar	4,3	4,1

* p-verdi < 0,05 *** p-verdi < 0,001

3.12 Viktigheten av ulike forhold utenom jobben og tilgangen til disse

Respondentene er bedt om å vurdere hvor viktig ulike forhold utenom jobben er for dem. De forholdene som er vurdert, er gjengitt i tabell 35. *Venner og familie* og *fritidstilbud* topper listen som de viktigste basert på gjennomsnittvurderingene, mens vi finner *shoppingmuligheter, kollektivtransport* og *barnehagetilbud* nederst på listen.

Tabell 35: Hvor enig/enig er du i at følgende er viktig for deg i nåværende situasjon? Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Venner og familie	6 %	17 %	77 %	100 %	4,0	780
Fritidstilbud	5 %	15 %	80 %	100 %	3,9	778
Jobbmuligheter for ektefelle/samboer	13 %	20 %	67 %	100 %	3,8	773
Overkommelige boligpriser	13 %	21 %	67 %	100 %	3,7	782
Skole og utdanning	15 %	22 %	63 %	100 %	3,6	779
Underholdningstilbud	11 %	30 %	59 %	100 %	3,5	781
Shoppingmuligheter	21 %	31 %	48 %	100 %	3,3	779
Kollektivtransport	21 %	31 %	48 %	100 %	3,3	778
Barnehagetilbud	32 %	28 %	40 %	100 %	3,0	774

Tabell 36 viser at *Fritidstilbud* samt *venner og familie* var viktigst, mens *barnehagetilbud* var minst viktig for de som hadde et urbant bosted. Blant de som bodde ruralt, ble *venner og familie* samt *overkommelige boligpriser* vurdert som viktigst, mens *shoppingmuligheter* og *kollektivtransport* ble vurdert som minst viktig. Nesten alle forhold ble vurdert som viktigere for de som bodde urbant, sammenliknet med de som bodde ruralt. Dette gjaldt i særdeleshet *kollektivtransport, shoppingmuligheter* og *skole og utdanning*. Den eneste faktoren som ble vurdert som noe viktigere blant de som bodde ruralt sammenliknet med de som bodde urbant, var *overkommelige boligpriser*.

Respondentene er videre spurt om de hadde tilgang til de ulike faktorene. Sett under ett, var *overkommelige boligpriser* den faktoren respondentene hadde minst tilgang til. Faktoren ble vurdert som viktig både blant de som bodde urbant og ruralt, og en tanke viktigere blant de som bodde ruralt. Det var også de som i størst grad hadde tilgang. Hele tre av fire av de ruralt bosatte oppga at de hadde tilgang til *overkommelige boligpriser*. *Venner og familie* ble vurdert blant de aller viktigste faktorene både urbant og ruralt. Det var imidlertid ganske stor forskjell i favør av de som bodde urbant, med hensyn til om respondentene hadde tilgang. Forskjellen i tilgang var størst når det gjelder faktorene *skole og utdanning* og *kollektivtransport*.

Tabell 36: Har du tilgang til følgende i din nåværende sitasjon?

	Totalt n=782			Urbant bosted n=			Ruralt bosted n=		
	Viktighet	Tilgang[1] %		Viktighet	Tilgang %		Viktighet	Tilgang %	
	Gj. snitt	Ja	Nei	Gj. snitt	Ja	Nei	Gj. snitt	Ja	Nei
Venner og familie	4,0	77	23	4,0	83	17	3,8	68	32
Fritidstilbud	3,9	94	6	4,1	99	1	3,7	88	12
Jobbmuligheter for ektefelle/samboer	3,8	90	10	3,9	93	7	3,6	91	9
Overkommelige boligpriser	3,7	66	33	3,7	61	39	3,8	75	25
Skole og utdanning	3,6	81	19	3,9	95	5	3,3	59	41
Underholdningstilbud	3,5	86	14	3,7	95	5	3,3	71	29
Shoppingmuligheter	3,3	82	18	3,5	96	4	2,9	61	39
Kollektivtransport	3,3	78	22	3,6	91	9	2,9	54	46
Barnehagetilbud	3,0	94	6	3,0	92	8	3,0	94	6

[1] Det er mulig å svare ikke aktuelt på spørsmålet. Det er særlig på spørsmålene om jobbmuligheter for ektefelle/samboer og barnehagetilbud dette svaralternativet er benyttet. De som har svart ikke aktuelt, ser vi her bort fra.

4 Del 2: Analyse av svar fra studenter

I denne delen oppsummeres funn fra studentmaterialet. Materialet er avgrenset til de som har oppgitt sin studentstatus. Dette inkluderer 99 respondenter.

Tabell 37 viser at studentene svarer ganske likt leger og sykepleier/jordmor på spørsmålet om hvilke områder som oppfattes som henholdsvis urbant og ruralt (jfr. tabell 1). Grensen går også her rundet 10 000 innbyggere.

Tabell 37: Studentenes kategorisering av ulike områder som urban eller rural.

	Urbant	Ruralt	n
Mer enn 100 000 innbyggere	97 %	3 %	64
25 000 – 100 000 innbyggere	91 %	9 %	80
10 000 – 24 999 innbyggere	61 %	39 %	67
5 000 – 9 999 innbyggere	26 %	74 %	66
2 000 – 4 999 innbyggere	5 %	95 %	64
Under 2 000 innbyggere	4 %	96 %	69

Det er flest leger og sykepleiere blant studentene. En stor overvekt av studentrespondentene er kvinner. Majoriteten er under 30 år gamle. De fleste lever i parforhold, men under halvparten har barn. Flertallet har rural bakgrunn og nær halvparten oppgir å ha tatt deler av sin utdanning i et ruralt område. Drøyt sju av ti oppgir at de har arbeidet i et avsidesliggende ruralt område. Majoriteten av studentrespondentene studerer i Tromsø. Et mindretall, færre enn én av tre, oppgir at de har et ruralt bosted.

Tabell 38: Bakgrunnsopplysninger om studentene (n=99).

Variabel	Verdi	Antall	Prosent
Studentgruppe (n=99)	Medisin (lege)	44	44
	Sykepleier	44	44
	Jordmor	11	11
Kjønn (n=92)	Mann	14	15
	Kvinne	78	85
Aldersgruppe (n=84)	< 25 år	18	21
	25-29 år	40	48
	30-39 år	19	23
	> 40 år	7	8
Sivilstatus (n=89)	I parforhold	68	76
	Ikke i parforhold	21	24
Har barn 0-20 år (n=57)	Nei	30	53
	Ja	27	47
Bakgrunn (n=98)	Urban	37	38
	Rural	61	62
Har tatt deler av utdanningen ruralt (n=98)	Nei	50	51
	Ja	48	49
Har arbeidet i et avsidesliggende ruralt område? (n=78)	Nei	22	28
	Ja, ett år eller mindre	44	57
	Ja, mer enn ett år	12	15
Studiested (n=99)	Tromsø	68	69
	Finnmark	31	31
Bosted (n=99)	Urbant	71	72
	Ruralt	28	28

4.1 Studentenes jobbrelaterte preferanser

Studentene har tatt stilling til hvor enig de er i en rekke generelle påstander som er relatert til ulike aspekter ved det å jobbe. Svarskalaen går fra *Veldig enig* (1) til *Veldig enig* (5). Påstandene er gjengitt i tabell 39 i den rekkefølgen de framkom da undersøkelsen ble gjennomført. Studentrespondentene er mest enig i påstanden som handler om mulighetene for å bruke egne kunnskaper og erfaringer, og at kolleger skal respektere den jobben de gjør. De er minst enig i påstanden om at de ville foretrekke skiftarbeid/overtid for ekstra betaling.

Tabell 39: I hvilken grad er du enig i følgende påstander?

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Jeg foretrekker å jobbe tverrfaglig	1 %	19 %	80 %	100 %	4,1	91
Lønn er viktig	3 %	14 %	83 %	100 %	4,1	91
Jeg ønsker en klar og presis stillingsbeskrivelse	1 %	33 %	66 %	100 %	3,8	91
Jeg foretrekker å jobbe bare på dagtid	22 %	28 %	50 %	100 %	3,5	91
Jeg ville foretrekke skiftarbeid/overtid for ekstra betaling	23 %	29 %	48 %	100 %	3,3	90
Jeg vil helst jobbe i nærheten av familie (foreldre og/eller søsken)	9 %	26 %	65 %	100 %	3,8	91
Jeg vil at kolleger skal respektere jobben min	0 %	10 %	90 %	100 %	4,3	91
En travel jobb passer meg bra	9 %	25 %	66 %	100 %	3,6	91
Min ektefelles/samboers jobb vil påvirke valg av bosted	14 %	17 %	69 %	100 %	3,7	91
Jeg ønsker å ha gode muligheter til å bruke min kunnskap og erfaring	0 %	2 %	98 %	100 %	4,6	90

4.2 Studentenes drømmejobb

Studentene er spurt om hva som er deres drømmejobb i helsevesenet. Svaralternativene er gjengitt i tabell 40. Majoriteten blant dem har krysset av for at drømmejobben er på sykehus i et urbant område. Som nummer to på listen, og et godt stykke bak, kom primærhelsetjenesten i et ruralt område. Dernest fulgte sykehus i et ruralt område.

Studentene kunne sette flere kryss, dvs. at de kan oppgi flere drømmejobber. Nær halvparten (48 prosent) krysset bare av for ett alternativ, mens 22 prosent krysset av for to og 19 prosent for tre alternativ. Blant de som bare hadde krysset av for ett alternativ, hadde over halvparten (53 prosent) krysset av for sykehus i et urbant område, dernest kom sykehus i et ruralt område (12 prosent). Blant de som hadde satt to kryss, var også sykehus i et urbant område mest populært, paret enten med primærhelsetjenesten eller sykehus i et ruralt område.

Tabell 40 viser hvordan svarene fordeler seg når vi tar hensyn til om respondentene har en urban eller rural bakgrunn. I begge grupper har flest krysset av for at drømmejobben er på sykehus i et urbant område, men hvor stor denne andelen er varierer. Drøyt fire av fem med urban bakgrunn har krysset av for at drømmejobben er på sykehus i et urbant område. Blant de med en rural bakgrunn, er denne andelen nede i underkant av halvparten. Primærhelsetjenesten er drømmejobb for en noe høyere andel av de med rural bakgrunn, sammenliknet med de med urban. Det er flere blant de som har urban bakgrunn som har sin drømmejobb i utlandet, enn i primærhelsetjenesten. Blant de som har krysset av for *Annet*, er det to som skriver at de kan tenke seg å jobbe på sykehjem, to som ønsker å jobbe privat, en som vil jobbe med administrasjon og en som vil jobbe på sykehus - *uvesentlig hvilket område*.

Tabell 40: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Svar fordelt i forhold til respondentenes bakgrunn. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=99	Bakgrunn	
		Urban n=37	Rural n=61
Primærhelsetjenesten i et urbant område	23 %	19 %	26 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	32 %	27 %	36 %
Sykehus i et urbant område	**62 %**	**81 %**	**49 %**
Sykehus i et ruralt område	26 %	11 %	34 %
Arbeide utenlands	24 %	27 %	21 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	16 %	14 %	18 %
Annet	6 %	3 %	8 %

Tabell 41 viser hvordan legestudentene og sykepleier/jordmor studentene besvarte spørsmålene om drømmejobben. Her ser vi også at *sykehus i et urbant område* er det som ble krysset av flest i begge studentgrupper. Andel er imidlertid noe lavere blant legestudentene. Det var også en høyere andel blant dem som krysset av for at drømmejobben var i primærhelsetjenesten.

Tabell 41: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på bakgrunn. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=99	Studentgruppe	
		Medisin (lege) n=44	Sykepleier/jordmor n=55
Primærhelsetjenesten i et urbant område	23 %	32 %	16 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	32 %	39 %	27 %
Sykehus i et urbant område	**62 %**	**57 %**	**66 %**
Sykehus i et ruralt område	26 %	27 %	26 %
Arbeide utenlands	24 %	30 %	20 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	16 %	27 %	7 %
Annet	6 %	9 %	4 %

Tabell 42 viser hvordan de som har tatt deler av sin utdanning i et ruralt område, svarte på spørsmålene om drømmejobben.

Tabell 42: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på bakgrunn. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=99	Tatt deler av utdanningen ruralt	
		Nei n=50	Ja n=49
Primærhelsetjenesten i et urbant område	23 %	32 %	15 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	32 %	36 %	29 %
Sykehus i et urbant område	**62 %**	**66 %**	**56 %**
Sykehus i et ruralt område	26 %	26 %	25 %
Arbeide utenlands	24 %	18 %	31 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	16 %	14 %	19 %
Annet	6 %	6 %	6 %

4.2.1 Ingen signifikante kjennetegn ved de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område

Vi ønsket å studere nærmere de som hadde krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område – enten i primærhelsetjenesten eller på sykehus. Dette dreide seg totalt sett om 45 respondenter. Vi har laget en dikotom variabel som vi har kalt *Rural drømmejobb* som skiller mellom de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område og de som ikke har gjort det. Denne variabelen

bruker vi som avhengig variabel i en logistisk regresjonsanalyse for å se nærmere på signifikante kjennetegn ved de som har drømmejobben i et ruralt område. Forklaringsvariablene eller de variablene som det kontrolleres for i analysen, var: kjønn, alder, sivilstatus, studentgruppe, bakgrunn og om de har tatt deler av utdanningen ruralt.

Tabell 43 oppsummerer resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen hvor alle de mulige forklaringsvariablene er med. Denne viser at ingen av dem hadde signifikant innvirkning på sannsynligheten for at drømmejobben er i et ruralt område[25]. Årsaken til dette er trolig først og fremst at det er få respondenter i datamaterialet. Den forklaringsvariabelen som kom nærmest å være statistisk signifikant, var *Bakgrunn*.

Tabell 43: Kjennetegn ved de som har krysset av for at drømmejobben er i et ruralt område. Logistisk regresjonsanalyse med *Rural drømmejobb* (0=nei, 1= ja) som avhengig variabel.

Kjennetegn	X^2	Odds Ratio (95% konfidensintervall)
Kjønn (0=kvinne, 1=mann)	2,0	0,4 (0,1-1,5)
Alder	0,01	1,0 (0,9-1,1)
Sivilstatus (0=i parforhold, 1=ikke i parforhold)	0,02	1,1 (0,3-3,5)
Studentgruppe (0=sykepleier/jordmor, 1=medisin)	2,0	2,1 (0,7-5,9)
Bakgrunn (0=urban, 1=rural)	2,9	2,5 (0,9-6,8)
Tok deler av utdanningen i rural område (0=nei, 1=ja)	0,01	1,1 (0,4-2,7)
R^2 (Nagelkerke)		0,11

4.2.2 Viktige aspekter ved drømmejobben

Studentene er bedt om å ta stilling til hvor viktig ulike aspekter ved drømmejobben er for dem. Ut fra de svar de har gitt synes de å være mest opptatt av personlig utvikling, tilfredsstillende arbeidsoppgaver og balanse mellom jobb og fritid. De er minst opptatt av god vikardekning og muligheten for å drive med forskning og utviklingsarbeid.

Tabell 44: I hvilken grad er du enig i at følgende er viktig for din drømmejobb? Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Personlig utvikling	1 %	-	99 %	100 %	4,6	98
God lønn og materielle goder	3 %	15 %	82 %	100 %	4,0	98
Tilfredsstillende arbeidsoppgaver	1 %	-	99 %	100 %	4,6	98
Trygghet i jobben	1 %	5 %	94 %	100 %	4,5	98
Kreative og nyskapende arbeidsmuligheter	1 %	20 %	79 %	100 %	4,1	98
Mulighet til forskning og utvikling	9 %	28 %	63 %	100 %	3,7	98
Mulighet for godkjent videre- og etterutdanning med lønn	3 %	8 %	88 %	100 %	4,4	98
God vikardekning	8 %	26 %	66 %	100 %	3,8	98
Godt teamarbeid	6 %	-	94 %	100 %	4,5	98
Balanse mellom arbeid og fritid	2 %	4 %	94 %	100 %	4,6	98

[25] Samme resultat framkom ved Forward og Backward analyser.

Vedlegg: Internasjonale funn og sammenlikninger

I dette vedlegget presenteres noen funn og sammenlikninger fra det norske og det internasjonale datamaterialet. Siden det norske datamaterialet bare omfatter svar fra leger, sykepleiere og jordmødre, har vi valgt ut de samme yrkesgruppene fra det internasjonale materialet. Respondentene i det norske materialet jobber enten i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. De internasjonale respondentene jobber enten i primærhelsetjenesten eller på sykehus. Det betyr at vi har analysert et datamateriale som totalt sett omfatter 3 071 personer[26]. De islandske respondentene utgjør den største gruppen (36 prosent), dernest følger de norske (27 prosent) og de skotske (15 prosent). Irland er den minste respondentgruppen (4 prosent).

Respondentenes bakgrunn

Tabell 45 oppsummerer bakgrunnsopplysninger om respondentene. Det er gjennomført kji-kvadrat tester for å teste om det er noen signifikant sammenheng mellom den enkelte bakgrunnsvariabel og svar fra ulike land. Testene viser at respondentene fra de ulike landene skiller seg signifikant fra hverandre på alle bakgrunnsvariablene. Dette gjør det vanskelig å slå fast at vi har et materiale som er sammenliknbart mellom land. Tabellen viser at det norske, islandske og grønlandske datamaterialet inneholder omtrent samme fordeling mellom leger og sykepleiere/jordmødre. Det svenske og det irske datamaterialet inneholder en større andel leger. I det skotske materialet er flertallet leger. Det canadiske materialet skiller seg markant fra de andre ved at det nesten bare omfatter leger. Canada skiller seg også fra de andre landene når det gjelder kjønnssammensetningen. Her er flertallet menn, mens det er et flertall kvinner i de seks andre landene. Gjennomsnittsalderen var i hele materialet 45 år. Den var lavest blant de irske respondentene (42 år), og høyest blant de canadiske (46,5 år). Majoriteten i alle de sju landene levde i parforhold. Denne andelen var lavest på Grønland, i Irland og i Norge. Andelen som hadde rural bakgrunn var høyest blant de irske respondentene

Tabell 45: Bakgrunnsopplysninger om respondentene (n=3 071). Tall i prosent. (Kji-kvadrat test).

Variabel	Verdi	Norge n=832	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Yrkesgruppe* **	Lege	23	99	26	57	33	41	26
	Sykepleier/jordmor	77	1	74	43	67	59	74
Kjønn* **	Kvinne	80	43	82	62	81	79	72
	Mann	20	57	18	38	19	21	28
Aldersgruppe* **	35 år og yngre	27	20	21	15	21	33	29
	35-44 år	25	28	29	29	19	23	18
	45-54 år	28	27	29	37	33	32	26
	55 år og eldre	20	25	21	19	27	12	27
Sivilstatus* **	I parforhold	73	85	85	79	89	72	70
	Ikke i parforhold	27	15	15	21	11	28	30
Bakgrunn* **	Urban	41	49	66	44	55	29	54
	Rural	59	51	34	56	45	71	46
Tok deler av utdanningen ruralt?* **	Nei	72	31	72	51	52	61	73
	Ja	28	69	28	49	48	39	27

***p-verdi < 0,001

Respondentenes nå-situasjon

Tabell 46 viser at også når det gjelder respondentenes nå-situasjon (dvs. situasjonen slik den var på det tidspunktet datainnsamlingen ble gjennomført), er det signifikante ulikheter landene imellom. De med et ruralt bosted er i flertall i det canadiske, skotske og irske materialet, mens de er i mindretall i det norske, islandske, svenske og grønlandske. De med et ruralt arbeidssted er i flertall blant de skotske respondentene, og ellers i mindretall. Det er store ulikheter mht. hvordan de ulike sektorer er representert. De som jobber i primærhelsetjenesten er i flertall i det kanadiske, svenske

[26] Sigursteinsdottir H, Halapi E. 2013. *Data collection and Analysis. Results from online survey.* University of Akureyri, Research Centre, gir informasjon om hvordan datamaterialet er samlet inn og svarprosenter.

og irske materialet, mens de som jobber på sykehus er i flertall ellers. Flertallet av respondenter var i heltidsstillinger i alle land, men det er ganske store variasjoner landene imellom. Det er indre forskjeller når det gjelder jobbstatus. Den store majoriteten i alle de sju landene var i fast jobb. Det kanadiske materialet skiller seg ut, ved at flertallet var selvstendig næringsdrivende og hadde aktivitetsbasert lønn. I materialet fra de andre landene var flertallet ansatt på fast lønn.

Tabell 46: Kjennetegn ved respondentenes nå-situasjon. Tall i prosent. (Kji-kvadrat test)

Variabel	Verdi	Norge n=832	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Bosted* **	Urbant	62	49	66	44	55	29	54
	Ruralt	38	51	34	56	45	71	46
Arbeidssted* **	Urbant	66	52	89	45	62	73	72
	Ruralt	34	48	11	55	38	27	28
Sektor* **	Primærhelsetjenesten	31	51	26	50	95	54	29
	Sykehus/spes.helsetj.	69	49	74	50	5	46	71
Arbeidstid* **	Heltid	84	91	58	79	64	86	87
	Deltid	16	9	42	21	36	14	13
Jobbstatus **	Fast jobb	86	88	91	90	89	88	81
	Midlertidig/vikar	14	12	9	10	11	12	19
Jobbtilknytning* **	Ansatt	92	26	91	79	96	89	82
	Næringsdrivende	8	74	9	21	4	11	18
Inntektssystem* **	Fast lønn	92	17	89	80	98	88	94
	Aktivitetsbasert inntekt	8	83	11	20	2	12	6

** p-verdi < 0,01, ***p-verdi < 0,001

Isolasjon

Tabell 47 viser hvordan respondentene sett under ett vurderte de fire påstandene om isolasjon.

Tabell 47: Enighet i fire påstander om isolasjon. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

Påstander	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Jeg opplever faglig isolasjon	63 %	15 %	23 %	100 %	2,4	2941
Jeg opplever sosial isolasjon	78 %	10 %	12 %	100 %	1,9	2931
Jeg opplever kulturell isolasjon	76 %	12 %	12 %	100 %	2,0	2928
Jeg opplever geografisk isolasjon	66 %	11 %	23 %	100 %	2,3	2928

Det var signifikant forskjell i vurderingene mellom de som hadde et urbant kontra et ruralt arbeidssted. De som arbeidet i et ruralt område var i større grad enige i påstandene om isolasjon.

Tabell 48: Enighet i fire påstander om isolasjon. Gjennomsnitt, sammenliknet med ANOVA-test.

Påstander	Totalt n=2933	Arbeidssted	
		Urbant n=2085	Ruralt n=848
Jeg opplever faglig isolasjon* **	2,4	2,2	2,9
Jeg opplever sosial isolasjon* **	1,9	1,8	2,5
Jeg opplever kulturell isolasjon* **	2,0	1,8	2,6
Jeg opplever geografisk isolasjon* **	2,3	2,0	3,1

*** p-verdi < 0,001

Det var også signifikante forskjeller landene imellom. De svenske og islandske respondentene opplevde i minst grad isolasjon, mens de grønlandske, kanadiske og skotske i størst grad opplevde isolasjon. De norske respondentene var blant de som i minst grad opplevde isolasjon.

Tabell 49: Enighet i fire påstander om isolasjon. Gjennomsnitt, sammenliknet med ANOVA-test.

Påstander	Norge n=832	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Jeg opplever faglig isolasjon* **	2,3	2,7	2,3	2,9	2,0	2,4	2,9
Jeg opplever sosial isolasjon* **	1,9	2,4	1,8	2,4	1,6	2,1	2,3
Jeg opplever kulturell isolasjon* **	2,0	2,8	1,8	2,4	1,9	1,9	2,5
Jeg opplever geografisk isolasjon* **	2,2	3,1	1,9	3,1	2,0	2,2	3,2

*** p-verdi < 0,001

Tilhørighet og involvering

Tabell 50 viser hvordan respondentene samlet sett svarer om påstandene om tilhørighet til bostedet.

Tabell 50: Vurderinger av to påstander om tilhørighet til bosted. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

Påstander	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Jeg føler meg som en del av lokalsamfunnet	9 %	21 %	70 %	100 %	3,8	2795
Jeg vil samarbeide med andre innbyggere for å bedre lokalsamfunnet	4 %	24 %	72 %	100 %	3,9	2777

Det er ingen forskjell mellom de som har et urbant kontra et ruralt bosted, når det gjelder å føle seg som en del av lokalsamfunnet. De som har et ruralt bosted, vil i signifikant større grad samarbeide med andre innbyggere for å bedre lokalsamfunnet.

Tabell 51: Vurderinger av to påstander om tilhørighet til bosted. Gjennomsnitt, sammenlikning mellom bosted med ANOVA-test.

Påstander	Totalt n=2789	Bosted	
		Urbant n=1799	Ruralt n=990
Jeg føler meg som en del av lokalsamfunnet[i.s.]	3,8	3,8	3,9
Jeg vil samarbeide med andre innbyggere for å bedre lokalsamfunnet***	3,9	3,8	4,0

i.s.: Forskjellen i gjennomsnittsverdi er ikke statistisk signifikant.

*** p-verdi < 0,001

Tabell 52 viser hvordan påstandene vurderes i de ulike land. De kanadiske respondentene er de som i størst grad føler seg som en del av lokalsamfunnet, mens de irske er de som i minst grad gjør det. De kanadiske respondentene er også de som i størst grad vil samarbeide med andre for å bedre lokalsamfunnet, mens de grønlandske er de som i minst grad vil det.

Tabell 52: Vurderinger av to påstander om tilhørighet til bosted. Gjennomsnitt, sammenlikning mellom land med ANOVA-test.

Påstander	Norge n=832	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Jeg føler meg som en del av lokalsamfunnet***	3,8	4,1	3,8	3,9	3,8	3,7	3,8
Jeg vil samarbeide med andre innbyggere for å bedre lokalsamfunnet***	3,8	4,2	3,9	4,1	3,9	4,1	3,3

*** p-verdi < 0,001

Stabilitet og planer om jobbskifte

Tabell 53 viser at i materialet sett under ett, er det usannsynlig eller lite sannsynlig for over halvparten å se seg om etter en annen jobb.

Tabell 53: Hvor sannsynlig er det at du vil se etter en annen jobb utenfor nåværende arbeidssted? Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

lite/usannsynlig (1,2)	nokså sannsynlig (3)	høyst/meget sannsynlig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
58 %	18 %	24 %	100 %	2,5	2898

Flertallet planlegger å bli i jobben i minst to år, mens drøyt to av fem antar at de blir i nåværende jobb til de går av med pensjon.

Tabell 54: Vurderinger av to påstander om jobbstabilitet. Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Jeg planlegger å bli i nåværende jobb i minst 2 år	15 %	13 %	62 %	100 %	3,9	2830
Jeg antar at jeg vil bli i nåværende jobb til jeg går av med pensjon	30 %	28 %	42 %	100 %	3,2	2843

Det er ingen signifikante forskjeller i hvordan de som arbeider i et urbant kontra et ruralt område svarer på spørsmålene om jobbstabilitet.

Tabell 55: Vurderinger av et spørsmål og to påstander om jobbstabilitet. Gjennomsnitt, sammenlikning mellom arbeidssted (urbant/ruralt) med ANOVA-test.

Påstander	Totalt n=2824	Arbeidssted	
		Urbant n=2004	Ruralt n=812
Hvor sannsynlig er det at du vil se etter en annen jobb utenfor nåværende arbeidssted?[i.s.]	2,5	2,5	2,6
Jeg planlegger å bli i nåværende jobb i minst 2 år [i.s.]	3,9	3,9	3,9
Jeg antar at jeg vil bli i nåværende jobb til jeg går av med pensjon [i.s.]	3,2	3,2	3,2

i.s.: Forskjellen i gjennomsnittsverdi er ikke statistisk signifikant.

Det er imidlertid signifikante forskjeller landene imellom (se tabell 56). De grønlandske og de norske respondentene er de som er mest tilbøyelig til å se seg om etter en annen jobb. De er også sammen med de svenske respondentene, de som i minst grad ser for seg at de blir i jobben i minst to år eller til de blir pensjonister. De skotske, irske og kanadiske respondenten er de som synes å være mest knyttet til nåværende jobb.

Tabell 56: Vurderinger av et spørsmål og to påstander om jobbstabilitet. Gjennomsnitt, sammenlikning mellom land med ANOVA-test.

Påstander	Norge n=738	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Hvor sannsynlig er det at du vil se etter en annen jobb utenfor nåværende arbeidssted?***	2,8	2,2	2,5	2,2	2,5	2,3	2,9
Jeg planlegger å bli i nåværende jobb i minst 2 år ***	3,8	4,1	3,9	4,1	3,8	4,1	3,5
Jeg antar at jeg vil bli i nåværende jobb til jeg går av med pensjon***	2,9	3,5	3,1	3,8	3,0	3,6	2,7

*** p-verdi < 0,001

Årsaker til at helsepersonell forlater stillinger i rurale områder

Det var til sammen 128 respondenter som bekreftet at de hadde forlatt en jobb i et ruralt område i løpet av de siste 12 måneder. Tabell 57 viser hvordan de samlet sett vurderte ulike mulige årsaker til at de sluttet. Begrenset faglig støtte, familiehensyn og begrensede karrieremuligheter var de viktigste årsakene.

Tabell 57: Vurdering av hvor viktig ulike årsaker var for å slutte i jobben i et ruralt område.

	Uenig (1,2)	Verken eller (3)	Enig (4,5)	Totalt	Gjennom-snitt	n
Begrensede karrieremuligheter	41 %	17 %	42 %	100 %	3,0	121
Begrenset faglig støtte	38 %	21 %	41 %	100 %	3,1	120
Dårlig betalt	47 %	23 %	30 %	100 %	2,7	120
Liten fleksibilitet i arbeidstiden	46 %	22 %	32 %	100 %	2,7	121
Familiehensyn	34 %	19 %	47 %	100 %	3,1	122
Dårlige arbeidsforhold	52 %	14 %	34 %	100 %	2,6	122
Arbeidsgiver hadde dårlig omdømme	53 %	23 %	24 %	100 %	2,5	121
Mangel på sosiale aktiviteter og rekreasjon	51 %	17 %	32 %	100 %	2,6	121
Mangel på fritidsaktiviteter	51 %	20 %	29 %	100 %	2,5	119
Mangel på trygghet i jobben	65 %	14 %	21 %	100 %	2,2	121
Jobben passet ikke til min utdannelse	71 %	16 %	13 %	100 %	2,0	122

Drømmejobben

Tabell 58 viser hvordan respondentene samlet sett svarte på spørsmålet om drømmejobben. Sykehus i et urbant område var det alternativet som flest krysset av. Dernest kom primærhelsetjenesten i et ruralt område og arbeid utenlands.

Hvis man skiller mellom de som hadde et urbant kontra et ruralt arbeidssted, ser man ganske klare ulikheter. De som jobbet urbant krysset i størst grad av for at drømmejobben var på sykehus i et urbant område, dernest for primærhelsetjenesten i et urbant område. Blant de som jobbet et ruralt område var det motsatt. De krysset i størst grad av for at drømmejobben var i primærhelsetjenesten i et ruralt område, dernest på sykehus i et ruralt område.

Tabell 58: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Fordelt på arbeidssted. Mulig å sette flere kryss.

	Totalt n=2969	Arbeidssted	
		Urbant n=2112	Ruralt n=857
Primærhelsetjenesten i et urbant område	18 %	22 %	10 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	23 %	13 %	**48 %**
Sykehus i et urbant område	**43 %**	**53 %**	19 %
Sykehus i et ruralt område	19 %	13 %	33 %
Arbeide utenlands	21 %	22 %	19 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	16 %	18 %	12 %
Annet	15 %	15 %	13 %

Tabell 59 viser at det er ulikheter i hvordan respondentene i ulike land svarer på spørsmålene om drømmejobben. Blant de norske, islandske og grønlandske respondentene er drømmejobben i stor grad på sykehus i et urbant område, mens den blant de kanadiske i stor grad er på sykehus i et ruralt område eller i primærhelsetjenesten i et ruralt område. Blant de skotske, svenske og irske respondentene er drømmejobben i stor grad å finne i primærhelsetjenesten i et ruralt område.

Tabell 59: Hva er din drømmejobb i helsevesenet? Ulike land. Mulig å sette flere kryss.

	Norge n=832	Canada n=201	Island n=1096	Skottland n=455	Sverige n=223	Irland n=116	Grønland n=148
Primærhelsetjenesten i et urbant område	15 %	17 %	16 %	10 %	47 %	**38 %**	22 %
Primærhelsetjenesten i et ruralt område	13 %	42 %	11 %	**44 %**	**57 %**	**38 %**	11 %
Sykehus i et urbant område	**47 %**	30 %	**53 %**	28 %	15 %	26 %	**57 %**
Sykehus i et ruralt område	21 %	**44 %**	11 %	29 %	9 %	8 %	28 %
Arbeide utenlands	19 %	16 %	26 %	16 %	17 %	8 %	32 %
Forskning/undervisning ved universitet/høgskole	21 %	24 %	14 %	10 %	14 %	17 %	11 %
Annet	13 %	17 %	20 %	10 %	11 %	7 %	11 %

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

Northern
Periphery
Programme
2007–2013

Innovatively investing
in Europe's Northern
Periphery for a sustainable
and prosperous future

European Union
European Regional Development Fund