



REKRUTTERE OG BEHOLDE SYKEPLEIERE I DISTRIKTSKOMMUNER

En kunnskapsoppsummering

Nasjonalt senter for distriktsmedisin/
Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš
UiT Norges arktiske universitet

Anette Fosse og Birgit Abelsen

2023



UiT / THE ARCTIC UNIVERSITY
OF NORWAY

FORORD

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering, og svar på en bestilling fra Norsk sykepleierforbund. Kunnskapsoppsummeringen gir innsikt i hva som kan bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommuner, og hvilke virkemidler som kan være aktuelle for lokale og nasjonale myndigheter, og for utdanningsinstitusjonene i arbeidet med å sikre sykepleiere til distrikt i årene fremover. Vi takker Norsk Sykepleierforbund for et interessant oppdrag.

Mo i Rana, 27.01.2023

Anette Fosse

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin

INNHold

Sammendrag	1
1 Innledning	3
1.1 Bakgrunn	3
Utdanning og arbeidsliv henger sammen	4
1.2 Metoder og datagrunnlag	5
2 Kunnskapsbaserte tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt	6
2.1 Tiltak i utdanningen for å rekruttere sykepleiere til distrikt	6
2.2 Tiltak i helse- og omsorgstjenesten for å rekruttere og beholde sykepleiere	8
2.3 Systematisk arbeid for å rekruttere, beholde og evaluere	11
3 Oppsummering og anbefalinger	13
Kunnskapsbaserte tiltak i verktøykassen	13
Utdanningen	13
Helsetjenesten	14
Systematikk og plan på kort og lang sikt	14
Referanser	17

SAMMENDRAG

Rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt – en kunnskapsoppsummering

Anette Fosse og Birgit Abelsen
NSDM-rapport 2023

Formålet med denne rapporten er å gi en oversikt over kunnskapsbaserte tiltak som er assosiert med effekt på det å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt.

Sykepleiermangelen i Norge er stor og økende, spesielt i distrikt. Sykepleiere utgjør en helt nødvendig ressurs, og er avgjørende for bærekraftige lokalsamfunn og beredskap. Arbeidet med å rekruttere og beholde sykepleiere er krevende. Helsevesenet kan ikke løse helsepersonellmangelen alene.

I denne kunnskapsoppsummeringen peker vi på sammenhengene mellom befolkningens helsebehov, utdanningen av helsepersonell og helsetjenestens behov for fagfolk med riktig kompetanse. Den gjensidige avhengigheten mellom disse elementene fordrer et tett og planmessig samarbeid mellom nasjonale og lokale myndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og helsetjenester, og mellom brukere, fagfolk, politikere, byråkrater og fagforeninger. Utfordringene med mangel på sykepleiere og annet helsepersonell kan ikke løses av kommunene alene, ei heller av hvert enkelt fagdepartement. Befolkningens helsebehov danner grunnlaget for både helsetjenesten og utdanningene. Endret behov i helsetjenesten fordrer tilpassing av utdanningsinnholdet, og virkningsfulle tiltak i utdanningssektoren fordrer praksisplasser og tilpassing i helsetjenesten.

Sikring av sykepleiere til distrikt krever målrettet, systematisk og regelmessig arbeid på alle nivåer, basert på en nasjonal forståelse og lokal tilpassing, samt nødvendig finansiering og rammeverk. Basert på tilgjengelig kunnskap om effektive tiltak presenterer vi noen verktøy (i uprioritert rekkefølge) som har vist at de kan bidra til å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt:

Utdanningen

- Rekruttering fra distrikt
- Desentraliserte og fleksible sykepleierutdanninger
- Utplassering i distrikt og praksisnær læring
- Distriktrelevant læringsinnhold
- Overgang-til-praksis-ordninger

Helsetjenesten

- Økonomiske insentiver
- Gode arbeidstidsordninger
- Videreutdanning og arbeidsdeling
- Kvalitet i tjenesten, anerkjennelse, arbeidsmiljø
- Tilrettelegge for familie og sosialt liv

Systematikk og plan på kort og lang sikt

- Anerkjenn det unike i distrikt
- Inkludere distriktenes perspektiv
- Tilstrekkelige ressurser
- Årlig syklus
- Regelmessig evaluering

Tiltakene som foreslås til verktøykassen kan brukes i ulike kombinasjoner.

Dokumentasjon for assosiasjon med rekruttering og stabilisering av sykepleiere gjelder ikke hvert tiltak især, men er basert på forskning på ulike kombinasjoner av tiltak, og det anbefales en mangefasettert tilnærming, der **grunnmuren er muligheten til å utføre godt klinisk arbeid.**

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Sykepleiermangelen er stor og økende. Distriktene er verst rammet. Demografisk utvikling med økende andel eldre skaper utfordringer for lokale helsetjenester. Samhandlingsreformen har gitt kommunene økte oppgaver. Pasienter skrives ut fra sykehusene med mer komplekse tilstander enn før, med en forventning om videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Dette stiller økte krav til kompetanse og tilstedeværelse av helsepersonell.

Breddekompetanse er det viktigste kjennetegnet ved kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig i distrikt. Nasjonalt innføres imidlertid stadig nye spesialiserings-, kompetanse- og organiseringskrav som i liten grad er tilpasset distriktskommuner. Distriktskommuner har små fagmiljø og ofte lang avstand til spesialisthelsetjeneste og utdanningsinstitusjoner. Avstand og kommunestørrelse spiller inn på helsetjenestebruk og helsetjenesteutforming i distrikt.

Sykepleiere utgjør en helt nødvendig ressurs, og er avgjørende for bærekraftige lokalsamfunn og beredskap. Arbeidet med å rekruttere og beholde sykepleiere er krevende.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har derfor bedt Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) om å utarbeide en kunnskapsoppsummering over effektive og anvendbare tiltak for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere, særlig i distriktene.

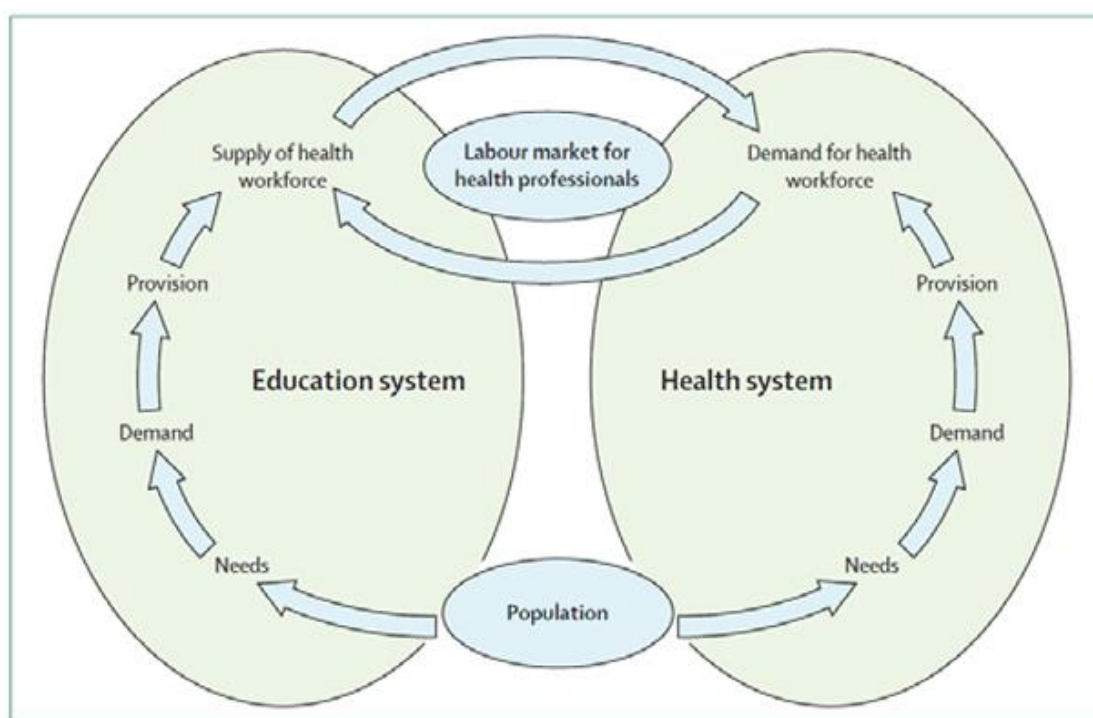
I forbindelse med arbeidet med kunnskapsoppsummeringen har NSF arrangert to workshop'er med deltakere fra kommuner, kunnskaps- og utdanningsinstitusjoner, sykepleierstudenter, KS, statsforvalter, regionalt helseforetak, NAV og NSF.

I workshop'ene kom det fram at mange norske kommuner har tatt i bruk ulike tiltak med sikte på å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt. Eksempler på slike tiltak er høyere lønn, nedskrivning av studielån, ekstra ferie, betalt grunnutdanning og videreutdanning (evt mot bindingstid), ulike trainee-ordninger (overgang-til-praksis), fleksibel/tilpasset arbeidstid, ulike praktiske og sosiale goder m.m. Muntlige tilbakemeldinger tyder på at noen kommuner lykkes med å rekruttere sykepleiere med slike tiltak, mens langtidseffekten er vanskelig å dokumentere, og det finnes ingen systematisk evaluering av effektene av disse tiltakene i Norge.

Internasjonalt finnes mye forskning som beskriver enkelttiltak eller kombinasjoner av tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt, men uten at effekten av tiltakene er systematisk evaluert. Denne rapporten oppsummerer norsk og internasjonal forskning på **effekter av tiltak** for å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt.

Utdanning og arbeidsliv henger sammen

Utdanning og arbeidsliv er gjensidig avhengig av hverandre. Dette er systematisk beskrevet i en artikkel av *The Lancet Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century* (1). Befolkningens helsebehov fungerer som fundament og driver for både utdanningssystemene og helsesystemene. Arbeidsmarkedet for helsepersonell påvirkes av tilførsel (utdanning) og etterspørsel etter arbeidskraft. Balanse mellom befolkningens behov, helsetjenestens behov for helsepersonell, og utdanningenes evne til å utdanne det personellet helsetjenestene trenger for å møte befolkningens behov, er avgjørende for å oppnå effektivitet og likeverdige tjenester (fig 1).



Figur 1: Systems framework (ref Frenk 2010)

Dagens situasjon er preget av ubalanse mellom tilførsel og etterspørsel av helsepersonell. Norge mangler i dag 6600 sykepleiere, derav 700 spesialsykepleiere og jordmødre. Sykepleierket er det enkeltyrket som det blir rapportert størst mangel på, ifølge NAVs årlige bedriftsundersøkelse (2022). Rekruttering til distriktskommuner er spesielt vanskelig. Dette medfører økt belastning på den bestående arbeidsstyrken, og utfordrer mulighetene til å yte gode og effektive helse- og omsorgstjenester til befolkningen. En medlemsundersøkelse i NSF i 2022 fant at 17,9% av sykepleiere vurderer å finne en jobb utenfor helsesektoren. Dårlig lønn eller stor arbeidsbelastning oppgis av flertallet (59,5%) som hovedårsak (NSF, 2022). Utgiftene til sykepleiervikarer i

norske kommuner har økt de siste årene, og utgiftene per innbygger er størst i distriktskommuner (<https://sykepleien.no/2022/12/brukte-700-millioner-mer-pa-sykepleiervikarer-i-fjor>)

Helsetjenesten kan ikke løse helsepersonellmangelen alene. Kompetansebehovsutvalget (NOU 2020:2) peker på at de store rekrutteringsproblemerkene for sykepleiere taler for økning av utdanningskapasiteten. Dette er i tråd med den nevnte Lancet-kommisjonens anbefalinger om at utdanningskapasiteten må tilpasses arbeidsmarkedets behov (1). Samtidig må helsetjenesten tilpasses utdanningenes behov fordi flere utdanningsplasser for sykepleiere betyr økt behov for praksisplasser. Det innebærer at for å møte befolkningens helse-behov må flere departementer samarbeide, først og fremst Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Finansdepartementet. Samarbeid mellom nasjonale myndigheter, helsetjenestene, utdanningsinstitusjonene, kommunene, organisasjonene og andre relevante aktører er også nødvendig for å sikre riktig balanse mellom utdanningssystemene, helsesystemene og befolkningens behov.

1.2 Metoder og datagrunnlag

NSDM har de siste årene gjennomført forskning og utarbeidet flere notater og kunnskapsoppsummeringer om tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt. Disse dokumentene er brukt som utgangspunkt for denne kunnskapsoppsummeringen (2-5). Vi har gjort suppleringsøk for å fange opp eventuelle nyere artikler om temaet, med hovedfokus på sykepleiere og distrikt. I suppleringsøket fant vi noen relevante artikler, rapporter og kunnskapsoppsummeringer i tillegg til dem som allerede er innlemmet i vår kunnskapsoppsummering til Helsedirektoratet fra 2022 (5).

Vi har gått gjennom resultat- og konklusjonsdelene i aktuelle referanser for å finne relevant kunnskap om effektive tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere, først og fremst i distrikt.

Vi har også brukt WHO's veiledningsdokument om utvikling, rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt (6). Dette dokumentet inneholder til sammen 17 anbefalinger på fire områder (*se ramme til slutt i dokumentet*):

- utdanning (5 tiltak)
- regelverk (4 tiltak)
- insentiver (1 tiltak)
- støtte/infrastruktur/nettverk (7 tiltak)

Funnene fra alle kildene har vi sortert og sammenfattet med tanke på å kunne lage konkrete, kunnskapsbaserte anbefalinger.

2 KUNNSKAPSBASERTE TILTAK FOR Å REKRUTTERE OG BEHOLDE SYKEPLEIERE I DISTRIKT

I kunnskapsoppsummeringen fra 2022 inkluderte vi artikler som beskrev tiltak **og eventuell effekt av tiltakene** (5). I de systematiske søkene var det mange artikler som omhandler tiltak, men uten at de hadde undersøkt om tiltakene virker på sikt. Slike artikler ble ikke inkludert i kunnskapsoppsummeringen.

Forskningen på effekt peker ikke på enkelt-tiltak, men det utkrystalliserer seg en del hovedgrupper av tiltak:

- Utdanningstiltak
- Arbeidslivs-tiltak
- Systematisk arbeid med å rekruttere og beholde sykepleiere og annet helsepersonell

Systematiske oversikter som har undersøkt studier der ulike kombinasjoner av tiltak er brukt, anbefaler fleksibilitet og lokaltilpasset utvelgelse av tiltak (7-9). De peker på at det er kombinasjoner av tiltak – ikke enkelttiltak – som viser effekt, og anbefaler også regelmessig evaluering av tiltakene.

I det følgende vil vi gå gjennom og beskrive kort det som finnes av kunnskapsbaserte effektive tiltak for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i distrikt.

2.1 Tiltak i utdanningen for å rekruttere sykepleiere til distrikt

Det er godt dokumentert at utdanningstiltak kan ha effekt på å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt. Flere systematiske oversikter konkluderer med at studenter med distriktsbakgrunn, desentraliserte studiemodeller, god kvalitet på praksisnær læring i distrikt og frivillig praksis i distrikt er assosiert med å ha jobb i distrikt etter endt utdanning (7-9). Ingen studier gir entydige svar på om det er enkelt-tiltak som er mer effektivt enn andre, da flere tiltak som regel forekommer i kombinasjoner med hverandre.

Utdanning av sykepleiere i Norge har tradisjonelt vært organisert relativt desentralisert gjennom høyskolesystemet. De senere årene har det vært en tendens til nedleggelse av desentraliserte utdanningstilbud, og i større grad samling av utdanningene i større byer. Dette begrunnes ofte med en kombinasjon av økonomi og kvalitet. Vi har ikke funnet store studier som sier noe om eventuelle kvalitetsforskjeller, men Nilsen og medarbeidere viste i en studie av sykepleierutdanning i Finnmark at det ikke var forskjell i karakternivå mellom sykepleiere uteksaminert fra campus og desentraliserte studier (10). Tre norske studier har evaluert desentralisert sykepleierutdanning med praksisnær læring i distrikt og stor grad av opptak fra distriktene hvor utdanningene var plassert og betydning for valg av arbeidssted (10-12). Studien til Nilsen og medarbeidere (10) viste at

en høyere andel av sykepleiere fra desentral utdanning arbeidet i fylket der de tok utdanningen enn de som tok ordinær sykepleierutdanning (henholdsvis 93 prosent 70 prosent 4-7 år etter eksamen). Mulighet for å utdanne seg og samtidig bo hjemme med familien, var en forklaringsfaktor for god lokal rekruttering. En utfordring i de norske studiene er at utdanningstiltakene er endret over tid. Det er derfor ikke mulig å si at det vil være samme effekt av desentraliserte utdanningstilbud i dag, som det var av eldre versjoner av de desentraliserte studiene. Fra andre studier vet vi at fleksible studieprogram for sykepleierutdanning med rene deltidsprogram som foregår på campus, er så forskjellige fra desentraliserte studieprogram at man ikke kan forvente lignende effekter for rekruttering til lokalt arbeidsmarked.

En studie fra Australia undersøkte faktorer av betydning for å arbeide i distrikt på kort og lang sikt. Det å ha første jobb i distrikt etter endt utdanning var sterkest assosiert med å fortsatt jobbe i distrikt 15-17 år etter endt utdanning (13). Det betyr at ordninger som motiverer nyutdannede sykepleiere til jobb i distrikt kan være en god investering.

Sykepleierutdanninger med distriktrelevant læringsinnhold er vist å være assosiert med økt tilbøyelighet til å velge arbeid i distrikt (14, 15).

Internasjonalt er det økende oppmerksomhet på overgangen fra utdanning til praksis. Trainee-stillinger og andre former for overgangsstøtte med mentorordninger og veiledning er etablert i en del land, også i Norge, men effekten av disse tiltakene er ikke undersøkt forskningsmessig (16). De fleste slike trainee-ordninger finnes i sykehus, men etableres også i primærhelsetjenesten. En internasjonal kartleggingsoversikt (scoping review) fant at oppfølgingen av nyutdannede sykepleiere i mange distriktskommuner ble mangelfull på grunn av stort arbeidspress for mentorene og mangelfull mentoropplæring (17).

Til verktøykassen

Følgende tiltak i ulike kombinasjoner i utdanning av sykepleiere er assosiert med økt sannsynlighet for å arbeide i distrikt:

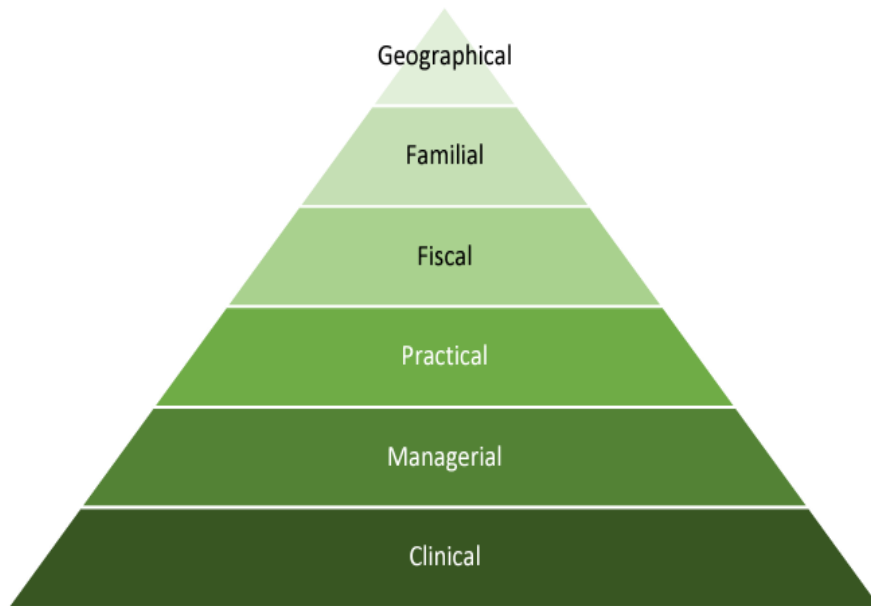
- **Rekruttering fra distrikt:** internasjonal forskning viser at seleksjon av studenter med oppvekst i distrikt, for eksempel i form av kvotering, er assosiert med økt rekruttering til arbeid i distrikt.
- **Desentraliserte og fleksible sykepleierutdanninger** finnes i mange ulike former, men felles er at hoveddelen av utdanningen er lagt til mindre byer eller distriktsområder, enten som heltidsstudium eller som fleksibelt studium, f.eks. samlingsbasert, med mye lokalbasert praksis. De kan også være kombinert med ulike kvoteringsordninger for studenter fra distriktet.

- **Utplassering i distrikt og praksisnær læring:** en eller flere praksisperioder i distriktspraksis kan motivere til å velge arbeid i distrikt dersom erfaringen er god.
- **Distriktrelevant læringsinnhold:** det å gi sykepleierstudentene innsikt og kompetanse til å møte utfordringene i distrikt kan medvirke til at flere velger arbeid i distrikt.
- **Overgang-til-praksis-ordninger:** ordninger der nyutdannede sykepleiere i sin første jobb følges opp av mentorer (erfarne sykepleiere med veiledningskompetanse), ofte også med et relevant faglig program, f.eks. om kliniske og andre utfordringer som sykepleiere kan møte i distrikt.

2.2 Tiltak i helse- og omsorgstjenesten for å rekruttere og beholde sykepleiere

En NOVA-studie (rapport 14/2020) blant sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste viste at halvparten av sykepleierne ønsket å slutte, eller var usikre på om de ville slutte i jobben (18). Ifølge denne rapporten var årsakene stor arbeidsbelastning, stort tidspress, for få sykepleiere på jobb, ubekvem arbeidstid, for lav lønn og at de ikke hadde fått en heltidsstilling. Ønsket om å slutte var størst blant unge og blant dem som hadde jobbet færrest år.

Som for utdanningstiltak, er det heller ikke i arbeidslivet enkelttiltak som peker seg ut som viktigst alene. Flere studier viser at tiltak som gir mulighet for å jobbe med god kvalitet, bygge relevant kompetanse og faglige nettverk, få anerkjennelse i jobben og gode muligheter for familie- og sosialt liv kan være assosiert med økt stabilitet (6, 7). I en Sintef-rapport fra 2022 fremheves faktorer som lønn og turnus som særlig viktige, men ikke uten at også andre elementer er til stede, som det å få brukt kompetansen som sykepleier, og at man har mulighet til å gi tjenester av god kvalitet (19). Dette er i tråd med en studie fra Australia som kartla hva sykepleierstudenter vurderte som viktig for å ville jobbe i distrikt (20). Resultatene i denne studien var en «behovspyramide» der muligheten til å utføre godt klinisk arbeid dannet grunnmuren, etterfulgt av god ledelse, praktisk og utstyrmessig tilrettelegging, lønn, familieohensyn og til slutt geografiske forhold (*Figur 2*).



Figur 2: The Rural Nursing Workforce Hierarchy of Needs (20)

Økonomiske incentiver er de vanligste tiltakene i rekrutterings- og stabiliseringssammenheng. Forskningen på effektene av slike tiltak er ikke entydig. Økt lønnsnivå, oppstartbonus, ekstra ferie og dekning av utgifter til pendling er blant de mest brukte tiltakene (21). Kommunene hadde ikke gjennomført evalueringer for å vurdere virkningen av enkelttiltak, men basert på egenvurderinger, framsto økt lønnsnivå som mest vellykket. En rapport fra Vista analyse desember 2022 som evaluerte personrettede virkemidler (lavere skatt, fritak for elavgift og avskrivning av studielån) i tiltakssonen i Finnmark og Nord-Troms konkluderte med at tiltakene samlet sett hadde liten varig effekt på bosettingen, men at adgangen til å nedskrive studielån var det mest effektive tiltaket (22). En systematisk litteraturstudie fant at økonomiske incentiver som innebar gjenytelser som bindingstid til arbeid i distrikt, var lite effektive stabiliseringstiltak (9). Helsepersonell sluttet som regel med en gang de hadde oppfylt sine forpliktelser, eller kjøpte seg ut av bindingstiden.

WHOs retningslinjer for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt anbefaler **sikring av anstendige arbeidsforhold** (6), deriblant muligheter for heltidsarbeid, men også å sikre at det er mulig å begrense arbeidstid. Retningslinjene refererer ikke til noen studier knyttet til arbeidstidsproblematikk i distrikt. En norsk studie fra 2013 viste at jo høyere utdanning, jo mindre vanlig er det å jobbe deltid, men sykepleiere er et unntak (23). Mange deltidsansatte helsepersonell opplever høy arbeidsbelastning, særlig i kombinasjon med en dårlig turnusordning og mange ekstra helgevakter (24). En annen studie fra samme forskningsmiljø viste at det er store forskjeller fylker imellom i andelen heltidsansatte innenfor kommunal pleie- og omsorg (25). I 2012 hadde

Finnmarkskommunene i gjennomsnitt 45 prosent heltidsansatte i pleie- og omsorgssektoren, mens den tilsvarende andelen i Aust-Agder var 18 prosent. Heltidsandelen i kommunesektoren i Finnmark økte systematisk i tiårsperioden fra 2002 til 2012. Finnmarkskommunene hadde ikke større bemanningsfaktor, men både sykepleiere og kommuner ønsket heltid og var villige til å prøve nye måter å organisere arbeid/arbeidstid på. Vi har imidlertid ikke funnet noen studier som viser at heltidsstillinger bidrar til å rekruttere og beholde sykepleiere i distrikt.

Muligheten til å bygge relevant kompetanse er et av elementene som nevnes som viktig for å rekruttere og beholde sykepleiere (7-9). Et fellestrekk ved helsefaglige jobber i distrikt, er at de omfatter et bredere spekter av tjenester, en tyngre arbeidsbelastning og et høyere nivå av klinisk ansvar i relativ faglig isolasjon, sammenliknet med tilsvarende jobber sentralt (26). Spesialisering for sykepleiere som skal jobbe i distrikt bør gjenspeile dette kompetansebehovet.

Land som Australia, Canada, USA, New Zealand, Irland og Storbritannia tar i økende grad i bruk sykepleiere med videreutdanning på ulike områder, såkalte *nurse practitioners* (i Norge kalles dette *avansert klinisk sykepleier - AKS*). En Cochrane review fra 2018 (27) konkluderte med at *nurse practitioners* trolig leverer lik eller bedre kvalitet på oppfølging som leger for noen lidelser og kroniske sykdommer, men studien hadde ikke undersøkt forhold i distrikt spesifikt, og det var heller ikke fokusert på eventuell effekt på det å rekruttere og beholde sykepleiere. Sintef-rapporten fra 2022 som undersøkte muligheter for frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny oppgavedeling og bruk av teknologi (19) påpekte at «*Oppgavedeling som har vist seg å fungere godt i andre land, passer ikke nødvendigvis overalt i Norge. Vi har en særegen (og i all hovedsak) offentlig helse- og omsorgstjeneste, og vi er et langstrakt og spredtbygd land, som gir spesifikke utfordringer både med tanke på transport og hvor spesialisert man kan tillate seg å bli, gitt at vi kan ha få pasienter som krever en slik spesialistkompetanse. Vi kan derfor ikke automatisk adoptere tiltak/ordninger som er utviklet i andre land. De trenger ikke å passe i Norge.*» Samtidig peker rapporten på at AKS-sykepleiere kan være en viktig ressurs, og at arbeidsgivere må være bevisst på hvordan de utnytter AKS-kompetansen. En studie fra Alabama beskriver en studieplan for *nurse practitioners* som skal forberede dem på arbeid og ledelse i distrikt (28). En korttidsevaluering viste at 80 prosent av de 47 ferdigutdannede spesialsykepleierne jobbet i distrikt.

En rekke studier beskriver slike videreutdanningstiltak, blant annet for jordmødre, også med distriktsrelevant innhold (29), men uten effektmål på det å rekruttere og beholde sykepleiere til distrikt. I våre søk har vi ikke funnet større studier som evaluerer rekrutterings- og stabiliseringseffekter av videreutdanninger til for eksempel *nurse practitioners*.

Flere av anbefalingene i WHO's retningslinjer peker på utvikling og styrking av fagmiljøer og nettverk som kan bidra til distriktrelevant kompetanse og redusert opplevelse av

isolasjon (anbefaling 5, 14, 15 og 16). En systematisk review fra 2010 om effekt av tiltak for å beholde helsepersonell i distrikt (7) og en studie fra 2019 (8) fant at en multifasettert tilnærming er nødvendig, med blant annet tiltak som fremmer godt fagmiljø og sosial støtte.

Til verktøykassen

Følgende tiltak i ulike kombinasjoner og med en multifasettert tilnærming er assosiert med økt sannsynlighet for å arbeide i distrikt:

- **Økonomiske insentiver:** omfatter blant annet lønn, oppstartbonus, ekstra ferie, dekning av utgifter til pendling, nedskrivning av studielån.
- **Arbeidstid:** mulighet for heltidsjobb og tilpasset turnus.
- **Videreutdanning og arbeidsdeling:** legge til rette for distriktsrelevant kompetansebygging og riktig bruk av sykepleierkompetansen i samarbeidet med andre faggrupper.
- **Kvalitet i tjenesten, anerkjennelse, arbeidsmiljø:** sikre infrastruktur og bemanning nok for å kunne yte gode helsetjenester, nettverksbygging og kompetanse.
- **Tilrettelegge for familie og sosialt liv:** arbeid og utdanningsmuligheter for familiemedlemmer.

2.3 Systematisk arbeid for å rekruttere, beholde og evaluere

Det er godt kunnskapsmessig belegg for å anbefale systematisk og langsiktig arbeid med å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt, og at arbeidet evalueres regelmessig (6, 7). Dette bør beskrives og rapporteres på i kommunenes planverk for å sikre forankring og oppmerksomhet.

Sammen med partnere fra Sverige, Island, Skottland og Canada, har NSDM utviklet et rammeverk for hvordan det kan arbeides systematisk med å rekruttere og beholde helsepersonell i distriktsområder (30).

Rammeverket består av ni strategiske gjøremål, fordelt på de tre stegene *Planlegge, Rekruttere og Beholde*. Figur 3 gir en grafisk beskrivelse av de ni strategiske gjøremålene. Rammeverket er ikke ment som en lineær prosess, men et gjentakende utviklingsarbeid. Elementene er derfor plassert i en spiralfigur. Rammeverket kan implementeres i sin helhet, men 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 for å oppnå bedring i rekruttering og stabilitet.

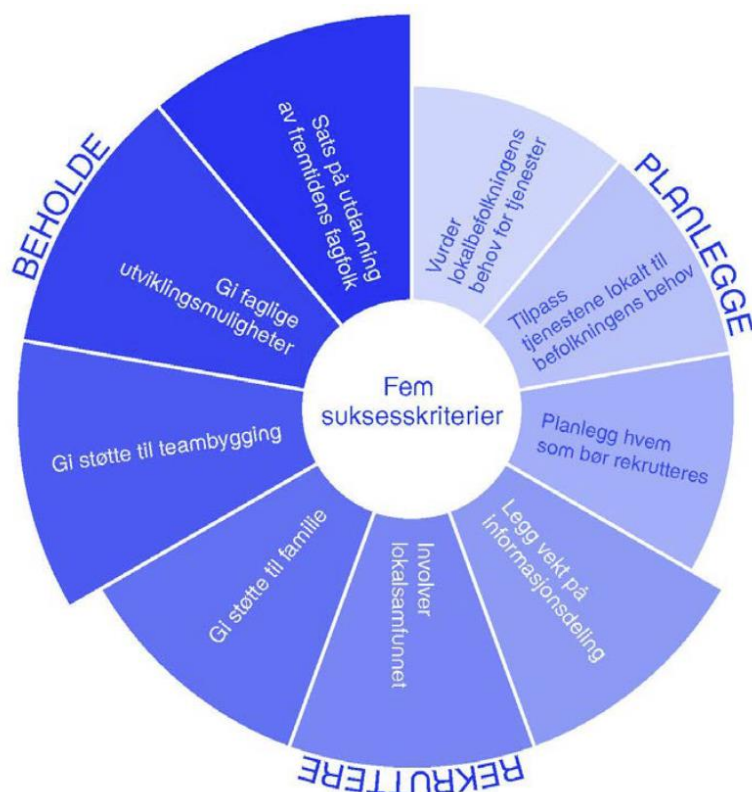
Planlegge – Dette steget innebærer aktiviteter som kan gjøres lokalt, regionalt eller på et nasjonalt nivå for å sikre at befolkningens behov for helsetjenester blir regelmessig vurdert, at tjenestemodellene er hensiktsmessige og at de riktige menneskene blir rekruttert til de lokale tjenestene.

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. Det må også sikres at både arbeidstakeren og familien 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:

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



Figur 3: Rammeverket Recruit & retain

3 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere bør baseres på en forståelse av at mange elementer samvirker. Dette innebærer at kombinasjoner av ulike tiltak og tilnærminger er nødvendig for å sikre en stabil arbeidsstyrke av sykepleiere i distrikt.

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi pekt på sammenhengene mellom befolkningens helsebehov, utdanningen av helsepersonell og helsetjenestens behov for fagfolk med riktig kompetanse. Den gjensidige avhengigheten mellom disse elementene fordrer et tett og planmessig samarbeid mellom nasjonale og lokale myndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og helsetjenester, og mellom brukere, fagfolk, politikere, byråkrater og fagforeninger. Utfordringene med mangel på sykepleiere og annet helsepersonell kan ikke løses av kommunene alene, ei heller av hvert enkelt fagdepartement. Befolkningens helse-behov danner grunnlaget for både helsetjenesten og utdanningene. Endret behov i helsetjenesten fordrer tilpassing av utdanningsinnholdet, og virkningsfulle tiltak i utdanningssektoren fordrer praksisplasser og tilpassing i helsetjenesten.

Sikring av kompetent personell til distrikt krever målrettet, systematisk og regelmessig arbeid på alle nivåer, basert på en nasjonal forståelse og lokal tilpassing, samt nødvendig finansiering og rammeverk.

Kunnskapsbaserte tiltak i verktøykassen

Utdanningen

- **Rekruttering fra distrikt** – internasjonal forskning viser at seleksjon av studenter med oppvekst i distrikt er assosiert med økt rekruttering til arbeid i distrikt.
- **Desentraliserte og fleksible sykepleierutdanninger** – finnes i mange ulike former, men felles er at hoveddelen av utdanningen er lagt til mindre byer eller distriktsområder, enten som heltidsstudium eller som fleksibelt studium, f.eks. samlingsbasert, med mye lokalbasert praksis. De kan også være kombinert med ulike kvoteringsordninger for studenter fra distriktet.
- **Utplassering i distrikt og praksisnær læring** – en eller flere praksisperioder i distriktspraksis kan motivere til å velge arbeid i distrikt dersom erfaringen er god
- **Distriktrelevant læringsinnhold** – det å gi sykepleierstudentene innsikt og kompetanse til å møte utfordringene i distrikt kan medvirke til at flere velger arbeid i distrikt.
- **Overgang-til-praksis-ordninger** – ordninger der nyutdannede sykepleiere i sin første jobb følges opp av mentorer (erfarne sykepleiere med

veiledningskompetanse), ofte også med et relevant faglig program, f.eks. om kliniske og andre utfordringer som sykepleiere kan møte i distrikt.

Helsetjenesten

- **Økonomiske insentiver** – omfatter blant annet lønn, oppstartbonus, ekstra ferie, dekning av utgifter til pendling
- **Arbeidstid** – mulighet for heltidsjobb og tilpasset turnus
- **Videreutdanning og arbeidsdeling** – legge til rette for distriktsrelevant kompetansebygging og riktig bruk av sykepleierkompetansen i samarbeidet med andre faggrupper
- **Kvalitet i tjenesten, anerkjennelse, arbeidsmiljø** – sikre infrastruktur, ressurser og bemanning for å kunne yte gode helsetjenester, nettverksbygging og kompetanse
- **Tilrettelegge for familie og sosialt liv** – arbeid og utdanningsmuligheter for familiemedlemmer

Systematikk og plan på kort og lang sikt

- Anerkjenn det unike i distrikt
- Inkludere distriktenes perspektiv
- Tilstrekkelige ressurser
- Årlig syklus
- Regelmessig evaluering

Tiltakene som foreslås til verktøykassen kan brukes i ulike kombinasjoner.

Dokumentasjon for assosiasjon med rekruttering og stabilisering av sykepleiere gjelder ikke hvert tiltak især, men er basert på forskning på ulike kombinasjoner av tiltak, og det anbefales en mangefasettert tilnærming der **grunnmuren er muligheten til å utføre godt klinisk arbeid.**

WHO Recommendations

Good practice statement for the development, attraction, recruitment and retention of health workers in rural and remote areas:

Interventions should be interconnected, bundled and tailored to the local context.

Policy recommendations for the development, attraction, recruitment and retention of health workers in rural and remote areas are as follows.

Education

1. WHO recommends using targeted admission policies to enrol students with a rural background in health worker education programmes

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – moderate

2. WHO suggests locating health education facilities closer to rural areas

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

3. WHO recommends exposing students of a wide array of health worker disciplines to rural and remote communities and rural clinical practices

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

4. WHO recommends including rural health topics in health worker education

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

5. WHO recommends designing and enabling access to continuing education and professional development programmes that meet the needs of rural health workers to support their retention in rural areas

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

Regulation

6. WHO suggests introducing and regulating enhanced scopes of practice for health workers in rural and remote areas

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

7. WHO suggests introducing different types of health workers for rural practice to meet the needs of communities based on people-centred service delivery models

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

8. WHO acknowledges that many Member States have compulsory service agreements. When compulsory service in rural and remote areas exists, WHO suggests that it must respect the rights of health workers and be accompanied with fair, transparent and equitable management, support and incentives

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

9. WHO suggests providing scholarships, bursaries or other education subsidies to health workers with agreements for return of service

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

Incentives

10. WHO recommends employing a package of fiscally sustainable financial and nonfinancial incentives for health workers practising in rural and remote areas

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

Support

11. WHO recommends investing in rural infrastructure and services to ensure decent living conditions for health workers and their families

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

12. WHO recommends ensuring a safe and secure working environment for health workers in rural and remote areas

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

13. WHO recommends providing decent work that respects the fundamental rights of health workers

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

14. WHO suggests identifying and implementing appropriate health workforce support networks for health workers in rural and remote areas

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

15. WHO recommends a policy of having career development and advancement programmes, and career pathways for health workers in rural and remote areas

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – low

16. WHO suggests supporting the development of networks, associations and journals for health workers in rural and remote areas

Strength of recommendation – conditional Certainty of evidence – low

17. WHO recommends adopting social recognition measures at all levels for health workers in rural and remote areas

Strength of recommendation – strong Certainty of evidence – very low

Boks 1: WHO's anbefalinger for å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt (6)

REFERANSER

1. Frenk J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* (London, England). 2010;376(9756):1923–58.
2. Gaski M, Huemer J. Fleksibel sykepleierutdanning. Tilgangen til grunn- og videreutdanningstilbud. Rapport Nasjonalt senter for distriktsmedisin. August 2020. NSDM-rapport
3. Abelsen B, Gaski M, Fosse A. “Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt”. Notat til Demografiutvalget 26.02.20
4. Gaski M. Fleksibel sykepleierutdanning. Effekter på lokal rekruttering. Notat. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. September 2020 NSDM-notat
5. Gaski M, Abelsen B, Fosse A. (2022) NSDM-rapport 2022 Kunnskapsoppsummering
6. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.
7. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *The Australian journal of rural health*. Accepted for publication 8 May 2010. 2010;18(3):102–9.
8. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T, et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human resources for health*. 2019;17(1):99–99.
9. Russell D, Mathew S, Fitts M, Liddle Z, Murakami-Gold L, Campbell N, et al. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. *Human resources for health*. 2021;19(1):1–103.
10. Nilsen G, Huemer J, Eriksen L. Bachelor studies for nurses organised in rural contexts - a tool for improving the health care services in circumpolar region? *International journal of circumpolar health*. 2012;71(1):1–8.
11. Norbye B, Skaalvik MW. Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. *International journal of circumpolar health*. 2013;72(1):22793–22793.
12. Eriksen LT, Huemer JE. The contribution of decentralised nursing education to social responsibility in rural Arctic Norway. *International journal of circumpolar health*. 2019;78(1):1691706–1691706.
13. Playford D, Moran MC, Thompson S. Factors associated with rural work for nursing and allied health graduates 15-17 years after an undergraduate rural placement through the University Department of Rural Health program. *Rural and remote health*. 2020;20(1):5334–5334.
14. Florence JA, Goodrow B, Wachs J, Grover S, Olive KE. Rural Health Professions Education at East Tennessee State University: Survey of Graduates From the First Decade of the Community Partnership Program. *The Journal of rural health*. 2007;23(1):77–83.
15. Wood D. Effects of educational focus on a graduate nurse's initial choice of practice area. *Journal of professional nursing*. 1998;14(4):214–9.
16. Kenny A, Dickson-Swift V, McKenna L, Charette M, Rush KL, Stacey G, et al. Interventions to support graduate nurse transition to practice and associated outcomes: A systematic review. *Nurse education today*. 2021;100:104860–104860.
17. Calleja P, Adonteng-Kissi B, Romero B. Transition support for new graduate nurses to rural and remote practice: A scoping review. *Nurse education today*. 2019;76:8–20.

18. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. NOVA, OsloMet; 2020.
19. Melby L, Gunnes M, Haukelien H, Obstfelder AU. Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi. SINTEF; 2022.
20. Terry D, Peck B, Baker E, Schmitz D. The Rural Nursing Workforce Hierarchy of Needs: Decision-Making concerning Future Rural Healthcare Employment. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(9):1232.
21. Oslo Economics. Kartlegging og vurderinger av lokale ordninger for å beholde og rekruttere arbeidskraft i Nord-Norge. Oslo: Oslo Economics, 2021.
22. Vennemo H, et al. Evaluering av personrettede virkemidler i tiltakssonen i Finnmark og Nord-Troms. Vista analyse, Rapport 2022/42.
23. Moland LE. Heltid – deltid – en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelse. Fafo-rapport 2013:27. Oslo: Fafo, 2013.
24. Moland LE, Bråthen K (2019). En ny vei mot heltidskultur – Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse. Rapport 2019:15. Oslo: Fafo.
25. Moland LE, Lien L. Heltid i nord – hvorfor lykkes Finnmark? Fafo-rapport 2013:37. Oslo: Fafo, 2013.
26. Strasser R, Couper I, Wynn-Jones J, Rourke J, Chater AB, Reid S. Education for rural practice in rural practice. *Education for primary care*. 2016;27(1):10–4.
27. Laurant MG., Biezen M van der, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Vught AJAH van. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane database of systematic reviews*. 2018;7(7):CD001271–CD001271.
28. Holland A, Selleck C, Deupree J, Hodges A, Shirey M, Blakely K, et al. A Curriculum to Expand Rural Health Care Access. *Journal for nurse practitioners*. 2019;15(4):e69–e72.
29. Kensington M, Rankin J, Gilkison A et al. 'Living the rural experience-preparation for practice': The future proofing of sustainable rural midwifery through midwifery education. *Nurse Educ Pract* 2018;31:143-150.
30. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurosson 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):63–63.