

Rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen – kartlegging av legetjenesten i Vesterålen

ANDERS SVENSSON, KOMMUNOVERLEGE I BØ OG
FORSKER NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTSMEDISIN

Innhold

Rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen 2022 – kartlegging av legetjenesten i Vesterålen ...	2
Introduksjon	2
Bakgrunn	2
Kartlegging av legetjenesten i Vesterålen	3
Nordlandssykehuset Vesterålen.....	3
Legetjenestene i kommunene – allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin	4
Vikarbruk	6
LIS1, LIS2 og rekruttering.....	6
Rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt	7
Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell.....	8
Vurdering og analyse.....	10
Manglede tilgang på spesialister truer kvalitet på tjenester og utdanning	10
LIS1 er viktig for rekruttering og stabilisering	10
Samhandling på systemnivå	10
Helsefelleskapet.....	11
Referanser:	11

Rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen 2022 – kartlegging av legetjenesten i Vesterålen

Introduksjon

Helsevesenet, fremfor alt i distrikts-Norge, har lenge hatt utfordringer med å rekruttere helsepersonell. Mange lokalsykehus og kommuner mangler legespesialister. Til tross for mange tiltak er vi fortsatt avhengige av kostbare vikarordninger for å opprettholde tjenestene. Dette truer kvaliteten på tjenesten og kvaliteten på utdanningen av nye leger. Lokalsykehus og kommuner sitter i samme båt, og fisker etter leger i den samme dammen. Som en del av et større rekrutterings- og stabiliseringsprosjekt har Vesteråls-kommunene (Hadsel, Sortland, Bø, Øksnes, Andøy) og lokalsykehuset (Nordlandssykehuset Vesterålen) gjennomført en kartlegging av den samlede legetjenesten i Vesterålen. Resultatene skal legges til grunn for felles strategi og tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering av leger i regionen.

Bakgrunn

Pasienten lever og bor i et lokalsamfunn, og det meste av behandlingen av pasienten foregår i kommunehelsetjenesten og i lokalsykehus. Kvaliteten på den helsetjenesten som kommunene og lokalsykehuset sammen yter og hvordan de samhandler er med andre ord avgjørende for innbyggernes helse.

Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse-Midt Norge skrev i en kronikk i Dagens medisin i 2022 om betydningen av lokale helsetjenester: «Vi trenger sterke lokalsykehus som har både infrastruktur og økonomi til å sikre befolkningen god spesialisthelsetjeneste som kan være attraktive arbeidsplasser for ansatte. Den internasjonale trenden viser at det er ønskelig å flytte spesialisthelsetjenester ut fra sykehusene og nærmere befolkningen, og det gjør ikke lokalsykehusene mindre viktig som base for kompetanse og rekruttering» (1).

Vi trenger også kommuner med en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og fastlegetjeneste av god kvalitet og innhold. Vi må ha personell med riktig kompetanse og gode arbeidsvilkår i alle ledd. Sandvik et al har dokumentert at kontinuitet i fastlegeordningen er assosiert med lavere dødelighet og færre innleggelser i spesialisthelsetjenesten (2). Kontinuitet gir bedre kvalitet i helsetjenesten, men er også en forutsetning for god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene i Vesterålen og lokalsykehuset har, i likhet med andre distriktsregioner, hatt store utfordringer med å rekruttere leger over lang tid. Den pågående fastlegekrisen og pandemien har forverret situasjonen, ikke bare i Vesterålen, men i hele landet, og har ført til at også kommuner i mer sentrale strøk har blitt rammet.

Pandemien har i tillegg ført til mangel på vikarer både i spesialisthelsetjenesten og kommunene i Vesterålen, noe som har forverret situasjonen ytterligere og ført til redusert kapasitet og store kostnader. I 2021 fikk Bø kommune skjønnsmidler fra Statsforvalteren til et forprosjekt med målsettingen om å beskrive og kartlegge legetjenesten i regionen og vurdere hvordan kommunene og lokalsykehuset kan jobbe i lag for å bedre situasjonen.

Kartlegging av legetjenesten i Vesterålen

Vesterålen er en distriktsregion med fem kommuner, og et lokalsykehus med poliklinikk og døgntilbud innenfor indremedisin (27 senger), kirurgi og ortopedi (17 senger), gynekologi og fødeavdeling (8 senger), psykiatri og rus (8 senger) og poliklinisk barne- og ungdomspsykiatri. Sykehuset har øyeblikkelig hjelp-plikt for somatiske helsetjenester og har døgnvaktordninger for indremedisin, kirurgi, gynekologi og psykiatri og rus.

Det jobber 106 leger i Vesterålen, 45 jobber i kommunene og resten på lokalsykehuset. Erfaring tilsier at det er vanlig at leger i Vesterålen skifter arbeidsplass mellom kommunene og mellom sykehuset og kommunene. Vesterålen kan derfor ses som en bo- og arbeidsregion for leger.

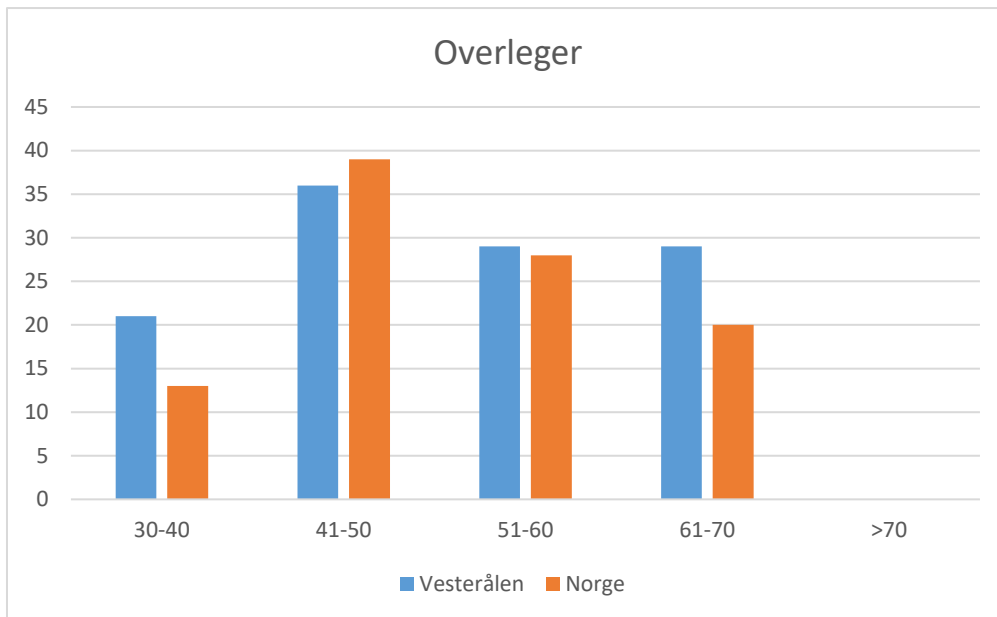
Nordlandssykehuset Vesterålen

Nordlandssykehuset (NLSH) er et helseforetak som består av tre sykehus: sentralsykehuset i Bodø og lokalsykehusene i Lofoten og Vesterålen. Det finnes ikke data på mobilitet av leger på lokalsykehusnivå ifølge HR-avdelingen ved NLSH. Kartleggingen viser at ni av de 25 overlegestillingene på lokalsykehuset i Vesterålen er vakante (2021). Antall kvalifiserte søkere på overlegestillinger er lavt, og det har vært vanskelig å få tilsatt overleger. Dette, og kravet til vaktordninger med minst firedelt vakt for overleger, skaper stort behov for innleie av overlegevikarer.

	Overleger	Alder	Ledige	LIS2	Alder LIS2	Ledige stillinger
Indremedisin	6	45	3	7	31	0
Kirurgi	4,5	53	1	2	31	0
Ortopedi	4	44	0	2	35	0
Gynekologi	4	62	2	1	33	0
Psykiatri	4	66	2	2	32	0
BUP	2	50	1	2	48	1

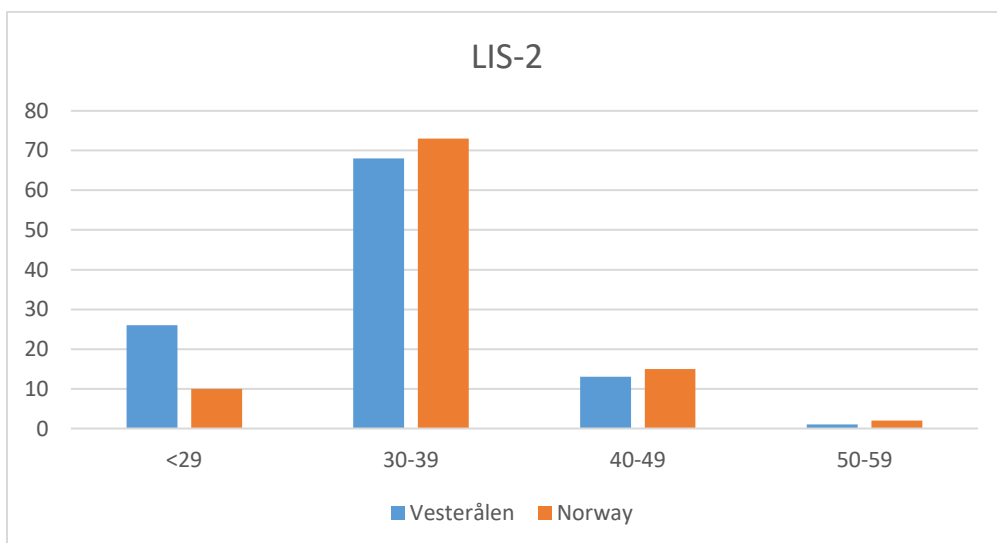
Tabell 1: Stillingsoversikt NSLH Vesterålen

Gjennomsnittsalderen for overleger er lavere enn landsgjennomsnittet (51 år). Fire av overlegene kommer i pensjonsalder de neste ti årene.



Figur 1: Aldersfordeling overleger NSLH Vesterålen

Sykehuset har totalt 15 utdanningsstillinger (LIS2). Alle stillinger unntatt en (BUP) er besatt. Gjennomsnittsalderen er lav (31 år) og bare to av LIS2-legene har gjennomført hele eller deler av den påkrevde delen av spesialistutdanningen ved større sykehus.



Figur 2: Aldersfordeling LIS2

Psykatri og BUP har få søkere til utlyste LIS2-stillinger, men de andre avdelingene har relativt god tilgang på kvalifiserte søkere (5 søkere i gjennomsnitt).

Legetjenestene i kommunene – allmenntidmedisin og samfunnsmedisin

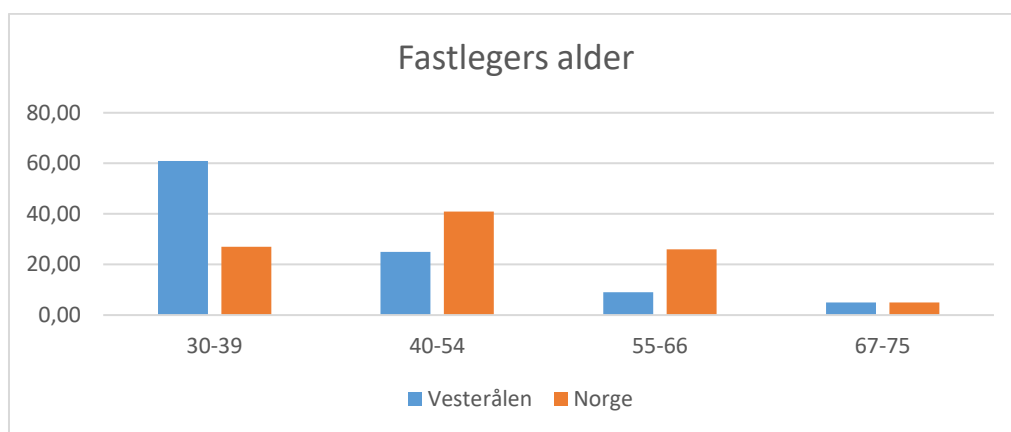
Kommunene har 45 leger ansatt, 44 av disse jobber som fastlege og en jobber som fulltids sykehjemslege. Kommunene har en rekke ulike legeoppgaver knyttet til helse- og omsorgstjenesten og samfunnsmedisin som i stor grad dekkes av fastlegene. Fire av de fem kommuneoverlegene er fastleger, den femte er kommuneoverlege og sykehjemslege. Fire av kommuneoverlegene er spesialister i samfunnsmedisin og en er under utdanning. Andelen spesialister i allmenntidmedisin i

Vesterålen er lav (19%) sammenlignet med landsgjennomsnittet (56%). Mange er i begynnelsen av sin spesialistutdanning og 13 av legene har ikke gjennomført den obligatoriske sykehusdelen av spesialistutdanningen.

Kommune	Antall	Gjennom-	Erfaring	Antall	Leger over 60
Sortland	14	38	5,4	4	0
Hadsel	11	35	3,6	1	0
Øksnes	6	43	12	2	1
Bø	5	52	15	3	3
Andøy	6	46	4,8	3	0

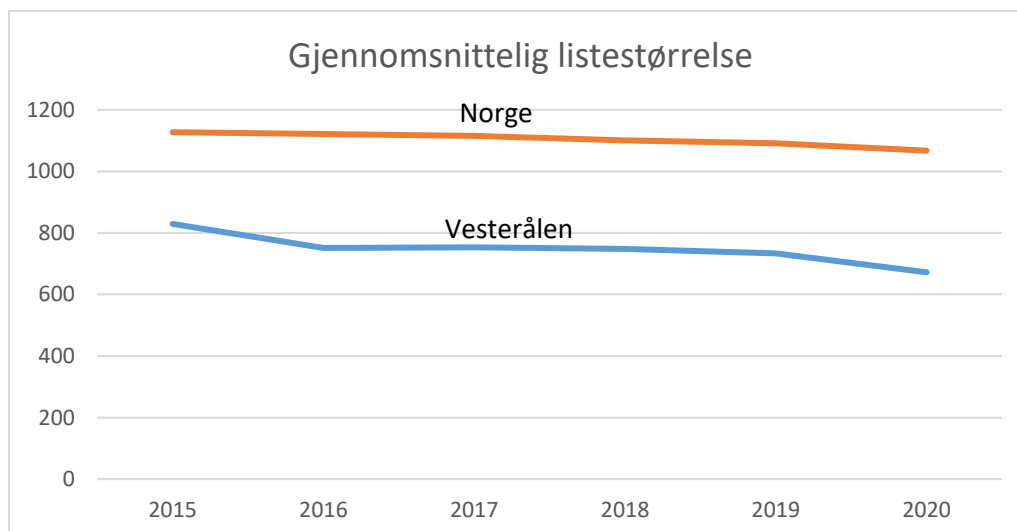
Tabell 2: Fastleger i Vesterålen

Gjennomsnittsalderen er også lav (43år) og 60% av fastlegene er under 40 år. Fem av legene er over 58 år og kommer til å oppnå pensjonsalder de neste ti årene. Det rammer fremfor alt Bø kommune der halvparten av legene er >59 år.



Figur 3: Aldersfordeling fastleger Vesterålen

Antall fastlegehjemler har gått opp fra 35 i 2015 til 44 i 2021 og gjennomsnittlig listestørrelse har gått ned fra 829 til 672. Listestørrelsene nasjonalt er også redusert, men i mye mindre grad.



Figur 4: Gjennomsnittlig listestørrelse 2021 (3)

De to største kommunene, Sortland og Hadsel, har lange ventelister til fastleger, men ingen ledige plasser. De som står på venteliste kan ha fastlege, men et ønske om å bytte. Det er likevel sannsynlig at ventelistene også representerer et udekket behov. Forskrift om pasient og brukerrettigheter i fastlegeordningen (§2) gir innbyggerne har rett til å skifte fastlege. For å ha en reell mulighet til å skifte skal det være minst to ledige lister tilgjengelig. En av kommunene (Øksnes) oppfyller dette kravet.

Vesterålen har færre ledige hjemler enn landsgjennomsnittet og vesentlig lavere ledighet enn ellers i fylket. Det er kun én ledig fastlegehjemmel i regionen (Andøy). Antall søkere til fastlegehjemler er relativt lav, og ingen eller veldig få er spesialister i allmenntidmedisin. De fleste spesialistene i allmenntidmedisin har tatt sin spesialistutdanning i Vesterålen. Bare to av spesialistene i allmenntidmedisin er utdannet utenfor regionen og regionen har bare rekruttert en spesialist i allmenntidmedisin de siste fem årene.

Ledige fastlegehjemler	
Vesterålen	2,3%
Fylker med distriktsprofil	7%*
Nordland	10,1%**
Norge	3,5%*

*(4), **(3)

Tabell 3: Ledige fastlegehjemler lokalt, regionalt og nasjonalt

Undersøkelse viser at 12,8 % av fastlegene i Nord-Norge slutter hvert år (5). Vesterålen har lyst ut 6 stillinger som fastlege de siste to årene, det vil si at omtrent 7% av fastlegene i Vesterålen har sluttet de siste to årene.

I tre av kommunene har fastlegene næringsdrift helt eller delvis (8.2 avtale). De andre kommunene har fastlønn med forskjellige tillegg. En av kommunene planlegger overgang til fastlønn det neste året.

Vikarbruk

Grunnet mye fravær hos fastlegene (utdanningspermisjoner, fødselspermisjoner, sykefravær) har behovet for vikarer vært stort. Vikarkostnadene er økende fordi vikarene nå ofte krever fastlønn. Til tross for at sykefraværet er relativt lavt hos leger, er det forventede fraværet utenom ferie og kurs relativt stort (andre utdanningspermisjoner, avtalefestede permisjoner, lokale avtaler, fødselspermisjoner og fravær grunnet sykt barn). Fraværet er beregnet til omtrent 7 årsverk/år samlet for fastlegene i Vesterålen. Legene på sykehus har også stort forventet fravær. Mangel på vikarer har ført til økt arbeidsbelastning hos de faste legene i flere av kommunene og på sykehuset.

LIS1, LIS2 og rekruttering

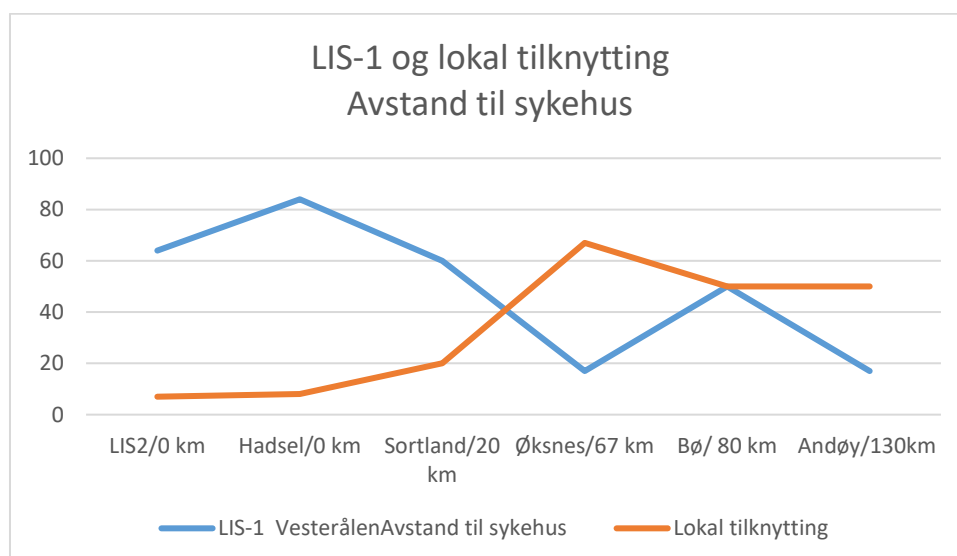
NLSH Vesterålen har 12 stillinger som LIS1-lege. Sykehuset har svært godt rykte blant medisinstudenter og mange kvalifiserte nyutdannede leger søker LIS1-stilling i Vesterålen. LIS1-tjenesten ved lokalsykehuset er en svært viktig lege-rekrutteringskilde både for kommunene og lokalsykehuset. 41% av fastlegene og 64% av LIS2 på sykehuset har gjort LIS1/turnustjeneste i regionen. Spesielt viktig har dette vært for Hadsel, der 83% av fastlegene har gjort LIS1 i regionen.

39,5% av fastlegene har tilknytning til Vesterålen. I Øksnes er fire av seks leger fra Vesterålen og i Bø er halvparten fra Vesterålen.

	LIS1 i Vesterålen	Lokal tilknytning
LIS 2 sykehus	64%	7%
Kommunene Vesterålen	41%	40%
Fastlege Hadsel	84%	8%

Tabell 4: LIS1 i Vesterålen, lokal tilknytning og nåværende arbeidssted

Ved tilsetning av leger skal kvalifikasjonsprinsippet legges til grunn, men det er åpnet for at lokal tilknytning kan vektlegges, det vil si at de har familiær tilknytning til regionen, både ved ansettelse av leger i kommunene og helseforetaket. Dette får størst betydning ved tilsetning av LIS1 der kandidatene har relativt like formelle kvalifikasjoner og erfaring. Ved tilsetning av LIS2 på sykehuset er det større variasjon i kompetanse og erfaring på søkerne, og lokal tilknytning får derfor mindre betydning. Bare 7,1% av LIS2 ved lokalsykehuset har lokal tilknytning. Det ser ut til at LIS1 er svært viktig for rekruttering av leger til LIS2 til lokalsykehuset og for vertskommunen Hadsel.



Figur 5: Lokal tilknytning og LIS rekruttering 2021

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt

Det finnes omfattende litteratur om rekruttering og stabilisering av personell i helse- og omsorgstjenesten. Det er lite dokumentasjon for enkelttiltak, men samlet kan tiltakene være virkningsfulle. De faktorer som sterkest er assosiert med å begynne i jobb i distriktsområder er at kandidaten har vokst opp i distrikt, har blitt eksponert for distrikt under utdanningen, helst tidlig, og at man har fått målrettet trening for å jobbe i distrikt (6).

Økonomiske insentiver er ofte brukt for å rekruttere og stabilisere helsepersonell. Studier viser at de har ført mange leger til distriktene. De har med andre ord en rekrutterende effekt. Det er imidlertid vanskelig å peke på insentiver som har noen dokumentert stabiliserende effekt (7). Viktige suksessfaktorer for å stabilisere helsepersonell har vist seg å være følelsen av å jobbe sammen, jobbe i team, muligheten av faglig utvikling og sikre nødvendig kompetanse for å håndtere jobben (8). Det betyr at stabilisering av helse- og omsorgstjenesten fremfor alt skjer på den enkelte arbeidsplassen.

Kommunene i Vesterålen har gjennomført en rekke rekrutterende og stabiliserende tiltak (gode lønns- og arbeidsvilkår i nasjonal sammenligning, reduserte listestørrelser og økt bruk av fastlønn) som har ført til økte kostnader for kommunene. Kommunene har bevisst satset på leger med lokal tilknytning. Ingen av kommunene har laget langsiktige planer for legetjenesten, Tiltak som er gjennomført bærer preg av brannslukking og individuell tilpassing, og er ikke systematiske og gjennomtenkte. Effekten av dem kan derfor bli svekket. Noen av kommunene har utarbeidet gode kompetanseplaner, men det virker som om de er lite implementert i praksis. I andre kommuner er kompetanseplanene mangelfulle og ikke oppdaterte.

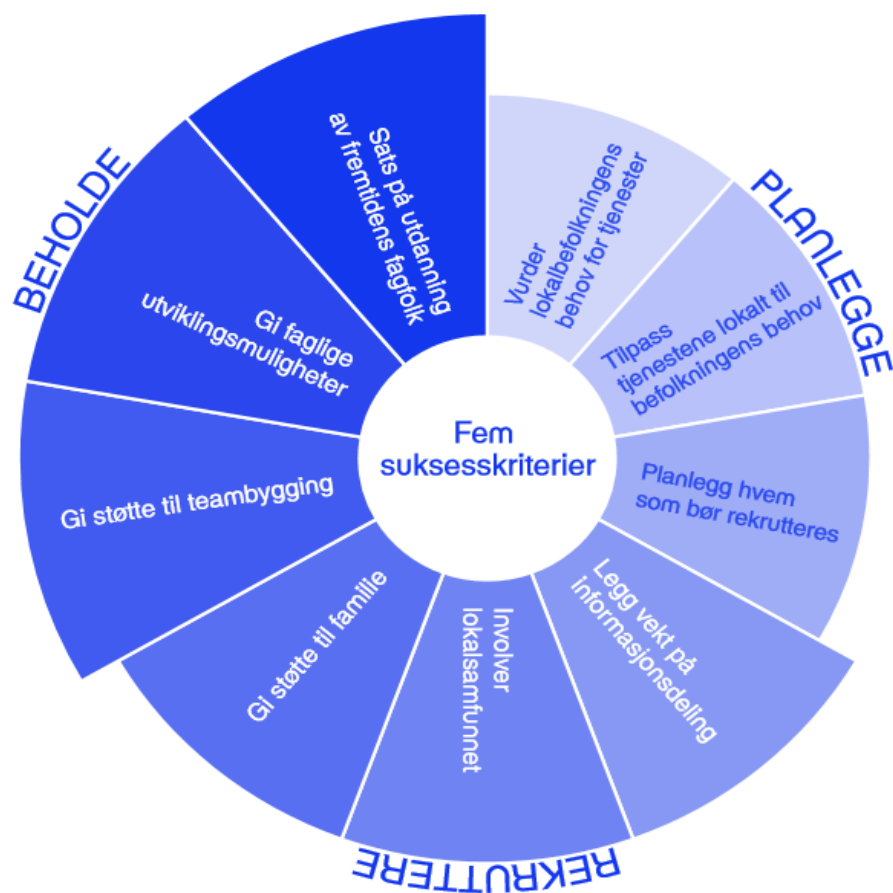
HR avdelingen i Nordlandssykehuset har en ansatt lokalt i Vesterålen. Stillingen er administrativ og jobber fremfor alt med tilsetting og oppfølging av ansatte og er lite involvert strategisk arbeid i rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Den overordnede strategiske kompetanseplanen for hele NLSH HF er god, men i likhet med kommunene så er det usikkert hvor stor praktisk betydning denne har for avdelingene på lokalsykehuset. Lokalsykehuset prøver å legge til rette for rekruttering av leger, men har ingen systematisk plan for det. Lokalsykehuset er i stor grad styrt av rammevilkårene i hele Nordlandssykehuset og handlefriheten lokalt kan synes å være begrenset.

Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell

Rammeverket for rekruttering og stabilisering bygger på forskningsbasert kunnskap om rekruttering i utkantstrøk, og er utviklet av Nasjonalt senter for Distriktsmedisin (NSDM) sammen med partnere fra Sverige, Island, Skottland og Canada (8). Det beskriver hvordan det kan arbeides systematisk med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktsområder. Prinsippene for rekruttering og stabilisering av helsepersonell er de samme uavhengig av setting. Rammeverket er derfor egnet til å bruke i rekrutteringssvake områder med lokalsykehus slik som Vesterålen.

Rammeverket består av ni strategiske gjøremål, fordelt på de tre stegene planlegge, rekruttere og beholde.

Figur 6 gir en grafisk beskrivelse av de ni strategiske gjøremålene i modellen. Modellen er ikke ment som en lineær prosess, og elementene er derfor plassert i en spiral. Rammeverket kan implementeres i sin helhet, men det er ikke en oppskrift som må følges til punkt og prikke for å oppnå resultater. Rammeverket er fleksibelt, og det er mulig å konsentrere innsatsen om ett eller flere blant de ni strategiske gjøremålene og oppnå bedring i rekruttering og stabilitet.



Figur 6: Rammeverk for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt

- **Planlegge** – Dette steget innebærer aktiviteter som kan gjøres lokalt, regionalt eller på et nasjonalt nivå for å sikre at befolkningens behov blir regelmessig vurdert, at tjenestemodellene er hensiktsmessige og at de riktige menneskene blir rekruttert til de lokale tjenestene.
- **Rekruttere** – Dette steget innebærer aktiviteter som vanligvis ligger til det lokale nivået. Det må sikres at de som rekrutteres, får den støtten og informasjonen som trengs for å gjøre det store valget det er å flytte til en ny kommune. De må også sikre at de og familiene føler seg velkommen og blir integrert i lokalsamfunnet.
- **Beholde** – Dette steget omfatter aktiviteter som er nødvendig for å gi den støtten som trengs, for å sikre at nåværende og fremtidige fagfolk har karrieremuligheter i distrikt og at mulighetene oppleves som positive.

Fem suksesskriterier anses essensielle for å kunne implementere rammeverket:

- Anerkjennelse av det unike i distrikt
- Inkludering av distriktenes perspektiver – «ingenting om oss uten oss».
- Tilstrekkelige ressurser
- En årlig syklus med aktiviteter
- Regelmessige evalueringer

Vurdering og analyse

Kommunene og lokalsykehuset tilbyr en rekke ulike legestillinger i flere fagfelt og med ulike rammebetingelser. Flere leger i Vesterålen skifter arbeidsplass fra kommune til sykehus eller omvendt for å tilpasse arbeidet til faglige preferanser og sosial situasjon. Dette må ikke ses som et problem, men som en mulighet for både kommuner og lokalsykehus

Manglende tilgang på spesialister truer kvalitet på tjenester og utdanning

Tilgangen på unge leger nasjonalt er god, men vi mangler spesialister i Norge (3). Det at legestanden i Vesterålen er ung, og at det er få vakante utdanningsstillinger, taler for at Vesterålen har vært dyktige til å rekruttere unge leger til spesialistutdanning. Men både kommunene og lokalsykehuset mangler ferdige spesialister. Alle fastleger skal være spesialist i allmennmedisin eller under utdanning til spesialist for å kunne jobbe som fastlege. Sykehuset må ha spesialister for å opprettholde forsvarlig tilbud, det er krav om overleger i alle fagområder. Kommunene kan til en viss grad erstatte spesialister med leger under utdanning, men trenger likevel spesialister til veiledning og spesialistutdanning. Manglende kapasitet og stabilitet av spesialister truer kvaliteten på tjenestene og kvaliteten på den utdanningen vi tilbyr de unge legene som velger å jobbe i Vesterålen. Manglende kontinuitet vanskeliggjør også samhandlingen mellom lokalsykehus og helsetjenesten i kommunene. Dette rammer kvaliteten på den helsetjenesten vi tilbyr pasientene.

LIS1 er viktig for rekruttering og stabilisering

Legene i Vesterålen er unge, og mange er i begynnelsen av sin spesialistutdanning. Dersom regionen kan få de unge legene til å bli, og komme tilbake etter nødvendig sideutdanning på større sykehus, kan det på sikt løse utfordringene med manglende spesialistdekning. Noen av kommunene må rekruttere leger for å erstatte leger som går av med pensjon de neste årene. Avdelingene på sykehuset må også rekruttere spesialister for å sikre forsvarlig drift og veiledning.

Ved tilsetning av LIS1 er lokal tilknytning et viktig kriterium, og dette har sannsynligvis hatt betydning for rekruttering av unge leger, fremfor alt til kommunene. Det bør vurderes hvordan dette kan utnyttes systematisk.

For å lykkes med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt må man anerkjenne det unike i det å jobbe i distrikt og ta hensyn til dette når man planlegger og drifter helsetjenestene. Kravene til helsetjenesten er den samme i distriktskommuner og små lokalsykehus som i de større byene, men pasientpopulasjonen og de logistiske utfordringene er annerledes. Lokalsykehuset trenger derfor nok autonomi og handlingsrom for å kunne iverksette tiltak basert på lokale forhold og behov.

Samtidig har både kommuner og fremfor alt Nordlandssykehuset kompetanse og lang erfaring med rekruttering og stabilisering av helsepersonell, og lokale tiltak må tilpasses sentrale føringer og strategier. Vi må sikre en balanse mellom lokal autonomi og organisasjonenes overordnede krav og behov, mellom kortsiktige tiltak og langsiktighet. Forankring i hele organisasjonene og HR er avgjørende for å lykkes med denne balansegangen.

Samhandling på systemnivå

God samhandling mellom fastlegene og lokalsykehuset er en forutsetning for å gi et tilbud av god kvalitet og tilgjengelighet, fremfor alt til pasienter med kroniske sammensatte lidelser slik som skrøpelige eldre og pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Samarbeidet på fagnivå og rundt enkeltpasienter er stort sett godt i Vesterålen, men på systemnivå har det vært mer

utfordrende, preget av at kommunene er svært forskjellige og har hatt problemer med samordning og koordinering i møter med et stort og velorganisert helseforetak.

Helsefellesskapet

Målet med de nyetablerte helsefellesskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsefellesskapet skal bidra til å gjøre «partene til partnere». Styringsstrukturene i helsefellesskapet er preget av en tydelig ovenfra- og ned-tenkning. Uten å forholde seg til kompleksiteten både geografisk og faglig er målsettingen ikke mulig å oppnå. Lokal forankring av helsefellesskapet er derfor avgjørende for å lykkes. God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen må baseres seg på lokal kunnskap og kontekst, men krever samtidig overordnet samordning og forankring for å lykkes. Helsefellesskapet er en naturlig arena for dette.

Referanser:

1. Slørdahl S. Lokalsykehuset- viktig for befolkningen og helsetjenesten. Dagens Medisin. 2021 2021-01-22.
2. Sandvik H, Hetlevik O, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90.
3. Helsedirektoratet. Leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten 2020. Helsedirektoratet; 2020. Report No.: IS 2967.
4. Eggen FWS, Jørgen Ingerød Gustad, Ingeborg Flaten. Legebarometeret. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d5740736df064b77b5214261710ea06b/r10-2021-legebarometeret.pdf>: Samfunnsmedisinsk analyse AS; 2021. Contract No.: 978-82-8395-112-7.
5. Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM); 2018.
6. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurðsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health.* 2020;18(1):63.
7. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1):CD005314.
8. Strasser Rea. Making it Work- A Framework for Remote Rural Workforce Stability. 2018.