

# DISTRIKTSLEGE ELLER SYKEHUSSPESIALIST?

-Studenters holdninger-



5.årsoppgave i Stadium IV  
– medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

**Stud. med. Tore Johan Olaussen**  
**Stud. med. Kim Roger Selnes Olsen**  
**Stud. med. Oddgeir Skoglund**

Veileder:

**Tor Anvik**

Prosjektleder og Hovedkoordinator for utplassering,  
Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø, 21. September 2005

# SAMMENDRAG

Vi har gjennomført en kohorte-undersøkelse over 4 år om medisinstudenters holdninger til distriktsmedisin. Bakgrunnen var Norges problemer med legedekning i distriktene. Kohorten har årlig blitt presentert for det samme spørreskjemaet. De gjennomsnittelige svarene for hvert spørsmål har blitt sammenlignet fra år til år og blitt analysert vha. konfidensintervall.

Vi fant at gjennomsnittsstudenten føler seg mer stimulert til arbeid i distrikt etter 5 års studier enn ved undersøkelsens start ved slutten av 2. studieår. Det er videre konkludert med at gjennomsnittsstudenten gjør sitt karrierevalg tidlig i studiet. Av studiemessige faktorer fant vi at utplassering hos allmenpraktiker var det mest potente virkemidlet for å stimulere til jobbing i distrikt etter endt utdanning. Uketjenestene på sykehuset er ikke svært virkningsfullt i så henseende. Disse funnene er statistisk signifikante.

Det viser seg imidlertid at følelsen av å være stimulert til arbeid i distrikt ikke er sterk nok til at gjennomsnittsstudenten ser det som sannsynlig at han/hun vil komme til å jobbe i distrikt etter endt utdanning. Av det trekker vi to konklusjoner: Karrierevalgene tas tidlig i studiet eller før studiet og ikke-faglige faktorer har stor betydning.

I rapporten har vi dessuten kommet med noen forslag til hva universitetet kan gjøre for å møte disse problemene.

# FORORD

Rapporten som her foreligger er et produkt av den valgfrie undervisningen ved embetsstudiet medisin, Universitetet i Tromsø. Den har blitt til etter samarbeid mellom Tore Johan Olaussen, Kim Roger Selnes Olsen, Oddgeir Skoglund og veileder Tor Anvik. Oppgaven, som er en longitudinell kohorteundersøkelse, er basert på data fra en spørreundersøkelse utført blant studentene på kull 2000, embetsstudiet medisin. Studien som i utgangspunktet var planlagt å være en longitudinell komparativ kohorteundersøkelse utført blant nevnte populasjon og tilsvarende kull ved James Cook University, Queensland, Australia, ble av ulike årsaker omgjort til å bare omhandle studentene ved Universitetet i Tromsø. Innledningsvis var medstudent Fredrik Isachsen med på utformingen av spørreskjema og ferdigstilling av 2. års valgfrie oppgave. Vi takker ham for godt samarbeid.

Vi takker også med dette vår veileder Tor Anvik, Prosjektleder og Hovedkoordinator for utplassering, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, for faglig veiledning, motivasjon og for hyggelig selskap under et opphold i Santiago de Compostela, Spania, hvor vi under Rural Wonca 2003 presenterte vår 2. års valgfrie oppgave.

Videre rettes en stor takk til Nordland Fylkeskommune, Vestvågøy Kommune og Meløy Næringsutvikling, for økonomisk støtte til å gjennomføre reisen til Australia under 2. års valgfrie periode. Ved reisen til Spania bidro, sammen med Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, på nytt Nordland Fylkeskommune med økonomiske midler. Vi takker hjerteligst for bidragene som har gjort det mulig å gjennomgå den svært spennende prosessen denne oppgaven har vært for oss.

Universitetet i Tromsø  
September 2005

# INNHold

	Side
Sammendrag.....	
Forord.....	
Innholdsfortegnelse.....	
Introduksjon	
• Bakgrunn.....	
• Målsetning.....	
Metoder	
Resultater	
• Oversiktsfigur.....	
• Spørsmålsfordeling med kommentarer.....	
Diskusjon	
• Funn.....	
• Feilkilder.....	
Konklusjon.....	
Vedlegg	
1. 2. års-oppgave	
2. Spørreskjema	
3. Hjemmkommuner	
4. Studieplan	

# INTRODUKSJON

## BAKGRUNN

Bakgrunnen for oppgaven var Norges problemer med legedekning i distriktene. Vår oppfatning er at Universitetet i Tromsø kan spille en mer aktiv rolle, i stadium II, når det gjelder å motivere studentene til arbeid i distrikt.

Denne oppgaven ble påbegynt i forbindelse med 2. års valgfriperiode (Vedlegg 1). Vi hadde da, gjennom studenter fra kull –98 og –99 fått høre om James Cook University i Townsville, Australia, som har forsøkt å ta tak i nettopp denne problemstillingen. Gjennom et nytt studieopplegg, som så vidt vi har kjennskap til er unikt, forsøker JCU å stimulere studentene til å arbeide ute i distriktene.

Vårt opprinnelige mål for oppgaven var derfor å undersøke om studiemodellen ved JCU i større grad enn modellen ved UiTø lyktes i å motivere studentene til å bli distriktsleger.

Vi mente dette ville være en interessant sammenligning ettersom studiemodellene til JCU og UiTø er rake motsetninger når det kommer til utplassering og praksis. JCU fokuserer i første del av studiet på utplassering i distriktene, og deretter en lang praksis-periode på sykehus mot slutten av studiet. Universitetet i Tromsø gjør det motsatte, med utelukkende sykehuspraksis de første årene, før man på 5. studieår, får en lang periode med utplassering hos allmennleger.

Vi gjennomførte derfor på 2. studieår en spørreundersøkelse blant 2. års studenter ved Universitetet i Tromsø og ved James Cook University, der vi spurte om deres motivasjon til å arbeide i distrikt, og om hvordan de syntes studiet motiverte dem til distriktsarbeid.

Denne undersøkelsen utgjorde vår 2.års oppgave, og skulle være grunnlaget for videre oppfølging av disse to kullene til denne oppgaven.

Etter at den første delen av undersøkelsen var ferdig og ble framlagt ved Rural Wonca 2003 bestemte dessverre det medisinske fakultetet ved JCU seg for at vi ikke lengre fikk inkludere deres studenter i undersøkelsen vår. Begrunnelsen var uklar, og selv etter flere skriftlige henvendelser fra vår veileder, Tor Anvik, har vi ikke klart å få noe klart svar på hvorfor.

Vi valgte likevel å fortsette oppfølgingen av studentene ved UiTø, og det er resultatene av denne oppfølgingen som utgjør denne oppgaven.

## **MÅLSETNING**

Arbeidet med 5.-årsoppgaven tok til i 1.semester på 2 studieår. Målsetningen har vært, gjennom en spørreundersøkelse underveis i studiet, å monitorere studentenes holdning til å jobbe som allmennlege i distrikt etter endt utdanning. Ved å følge kullet gjennom fire spørsmålsrunder hadde vi også et mål, ut fra eventuell variasjon i motivasjon, å bli i stand til og peke på aspekter ved medisinstudiet i Tromsø som i større eller mindre grad motiverer i sådan retning. Ut fra dette har det vært et ønske om å kunne diskutere hva UiTø kan gjøre for å bedre på situasjonen med manglende legedekning i distrikts-Norge. Det var også håpet at svarene i undersøkelsen kunne antyde når i studiet et valg av karriere tas og at vi ut fra dette ville bli i stand til å kunne si noe om når i studiet positive motivasjonsfaktorer burde settes inn.

## METODER OG MATERIALE

Som nevnt planla vi i utgangspunktet å kjøre en komparativ studie med èn kohorte ved JCU og èn ved UiTø. Etter at vi ble nektet å videreføre studien ved JCU har vi imidlertid måtte nøye oss med en longitudinell observasjonsstudie på kohorten ved UiTø.

Vi valgte ut vårt eget kull som kohorten ved UiTø for å kunne følge denne tettest mulig. Vårt kull ville dessuten ha avsluttet utplasseringsåret ved studiens slutt. Vi forventet at en langvarig utplassering på 5. året ville gi utslag i høyere motivasjon til jobbing i distrikt blant studentene. Valget av et parallelt kull ved JCU falt seg da naturlig. Denne kohorten har vi dessverre ikke fått mulighet til å følge videre opp.

Kohortene ble presentert for et spørreskjema med 13 spørsmål. Til hvert spørsmål hørte en ikke forhåndsgradert skala som gikk fra f.eks. ”lite sannsynlig” til ”svært sannsynlig”. Denne løsningen ble valgt for å unngå å lede de spurte til noe bestemt punkt på skalaen. Spørreskjema fra våren -05 er lagt ved som vedlegg 2

Kohorten her ved UiTø har vi siden fulgt opp med årlige spørreskjemaer. Spørreskjemaene har hvert år, inntil våren -05, blitt presentert for studentene i forbindelse med forelesninger vi har forventet at mange studenter ville møte opp til. Våren -05 var alle studentene ute i praksis. Spørreskjemaene har således måttet bli sendt til de forskjellige utplasseringsstedene. Spørre rundene har vi så langt det har latt seg gjøre, foretatt på samme tidspunkt hvert år. Våren -05 ble imidlertid spørre runden satt i gang om lag en måned tidligere for å nå studentene mens de enda var utplassert. De fleste av spørreskjemaene ble returnert ila. kort tid. 8 av dem har imidlertid måtte hentes inn i ettertid. Når alle besvarelsene var innhentet ble svarprosenten som følger:

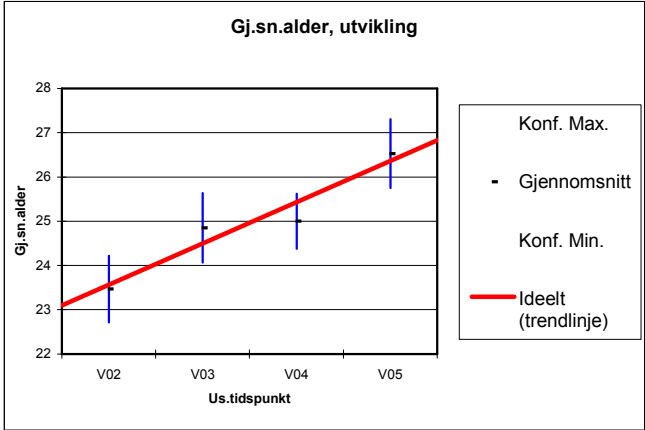
	Ant. studenter	Ant besvarelser	Svarprosent
Vår -02		76	
Vår -03		66	
Vår -04		61	

Etter siste gjennomføring av spørreundersøkelsen, ble det nødvendig å retrospektivt undersøke sammensetningen av populasjonen for å vurdere hvorvidt undersøkelsen kunne behandles som nettopp dette, eller om vi ble nødt til å anse studien som fire påfølgende tverrsnittsundersøkelser.

Sammensetningen av kullet har variert en del i løpet av studiet. Noen få studenter har sluttet eller vært i permisjon. Kullet har likevel vokst fra om lag 85 studenter til 105 ved siste eksamen som var på slutten av 4. studieår. Det største bidraget har vært studenter som har kommet til etter permisjon eller falt ned fra tidligere kull.

For å få en oversikt over hvorvidt populasjonen har vært den samme ved alle fire undersøkelsene, har vi valgt å undersøke om gjennomsnittlig alder (Figur 1) har økt med et år mellom hver gang vi har delt ut spørreskjema, og om kjønnsfordelingen (Figur 2) har vært lik underveis. I tillegg har vi fremstilt kommunetilhørighet (Vedlegg 3) for å få et inntrykk av om det er de samme personene som har svart hele veien.

Figur 1



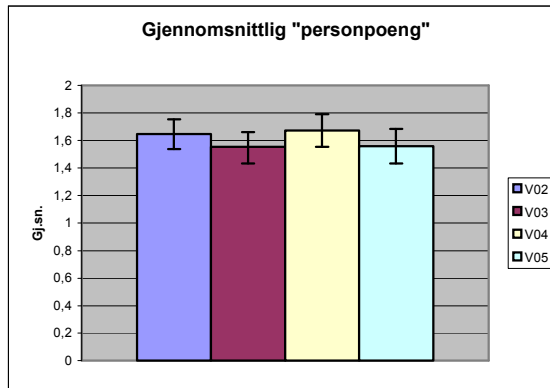
**Alder:** Gjennomsnittlig alder burde ideelt sett øke med ett år mellom hver runde. Ved å sette gjennomsnittsalder med konfidensintervall inn i et diagram (Figur 1), sammen med en linje med stigningstall 1, ser vi at linja ligger innenfor alle konfidensintervallene. Dette gir et signifikant resultat som forteller

at gjennomsnittlig alder har økt med et år fra gang til gang.



Figur 2

**Kjønnsfordeling:** Ved å gi menn verdien 1 og kvinner verdien 2, ser vi i figur 2, at gjennomsnittlig personpoeng varierer rundt 1,6, altså en overvekt av kvinner. Alle konfidensintervallene overlapper hverandre og en konkluderer med at kjønnsfordelingen ikke er vesentlig avvikende



**Kommunetilhørighet:** Vedlegg 3 viser kommunetilhørighet til deltakerne i spørreundersøkelsene. Oversikten gir et bilde av hvilke deltakere og hvilken kommunetilhørighet deltakeren har, som har svart hhv. 4, 3, 2 og 1 ganger. På grunn av hensynet til anonymitet er det derimot umulig å si hvorvidt det er den samme personen fra en kommune som har svart hver gang. Oversikten viser at 36 "kommune-personer" har vært representert 4 ganger. 19 har vært representert 3 ganger, 14 har vært representert 2 ganger og 25 har vært representert 1 gang. Uten at en kan dra noen slutning ut fra dette materialet mener vi likevel at dette gir et bilde av lav variasjon i deltakere.

**Konklusjon:** På bakgrunn av tallmaterialet om aldersfordeling og kjønnsfordeling, mener vi det er forsvarlig å behandle undersøkelsesresultatene ut fra at dette er en kohorte-studie. Opplysningene om kommunetilhørighet understøtter dette.

Under den siste runden har vi forsøkt å sikre oss kontroll over hvem som har sendt inn sitt spørreskjema ved å nummerere svarkonvoluttene med et nummer tilhørende deres navn. Dette for å kunne innhente svar fra så mange studenter som mulig. Ved registrering av disse har spørreskjema og svarkonvolutt blitt separert umiddelbart etter åpning for å holde anonymiteten på et maksimum.

Ved registrering av innhentede spørreskjema har skalaen på hvert enkelt spørsmål blitt målt opp fra 0 til 78 millimeter. Svarene er så blitt lest av og gitt millimeterverdier. Millimeterverdiene er blitt brukt til beregning av gjennomsnitt, standardavvik og

konfidensintervall (95%). Etter det ble millimeterverdiene fordelt i 7 klasser etter sin størrelse. 0 tom. 10mm i klasse 1 osv.. Disse klassene er så brukt til grafiske framstillinger og fortolkning av resultatene.

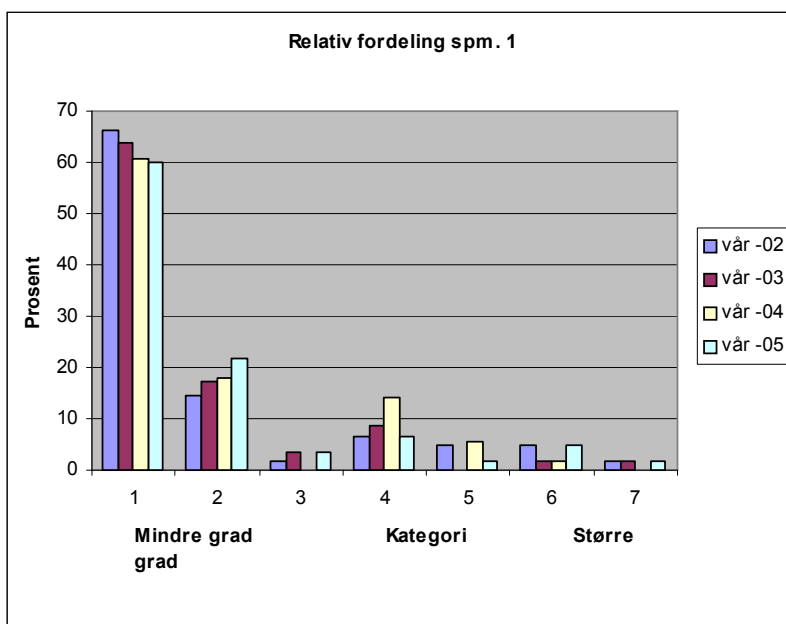
Spørreskjemaenes utforming gir dessuten rom for å knytte hver enkelt students alder, kjønn og hjemsted til besvarelsen. På grunn av seint innkomne data og påfølgende tidsnød har vi valgt å utelate dette. De vil eventuelt bli inkludert i planlagt oppfølging.

# RESULTATER

## SPØRSMÅLFORDELING MED KOMMENTARER

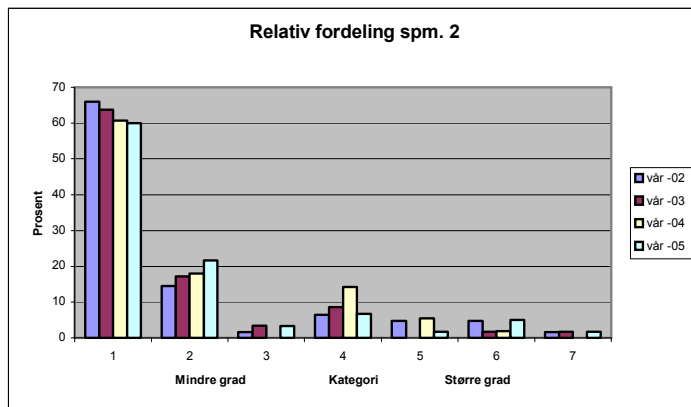
I figurene under er studentenes svar gruppert fra 1 til 7, hvor 1 tilsvarer i liten grad og 7 er tilsvarer i stor grad.

**Spørsmål 1:** I hvor stor grad føler du at UiTø profilerer seg som et distriktsrettet universitet?



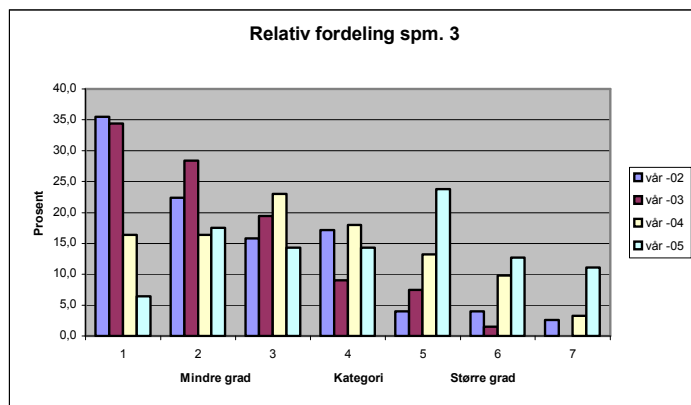
Det er ingen signifikant endring i studentenes oppfatning av UiTø som et distriktsrettet universitet. Vi ser at majoritetet av de som svarte på undersøkelsen rangerer Universitetet til å i liten grad ha en distriktsrettet profil.

**Spørsmål 2:** Dersom du mener UiTø profilerer seg som et distriktsrettet universitet, i hvor stor grad var dette grunnen til at du begynte å studere her?



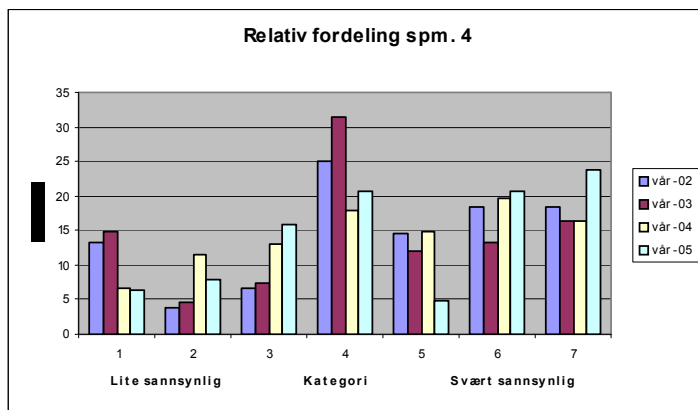
Vi ser at studentene i liten grad oppfatter uiversitetet i Tromsø som distriktsrettet. Det var ingen signifikant endring i studentenes oppfatning av UiTø som et distriktsrettet universitet som grunnlag for at de begynte å studere her. Vi ser også at fordelingen i grupper fra liten til stor grad, er relativt konstant ved alle fire undersøkelsestidspunkt.

**Spørsmål 3:** I hvor stor grad mener du de første årene ved medisinstudietTromsø så langt har stimulert til arbeid i distriktshelsetjenesten?



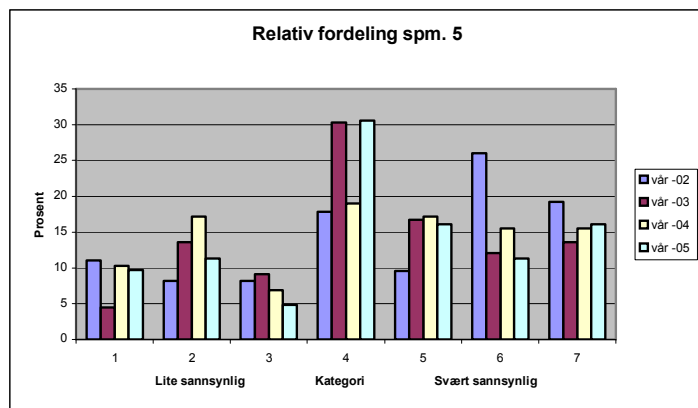
Vi ser her en signifikant økning i hvor mye studentene føler at de har blitt motivert til arbeid i distrikt. Det er signifikant økning både fra 2. til 4. studieår og fra 2. til 5. studiår. Dette reflekteres i figuren ovenfor, hvor vi ser at andelen studenter som scorer dette spørsmålet høyt, er betydelig økt på vår -04 og vår -05.

**Spørsmål 4:** Hvor sannsynlig er det at du kommer til å ta jobb som allmennpraktiker når du er ferdig utdannet lege?



Vi ser ingen signifikant endring i sannsynligheten for at studentene vil arbeide som allmennpraktiker etter endt utdanning. Det er likevel en svak trend mot det på vår -04, og vår -05 er flere som anser sannsynligheten for høy.

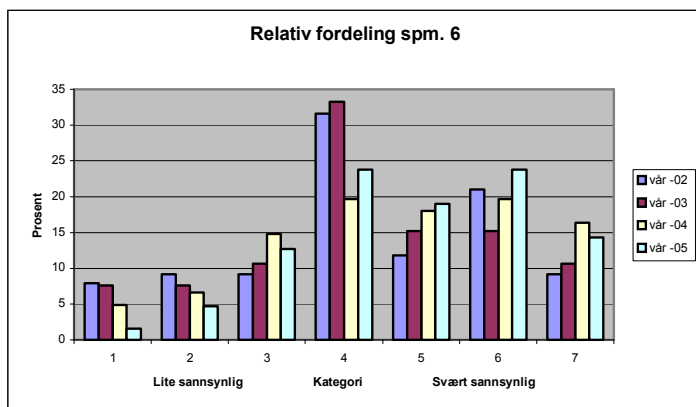
**Spørsmål 5:** Dersom du ønsker å jobbe som allmennpraktiker, hvor sannsynlig er det at du vil jobbe i distriktshelsetjenesten?



Vi ser ingen signifikant endring i sannsynligheten for at studentene ønsker å arbeide i distriktshelsetjenesten. Det synes ut i fra figuren over som om det er en svak trend til nedgang i sannsynligheten distriktsarbeide.

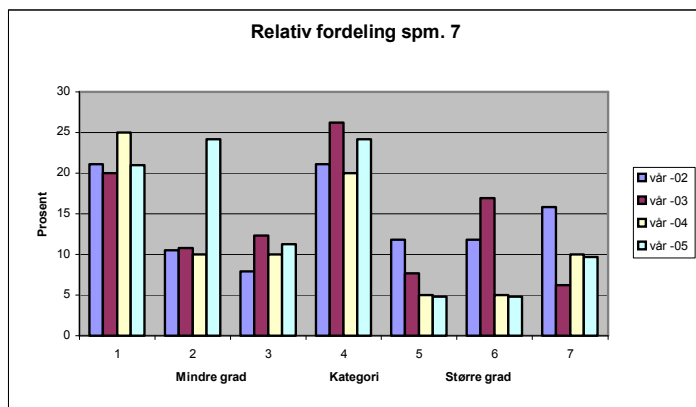


**Spørsmål 6:** Hvor sannsynlig er det at du kommer til å ta jobb som sykehuslege når du er ferdig utdannet lege?



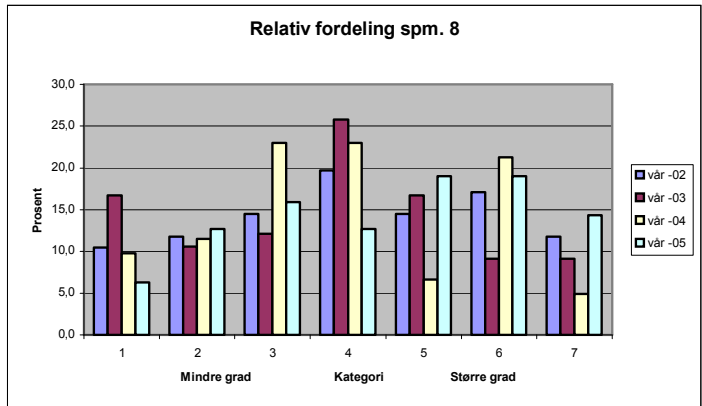
Det sees ingen signifikant endring i sannsynligheten for at studentene kommer til å ta jobb som sykehuslege etter endt utdanning. Ut fra figuren over sees en svak trend til at flere rangerer sannsynligheten til at de vil arbeide på sykehus som høy jo lenger ut i studiet de er kommet.

**Spørsmål 7:** I hvor stor grad hadde du lyst til å jobbe i distrikt da du begynte på studiet?



Det er ingen signifikant endring i hvordan studentene husker sin egen motivasjon til å arbeide i distrikt da de begynte på studiet. Ut i fra figuren over kan man se en trend til at studentene på 4. og 5. studieår husker sin egen motivasjon som mindre enn de gjorde på 2. og 3. studieår.

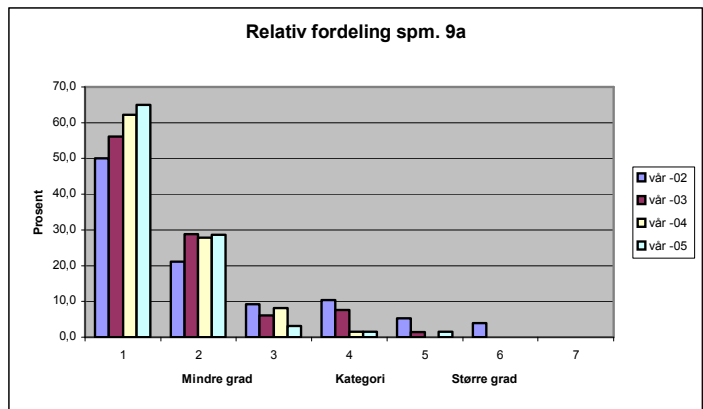
**Spørsmål 8:** I hvor stor grad har du lyst til å jobbe i distrikt nå?



Det er ingen signifikant endring i studentenes lyst til å jobbe i distrikt fra 2. til 5. studieår. Det kan ut i fra figuren over synes å være en svakt trend til at flere av studentene på 5. studieår har stor lyst til å jobbe i distrikt.

**Spørsmål 9:** I hvilken grad synes du de følgende deler av studiet stimulerer til arbeid i distriktene?

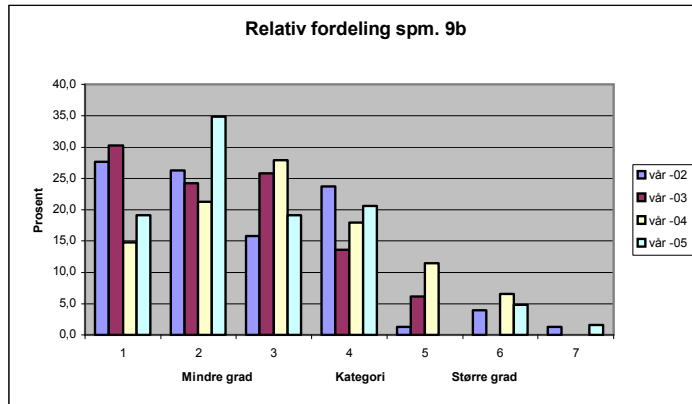
**a) Uketjeneste:**



Det er en signifikant nedgang i hvor mye studentene synes uketjenester motiverer til arbeid i distrikt. Nedgangen er signifikant fra 2. til 4. studieår og fra 2. til 5. studieår.

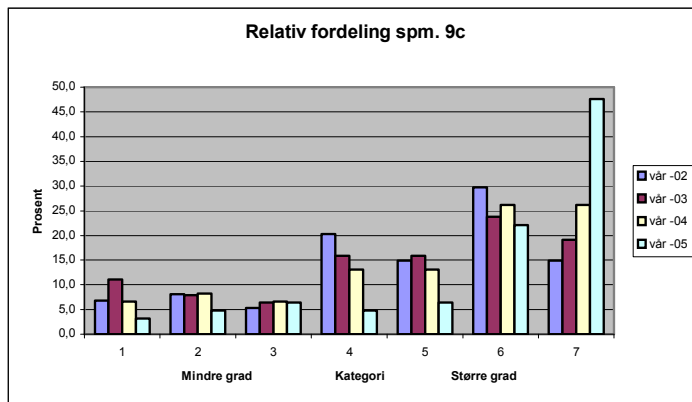


**b) Forelesninger:**



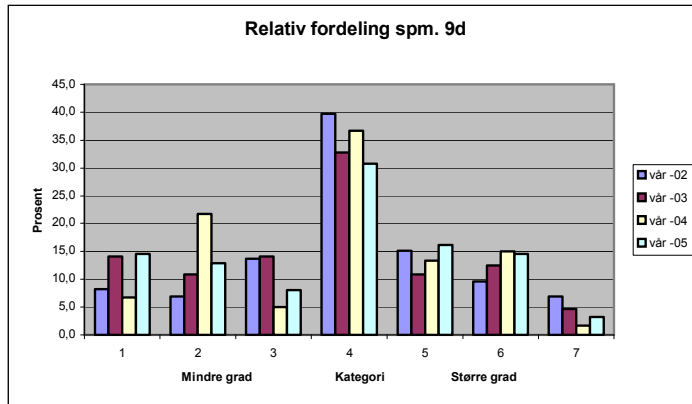
Det sees ingen signifikant endring i hvor mye forelesninger stimulerer til arbeid i distrikt.

**c) Utplussing hos allmennpraktiker:**



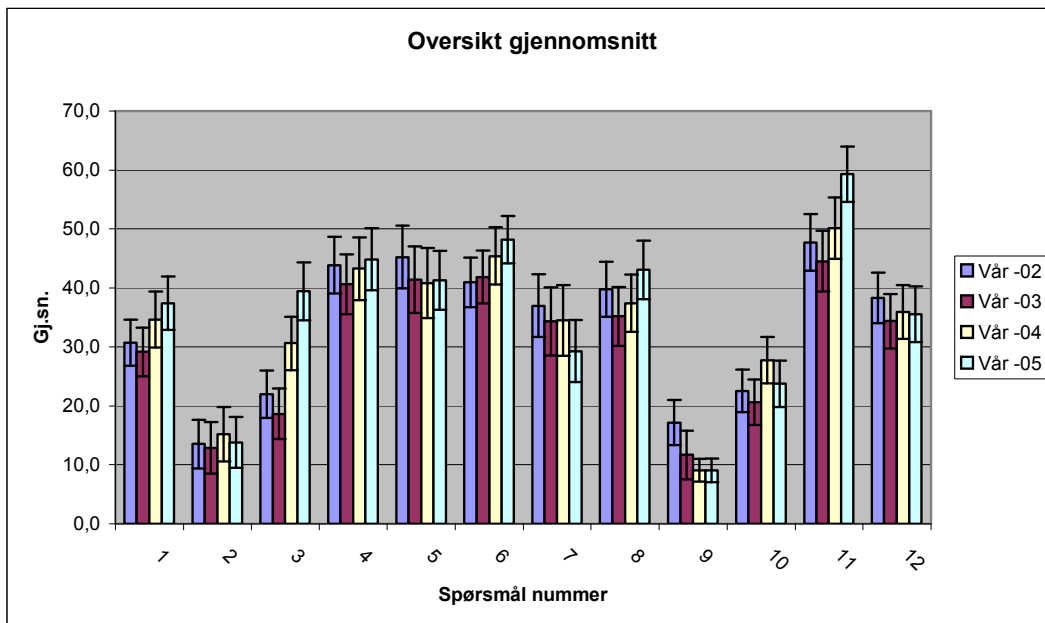
Vi ser her en signifikant økning i hvor stor grad studentene føler at utplussing hos allmennpraktiker stimulerer til arbeid i distrikt. Økningen er signifikant fra 2. til 5. studieår og også fra 3. til 5. studieår.

**Ikke-faglige faktorer:**



Det er ingen signifikant økning i hvor mye ikke-faglige faktorer stimulerer til arbeid i distrikt.

**OVERSIKTSFIGUR**



Figuren over (Figur 3) viser gjennomsnittlig verdi av svarene på spørreskjemaet fra alle fire år. Konfidensintervallene for 95% konfidens er tegnet inn. For nøyaktige verdier se vedlegg 5.

# DISKUSJON

## FUNN

Studentene i vår kohorte oppgir at de føler seg stimulert til arbeid i distrikt i økende grad gjennom studiet så langt. Se figur 3 der gjennomsnitt for hvert spørsmål på hvert studieår blir presentert med sine konfidensintervall. Spørsmål 3 omhandler i hvor stor grad studentene mener medisinstudiet ved UiTø har stimulert til arbeid i distriktstjenesten. Arbeid i distriktstjenesten medfører for alle praktiske hensyn her også jobb som allmenpraktiker. Figur 3 viser oss her signifikant økning gjennom studiet til og med 5. studieår. Det er en liten nedgang på 3. studieår. Forskjellen fra 2. til 4. og 5. studieår er imidlertid statistisk signifikant og udiskutabel.

At det fra universitetets side jobbes med en distriktsrettet profil kan en til en viss grad se igjen i spørsmål 1. Det spørres her om i hvor stor grad studentene føler UiTø profilerer seg som et distriktsrettet universitet. Spørsmålet skåres litt under middels. Det er imidlertid interessant at studenter som har vært inkludert i studiet en stund opplever at UiTø har en mer utpreget distriktsrettet profil enn studenter som nylig har begynt. Av figur 3 ser vi at det gjennom studiet er en stigende trend. Trenden er imidlertid ikke signifikant. Det må dessuten nevnes at det i spørsmålsformuleringen ikke er understreket at det er medisinstudiet det er snakk om.

Som nevnt i første avsnitt opplever studentene i vår kohorte seg mer stimulert til å jobbe i distrikt utover studiet. Vi ser imidlertid ingen gevinst av dette i form av påvirkning av karrierevalg.

Spørsmål 4 på spørreskjemaet tar for seg hvor sannsynlig studentene tror det er at de vil komme til å jobbe som allmenpraktiker etter endt utdanning. Fra figur 3 ser vi at dette spørsmålet har vært skåret jevnt høyt ved alle 4 undersøkelsene. Det er ingen signifikant endring fra 2. til 5. studieår. Vi kan se en trend fra 3. til og med 5. studieår, men stigningen er ikke signifikant på et 95% signifikansnivå. Gjennomsnittelig skår er dessuten like høy etter 2. studieår som etter 5..

I spørsmål 5 spørres det videre om hvor sannsynlig det er at de som ønsker å jobbe innen allmennpraksis vil komme til å gjøre dette i distrikt. Av nevnte tabell framgår det en svak negativ trend. Funnet er imidlertid ikke signifikant. Likevel ser man at det i alle fall ikke er noen økning i denne sannsynligheten. Ser en dette i lys av funnene på spørsmål 1, 3 og 4 er det fristende å si at studentenes karrierevalg gjøres tidlig i studiet eller endatil før studiet.

Denne teorien forsterkes ytterligere av det man ser av funnene på spørsmål 6. Spørsmål 6 tar for seg hvor sannsynlig det er at studentene vil komme til å ta seg jobb på sykehus etter endt utdanning. Gjennomsnittene år for år, som er vist i figur 3, viser en svakt stigende trend. Denne trenden er heller ikke statistisk signifikant, men er likevel delvis motstridende til funnene i spørsmål 3, noe som peker videre i retning av at studentene bestemmer seg tidlig, og at det er ikke-faglige faktorer som betyr mest.

Spørsmål 8 belyser på en måte dette. Her er det spørsmål om i hvor stor grad studentene har lyst til å jobbe i distrikt på undersøkelsestidspunktet. På tross av at spørsmål 5 forteller oss at det ser ut til å være mindre sannsynlig at gjennomsnittsstudenten kommer til å jobbe i distrikt ser det altså ut til at gjennomsnittsstudenten har mere lyst til å jobbe i distrikt. Dette peker mot betydningsfulle ikke-faglige faktorer. Dette vil bli diskutert nærmere siden.

Som man ser ut i fra spørsmål 7 er det en trend til nedgang i hvordan studentene husker sin motivasjon til arbeid i distrikt ved studiets begynnelse. Når 5. års studentene husker tilbake, hadde de mindre lyst til å arbeide i distrikt enn når de husket tilbake på 2. studieår. Samtidig ser man i spørsmål 6 en økende trend i sannsynligheten for at de vil arbeide som sykehusleger. Det synes altså som om studentene husker utgangsmotivasjonen sin annerledes. Dette er muligens en ubevisst tilpasning til deres holdninger til distriktsjobbing i dag. Denne endringen er imidlertid ikke signifikant i verken spørsmål 6 eller 7.

På siste del av spørreskjema ble det spurt om hvor mye forskjellige deler av studiet stimulerer til å ta jobb i distrikt etter endt utdanning. Her finner vi signifikante endringer på 2 av 4 spørsmål, mens de 2 resterende kun har små endringer.

Uketjenestens betydning som stimulator til distriktstjeneste har sunket gjennom de 4 årene vi har fulgt kohorten. Figur 3 viser en signifikant nedgang etter 4. og 5. studieår sett i forhold til etter 2. Det må her tilføyes at vi ikke har hatt uketjenester gjennom 5. studieår da vi har vært utplassert hele tiden. Uketjenestene foregår kun på sykehuset og er således ikke forventet å

skulle stimulere til jobbing i distrikt i særlig stor grad. Den har da heller ikke skåret høyt på noen av årene. I løpet av 6. studieår vil vi få uketjenester i allmenmedisin. Naturligvis har vi ingen tall på dette på nåværende tidspunkt. Samtidig er uketjenestens art av en mer allmenmedisinvennlig natur på 2. studieår enn på 3.. Kurs som bevegelsesapparat, øye/ØNH og hud er alle plassert på 2. studieår, mens de store indremedisinske fagene er representert på 3. studieår.

Faktoren som skiller seg ut er utplassering hos allmennpraktiker. Her ser vi en signifikant økning fra 2. til 5. studieår. Økningen er ennå høyere fra 3. til 5.. Det kan forklares med at 3. studieår er "det store indremedisinske året" med kun indremedisinske fag. 5. studieår er således den rake motsetning med 8 ukers utplassering hos allmennpraktiker. Her skal det imidlertid legges til at det også er 16 ukers utplassering på sykehus. Vi har ikke spurt studentene om hvorvidt det stimulerer til jobb på sykehus i samme grad som utplasseringen hos allmennpraktiker gjør. For de fleste forgår utplasseringen hos allmennpraktiker i distrikt. Den har i tillegg karakter av en 1 til 1 situasjon med veileder, noe sykehusutplasseringen ikke har i samme grad. 1. og 4. studieår har vi henholdsvis hatt 2 og 1 utplasseringsdag hos allmennpraktiker. På 1. studieår foregikk dette for de fleste i distrikt, mens det på 4. studieår foregikk på legekontor i Tromsø. På 4. studieår har vi i tillegg 1 dag på helsestasjon, noe som ligner situasjonen på allmennlegekontor siden helsestasjonene ofte er tilknyttet disse. Utplassering hos allmennpraktiker blir uansett generelt rangert som det enkelte virkemidlet som stimulerer mest til jobb i distrikt. Dette er imidlertid forhold som er etablert fra tidligere.

Til slutt ser vi at ikke-faglige faktorer skåres moderat høyt alle år. Dette kan dreie seg om faktorer som familie, tilhørighet, lønn, økonomi ellers... Hadde denne posten vært skåret høyere ville vi kanskje sett større virkning av stimuleringen vi fant på spørsmål 3. På en annen side ville kanskje trenden vi har sett vært sterkere dersom vi ikke hadde hatt ikke-faglige faktorer som drar folk ut i distriktene. De ikke-faglige faktorene må dessuten tillegges mer vekt som viktig for karrierevalg på grunn av funn kommentert tidligere.

Hva kan universitetet gjøre videre for å øke rekrutteringen til distriktene? Vi har sett at studiemodellen som sådan stimulerer til arbeid i distrikt, men at dette ikke er nok. Vi, de undertegnede, tror imidlertid at mer utplassering hos allmennpraktiker ville hatt mye å si. Resultatene fra denne og andre lignende undersøkelser viser at dette er et potent virkemiddel. Høstsemesteret på 4. studieår er et semester hvor det ut fra vår erfaring burde være mulig å få

til en uke eller to med utplassering. Programmet på 3. studieår er ikke like passende for noe slikt. Spørsmålet er bare om det er kapasitet hos allmennpraktikere i universitetets nærrområde. Vårt kull teller etter hvert 105 studenter...

Vi har sett at karrierevalgene sannsynligvis foretas tidlig i studiet eller før studiet hos gjennomsnittsstudenten. Med tanke på at 1. studieår består av basalfag er de i våre øyne lite sannsynlig at dette året bidrar i betydelig grad til karrierevalg. Altså kan vi anta at mange har bestemt seg før de tok fatt på studiet. En skulle med andre ord fått til en seleksjon av søkere som ønsker seg en karriere som allmennpraktiker og derfor er motivert til dette helt fra begynnelsen. Et intervjubasert inntak med prioritet på søkere som ønsker seg en karriere som allmennpraktiker kunne være en vei å gå. Et annet alternativ kunne være å innføre en kvote med bindingstid til enkelte strøk som er utsatt for legemangel.

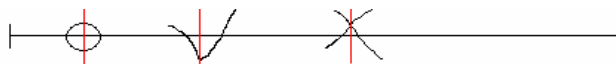
## FEILKILDER

I prosjektets forberedelsesfase, ble det lagt ned mye arbeid i å lage et spørsmålssett som gav minst mulig rom for tolkninger av spørsmål. Vi valgte derfor å innlede spørreskjemaet med en definisjon som de spurte i flere av spørsmålene måtte forholde seg til. Vi gav samtidig de spurte mulighet til å avgi sine svar i form av en avmerkning på en ikke-skalert avgrenset linje. På den måten fikk studentene selv velge nøyaktig hvor på skalaen de ville plassere sine meninger

### Tolking av avmerkninger

Ideelt sett skulle deltakerne ha merket av med et enkelt strek som krysset vinkelrett på svarlinjen. Noen gjorde dette, men mange valgte å markere med kryss, haker eller sirkler. På bakgrunn av dette har vi forsøkt å standardisere tolkningen av disse avmerkingene. Det ble for eksempel laget normaler på svarlinjen fra hakenes knekkpunkter, fra kryssenes krysningssteder og fra midten av sirklens to skjæringspunkter med svarlinjen (Figur 4). Små avvik er imidlertid ikke til å unngå.

Figur 4



## **Målingene**

Avmerkingen på svarlinjen ble målt med millimetermål fra linjas start til krysningspunktet. Som beskrevet utgjorde projiseringen av avmerkingene med en normal ned på svarlinjen, en feilkilde. I tillegg vil millimetermålet utgjøre en viss usikkerhet (ca. +/- 0,5 mm). Registreringene ble gjort av ulike personer i gruppa, noe som utgjorde en ekstra feilkilde.

## **Spørsmålenes validitet**

Vi har forsøkt å lage så konsise spørsmål som mulig. Tolkingsmuligheter er det imidlertid vanskelig å unngå fullstendig. Vi har allerede trukket fram muligheten til å fortolke spørsmål 1 som å gjelde for hele UiTø mens vi egentlig var ute etter studentenes holdning til medisinstudiet. Graderingen av svarene er en annen mulig feilkilde. Enkelte kan ha tenkt at midten av en skala fra "Liten grad" til "Stor grad" er likegyldig, mens andre kan ha ment at "Liten grad" er likegyldig.

## **Seleksjonsbias / tidspunkt**

De spurte har stort sett fylt ut spørreskjemaene i pauser mellom 2 forelesningstimer. Den store majoriteten av de spurte er derfor blant studentene som jevnlig går på forelesninger. Det kan hende at de som ikke gjør det, som gruppe har andre holdninger til distriktsmedisin. Det har imidlertid ikke latt seg gjøre å spørre alle studentene.



## KONKLUSJON

Vi finner en signifikant økning i hvor mye studentene føler at universitetet har motivert dem til å arbeide i distrikt, fra 2. til 5. studieår. Dette har likevel ikke gitt en signifikant økning i sannsynligheten for at de vil velge å arbeide i distrikt etter endt utdanning. Ut fra dette kan vi konkludere med at karrierevalgene skjer før 2. studieår, og muligens allerede før man starter på studiet.

Av de virkemidlene universitetet har for å motivere studentene til å bli distriktsleger, er det utplassering hos allmennpraktiker som er det mest virkningsfulle, og er det eneste som i undersøkelsen ga signifikant økning i motivasjonen. Uketjenester på UNN derimot, sees på som lite motiverende for arbeid i distrikt.

Konklusjonen er derfor at dersom medisinstudiet i Tromsø ønsker å få en større andel av studentene til å bli distriktsleger, må man enten endre på opptakskrav for å finne dem som allerede er motivert til å arbeide i distrikt, eller man må inn med flere perioder med utplassering hos allmennpraktikere. Disse utplasseringene bør komme inn på et tidlig tidspunkt i studiet, ettersom det er vanskelig å endre studentenes karriereplaner når de først har gjort seg opp en mening om hvor de vil arbeide.

## **VEDLEGG 1**

**PROSJEKTOPPGAVE FOR VALGFRI PERIODE  
Med. 200**

# **DISTRIKTSLEGE ELLER SYKEHUSSPESIALIST?**



**EN SPØRREUNDERSØKELSE BLANT 2.ÅRS  
MEDISINSTUDENTER PÅ JAMES COOK UNIVERSITY  
OG UNIVERSITETET I TROMSØ**



**Med. Stud. Fredrik Isachsen  
Med. Stud. Kim Roger Selnes Olsen  
Med. Stud. Oddgeir Skoglund  
Med. Stud. Tore Johan Olausen  
Veileder: Tor Anvik, hovedkoordinator, Inst. for samf.med, UiTø**

**Tromsø, 19.04.02**

## SAMMENDRAG

Vi utførte en undersøkelse angående medisinerstudenters holdninger til arbeid i distriktene. Vi fikk kjennskap til at James Cook University i Townsville, Australia, har et nytt medisinstudium der de legger stor vekt på distriktsmedisin. Derfor reiste vi til Australia for å utføre en spørreundersøkelse ved hjelp av et selvkomponert spørreskjema. Vi sammenliknet kullet som går på andre året i Townsville med andreårsstudentene ved UiTø, som fikk et tilsvarende spørreskjema, for å se hva de mener om universitetets innsats i å motivere dem til arbeid i distriktshelsetjenesten.

Vi fant at studentene i Townsville har en svært positiv oppfatning av universitetets innsats angående distriktsmedisin. De mener at studiet så langt har stimulert til slikt arbeid i signifikant større grad enn det studentene fra Tromsø mener om UiTø. Studentenes oppfatning på de fleste tema er at JCU er mer fokusert på distriktsarbeid enn UiTø de første årene av medisinstudiet, samt at de også profilerer seg som dette i større grad utad for de som har planer om å studere der. Dette tror vi har sammenheng med deres studiemodell, som i større grad tar i bruk allmennpraktikeren i undervisningen. Blant annet i form av flere utplasseringer hos en allmennpraktiker ute i distriktene tidlig i studiet, i motsetning til i Tromsø, der utplasseringen ikke skjer før 5.året.

Vi fant imidlertid ikke at JCU-studentenes positive opplevelse av universitetet som distriktsvennlig så langt hadde gitt seg utslag i at disse studentene i større grad enn UiTø-studentene trodde de ville velge allmennpraksis eller distriktslegejobb i framtida.

Vi har også kommet med egne refleksjoner etter vårt opphold i Townsville, samt at vi har notert en del forslag fra studentene både ved JCU og ved UiTø om hva de mener er viktig for at de skal bli fristet til arbeid i utkantstrøk. Vi planlegger også å gjøre en oppfølging av denne undersøkelsen om tre år, for å se på hvilke endringer som skjer blant medisinerstudentene ved de to universitetene i løpet av studietida.

## FORORD

Rapporten som følger er en obligatorisk del av valgfri periode på 2. studieår ved medisinstudiet i Tromsø. Den er blitt til som et resultat av et samarbeid mellom 4 studenter ved kull-00 og vår veileder, Tor Anvik. Grunnlaget er data hentet fra spørreundersøkelser gjort blant 2.-års medisinstudenter her i Tromsø og ved James Cook University i Townsville, Australia, samt et besøk ved sist nevnte universitet.

Vi vil takke Tor Anvik for alle faglige råd, spesielt i prosessen med å lage spørreskjema, og for å være en kilde til positivitet i gruppa. Videre rettes takk til Nordland Fylkeskommune, Vestvågøy kommune og Meløy næringsutvikling for økonomisk støtte til turen og oppholdet i Townsville, slik at prosjektet lot seg gjennomføre. Ellers har vi også fått flere positive innspill fra de to gruppene som har vært ved JCU tidligere. De var med det med på skapelsen av prosjektet. Takk til dere!

Universitetet i Tromsø  
Vårsemesteret 2002

# INNHOOLD

	Side
Innledning.....	5
Målsetning.....	6
Metoder.....	7
Resultater.....	9
Diskusjon	17
•  Tolkning og forslag til tiltak.....	17
•  Feilkilder.....	18
Konklusjon.....	20
Vedlegg	
<u>5.</u> Spørreskjema, engelsk versjon	
<u>6.</u> Spørreskjema, norsk versjon	

← - - - - **Formatert:** Punktmerking og nummerering

← - - - - **Formatert:** Punktmerking og nummerering

# INNLEDNING

Bakgrunnen for oppgaven var Norges problemer med legedekning i distriktene. Vår oppfatning etter 2 år på studiet, er at UiTø kan spille en mer aktiv rolle i å motivere studenter til arbeid i distrikt ved endt utdanning.

Gjennom studenter fra kull 98 og 99, fikk vi høre om James Cook University (JCU) i Townsville, Australia, som har tatt tak i nettopp denne problemstillingen, og forsøker å gjøre noe med det. Gjennom et helt nytt studieopplegg, som så vidt vi har kjennskap til, er unikt, forsøker de å stimulere studentene til å arbeide i distrikt. Vi bestemte oss for å gjøre en undersøkelse for å finne ut om studiemodellen ved JCU lykkes i større grad enn modellen ved UiTø med å motivere studentene til å bli distriktsleger. Medisinstudiet ved JCU er et helt nytt studium. Foreløpig er det bare 1. 2. og 3. års studenter. Fakultetet profilerer seg som et ”annerledes” fakultet, og studiet har som overordnet målsetting å fokusere på distriktsmedisinske problemstillinger:

I det medisinske fakultetets ”vision statement” står det:

***“.....In particular, programs will be responsive to the health needs of the communities of northern Australia and the School will be a leader in the focus areas of rural and remote health, Indigenous health and tropical medicine for Australia and for the wider Asia-pacific region”***

I undervisningen legges det særlig vekt på medisinske problemstillinger i forhold til små samfunn i distrikt- og utkantsområder og medisinske problemer blant Australias urbefolkning. Så langt det er mulig, forsøker man å benytte forelesere med lang erfaring fra distriktsmedisin i stedet for sykehusspesialister. Den teoretiske undervisningen kombineres med praksis i distriktene ved små sykehus som er bemannet av 1-3 leger. Ikke-medisinske tema som for eksempel lokal geografi og kultur flettes inn i undervisningen, gjerne i form av gruppearbeid.

## MÅLSETNING

Hovedmålsetningen med prosjektet vårt var å finne ut om den ”nye” studiemodellen som JCU har lagt opp, stimulerer studentene til å gå ut i distriktspraksis som allmennpraktiker ved endt utdanning. Dette ønsket vi å oppnå gjennom å samle inn data gjennom en spørreundersøkelse og bearbeide dem. Vi ville også dra til Australia og gjøre rene observasjoner av forholdene og opplegget ved JCU School of Medicine.

Med spørreundersøkelsen hadde vi to hensikter. For det første å finne ut om studentene ved JCU i større grad enn studentene ved UiTø opplever at universitetet motiverer for arbeid i distriktshelsetjenesten. Dessuten ville vi også undersøke hvilke deler av studiet som stimulerer mest til arbeid i distrikt.

Vi ville videre lære litt om forholdene som møter allmennpraktikeren i Australias litt mer ”perifere” områder under besøket ved JCU. Videre ville vi under oppholdet selv få se hvordan studiet gjennomføres i praksis og erfare studentenes holdninger og engasjement i forhold til dette.

# METODER

## Kvantitativ metode

Med utgangspunkt i problemstillingen valgte vi å benytte spørreskjema som metode. Målgruppen vi valgte, var et kull medisinerstudenter ved James Cook University, Queensland, Australia, som startet på sitt 2. studieår 25. februar 2002. Som sammenlikningsgruppe valgte vi vårt eget kull her i Tromsø som avslutter 2. studieår i juni 2002.

Valget av mål- og sammenlikningsgruppe ble også gjort med tanke på å kunne la dette inngå som en del av en longitudinell studie. Vi ønsker å undersøke de samme medisinerstudentenes holdninger til å jobbe som lege utenfor sykehus eller legekontor uten nær geografisk tilknytning til sykehus om tre år. Dette planlegger vi å gjøre som vår 5-årsoppgave.

Skjemaet består av i alt 13 spørsmål hvor de spurte selv skulle gradere på en avgrenset linje, fra for eksempel "lite sannsynlig" til "svært sannsynlig". Valget av en slik løsning ble gjort for å gi de spurte en assosiativ frihet uten å bli tvunget til å plassere svarene deres i på forhånd definerte gradinndelinger.

De australske studentene ble i tillegg presentert for et ekstra spørsmål om tilhørighet til Club Rhino som er en studentorganisasjon som forsøker å påvirke studentenes holdninger til jobb i "rural/remote areas" i en positiv retning. Dette for å undersøke verdien av et slikt tiltak ved å sammenlikne tilhørighet og holdninger.

Vi valgte å presentere prosjektet i forbindelse med en forelesning der det var forventet at flest mulig studenter ville dukke opp. Studentene fikk utlevert skjemaene og ble bedt om å ta seg tid til å svare på spørsmålene mens vi var til stede. Skjemaene ble samlet inn fortløpende etter hvert som de var utfylt.

Jobben videre bestod i registrering og å plassere besvarelsene inn i en gradert skala med 0 som minste verdi og 78 som største verdi. Disse absolutte verdiene er benyttet ved beregning av gjennomsnitt og konfidensintervaller.

For å lage stolpediagrammene valgte vi å dele svarene inn i grupper fra 1 til 7 (etter å ha vært målt i millimeter fra skalaens start). 1 tilsvarer "i liten grad / lite sannsynlig" og 7 tilsvarer "i stor grad / svært sannsynlig". Svarene er oppgitt i prosent av de som besvarte spørsmålet.

I tabellene har vi satt opp gjennomsnitt av svarverdiene målt i millimeter fra starten av skalaen. Det er også beregnet 95% konfidensintervall for disse.

Til disse utregningene har vi brukt regnearkprogrammet Excel.

Vi har ikke kunnet beregne kjønns- og aldersfordeling på svarene, og heller ikke hvilken betydning hjemstedskommune har for studentenes skår. Dette vil vi komme tilbake til i oppfølgingsstudien.



## Kvalitativ metode

I arbeidet med spørreskjemaet, som for det meste var ferdig utarbeidet på norsk før vi dro til Australia, var det nødvendig å foreta undersøkelser i Australia for å kunne ivareta kravet til spørsmålenes validitet i begge gruppene studenter.

Dette arbeidet bestod av fire hovedmomenter.

1. Vi overvar forelesninger i ”rural medicine”, som bestod i undervisning gitt av leger og annet helsepersonell med lang bakgrunn i ”rural health”, samt foredrag utført av aboriginals og andre med innsikt i hvordan det er å gi og motta et helsetilbud i fjerntliggende områder.
2. For å kunne stille adekvate spørsmål som vedrørte studiemodellen ved JCU, måtte vi skaffe oss innsikt i undervisningsopplegget og strukturen i oppbyggingen av School of Medicine ved JCU. Til dette hadde vi stor nytte av den kunnskapen associate prof. Torun Sen Gupta og prof. Ivar Aaraas bidro med.
3. Den aller viktigste kunnskapen fikk vi gjennom samtaler med studenter på ulike årstrinn. Ved å snakke med dem fikk vi førstehånds innsikt i hvordan de opplever det å være student ved et universitetsforetak som i hovedsak er opprettet for å møte behovet for et godt utbygd helsetilbud i perifere områder.
4. Vi fire delte oss i to grupper og reiste på besøk til hvert vårt lite sykehus i områder som regnes som ”rural” eller ”remote”. Der overvar vi visitter, primærkonsultasjoner, operasjoner og til og med en fødsel. Med dette fikk vi innsikt i hva som møter studentene i deres utplasseringsperioder og i hvordan legene ved disse sykehusene må takle et mye videre spekter av arbeidsoppgaver enn hva legene ved større sykehus må.

Med denne kunnskapen til grunn kunne vi ferdigstille spørreskjemaet og utføre undersøkelsen.

# RESULTATER

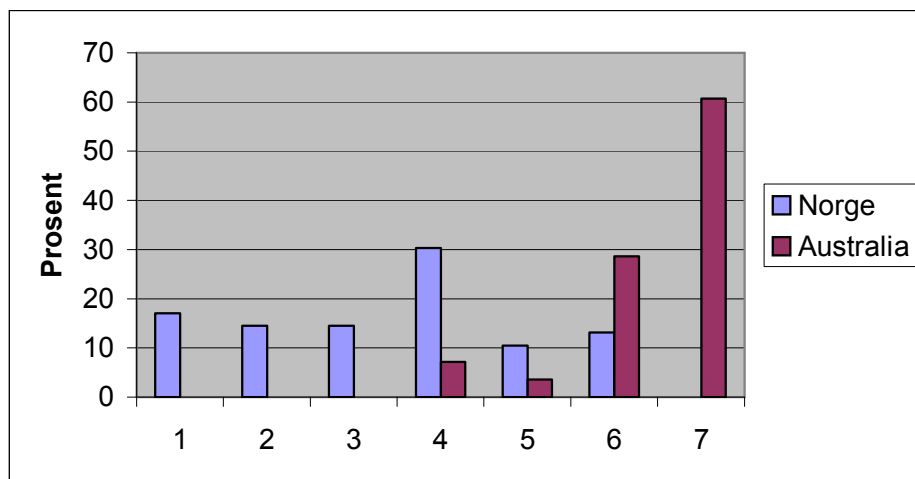
Nedenfor er en oversikt over hvordan svarene fra de to populasjonene fordelte seg i spørreundersøkelsen. Hvert enkelt spørsmål er representert med hver sitt stolpediagram.

I Australia svarte alle tilstedeværende på spørreskjemaet. Dvs. 56 studenter av totalt 85. Av de 100 studentene på 2. studieår her i Tromsø, ble spørreskjemaet fylt ut av 76. Dette gir en deltagerprosent på hhv. 65,9 og 76 (se tabell 1) Alle som mottok skjemaet svarte på dette

Tabell 1.

	Antall studenter på kullet	Antall som svarte	Svarprosent
UiTø	100	76	76,0
JCU	85	56	65,9
Sum	185	132	71,4

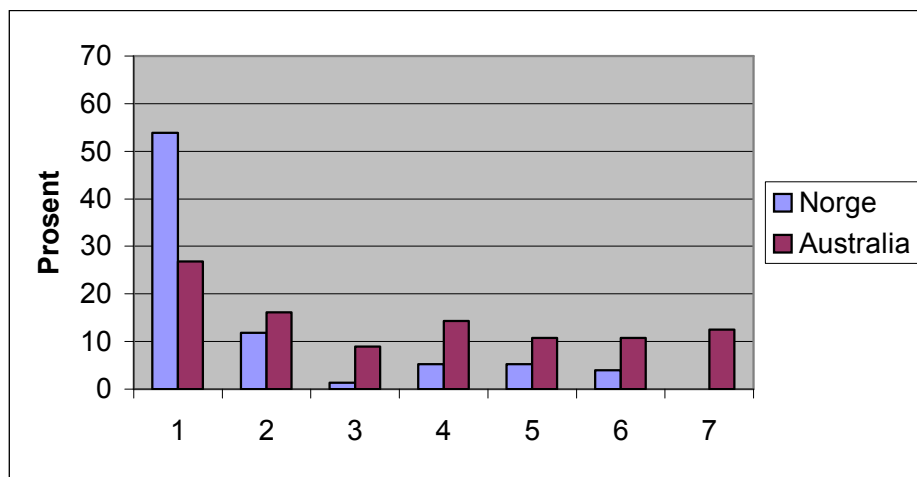
1. I hvor stor grad føler du at UiTø/JCU profilerer seg som et distriktsrettet universitet?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	30,7	(26,8 - 34,6)
JCU	65,6	(62,4 - 68,7)

Konklusjon: Studentene ved JCU anser profileringen av sitt universitet som mer distriktsrettet enn studentene i Tromsø gjør.

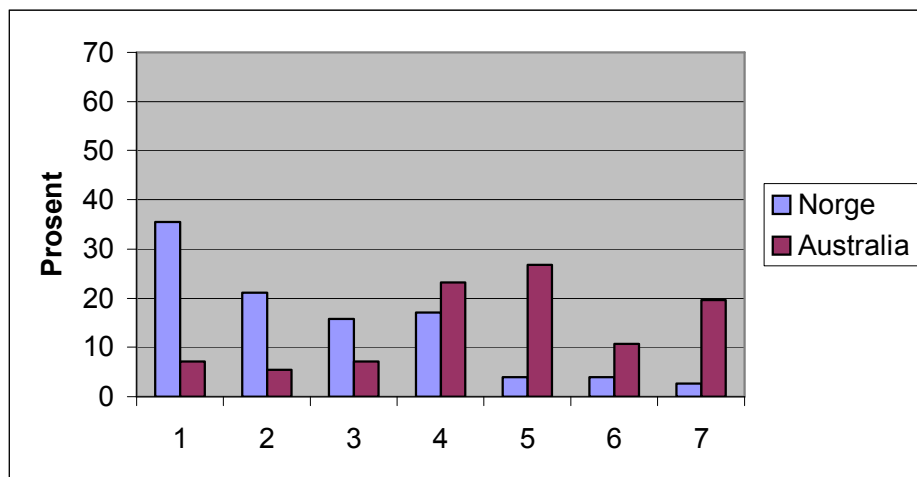
2. Dersom du mener UiTø/JCU profilerer seg som et distriktsrettet universitet, i hvor stor grad var dette grunnen til at du begynte å studere her?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	13,5	(9,2 - 17,8)
JCU	32,9	(26,4 - 39,4)

Konklusjon: Studentene ved JCU ser i større grad enn Tromsø-studentene på universitetets distriktsprofilering som en medvirkende årsak til at de begynte ved universitetet.

3. I hvor stor grad mener du de to første årene ved medisinstudiet så langt har stimulert til arbeid i distriktshelsetjenesten?

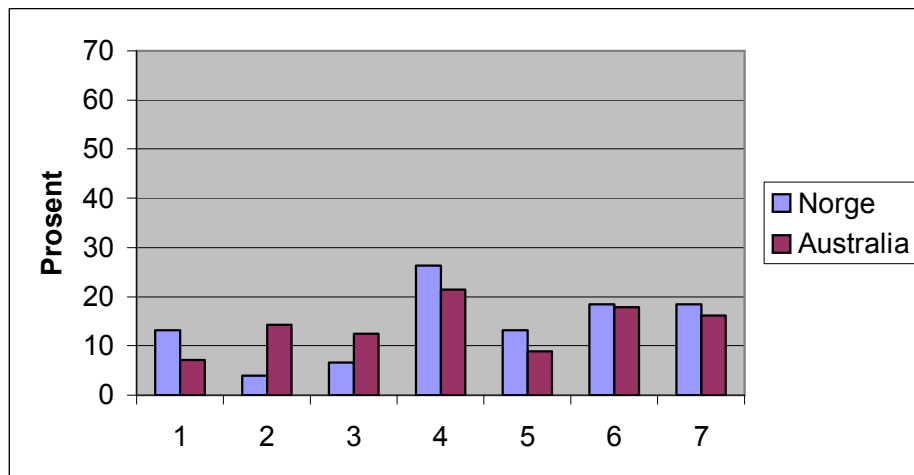


Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	13,5	(9,2 - 17,8)
JCU	32,9	(26,4 - 39,4)

UiTø	22,0	(18,0 - 26,0)
JCU	46,0	(40,8 - 51,2)

Konklusjon: Studentene ved JCU mener universitetet deres stimulerer til arbeid i distriktshelsetjenesten i større grad enn studentene i Tromsø gjør.

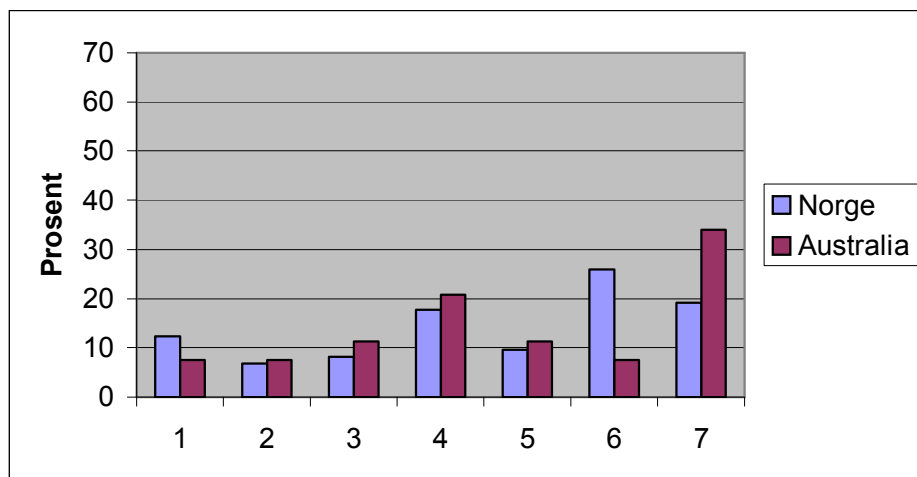
4. Hvor sannsynlig er det at du kommer til å ta jobb som allmennpraktiker når du er ferdig utdannet lege?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	43,8	(39,0 - 47,6)
JCU	42,5	(36,7 - 48,2)

Konklusjon: Det er ikke signifikant forskjell mellom JCU- og UiTø-studentene når det gjelder planer om å jobbe som allmennpraktiker når studentene er ferdig utdannet.

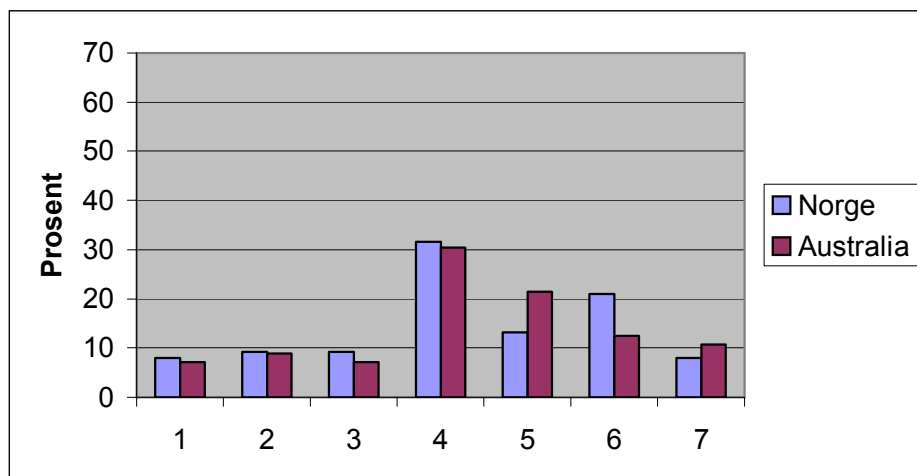
5. Dersom du ønsker å jobbe som allmennpraktiker, hvor sannsynlig er det at du vil jobbe i distriktshelsetjenesten?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	45,2	(39,6 - 50,5)
JCU	47,7	(41,0 - 54,4)

Konklusjon: Blant de som ønsket å jobbe som allmennpraktiker, er det ikke signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder sannsynlighet for å ta jobb i distriktshelsetjenesten.

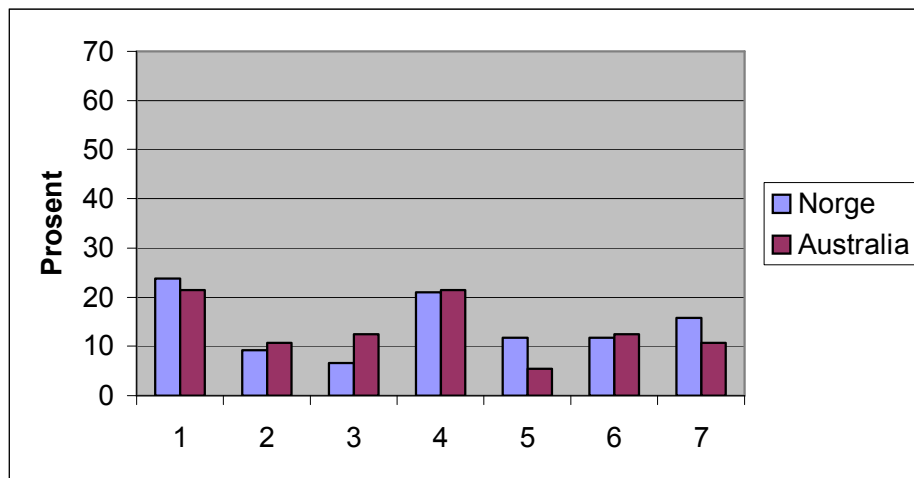
6. Hvor sannsynlig er det at du kommer til å ta jobb som sykehuslege når du er ferdigutdannet lege?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	40,9	(36,7 - 45,1)
JCU	43,0	(37,7 - 48,2)

Konklusjon: Det er ikke signifikant forskjell i hva studentene angir som sannsynligheten til at de kommer til å jobbe på sykehus etter endt utdanning.

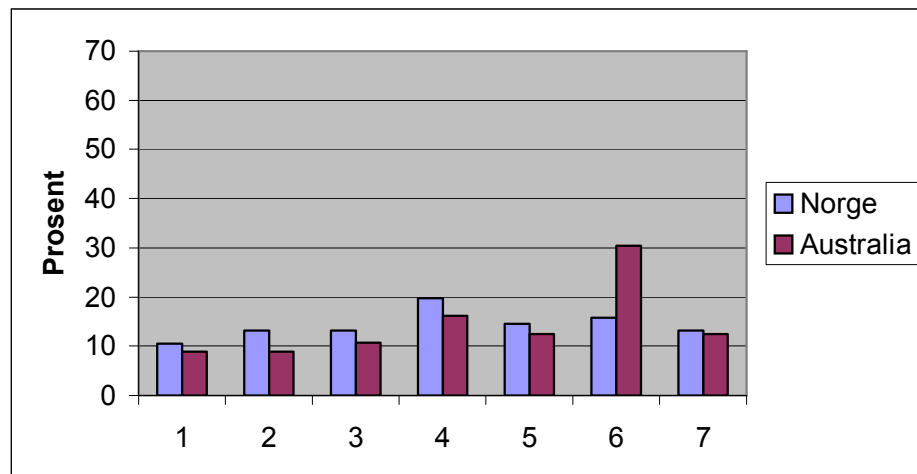
7. I hvor stor grad hadde du lyst til å jobbe i distrikt da du begynte på studiet?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	37,0	(31,7 - 42,3)
JCU	36,8	(30,4 - 43,1)

Konklusjon: Det er ikke signifikant forskjell i hva studentene ved de to universitetene angir om lyst til å jobbe i distrikt da de startet med studiet.

8. I hvor stor grad har du lyst til å jobbe i distrikt nå?



Sted	Gjennomsnitt	Konfidensintervall
UiTø	39,8	(31,1 - 44,5)
JCU	44,9	(39,3 - 50,5)

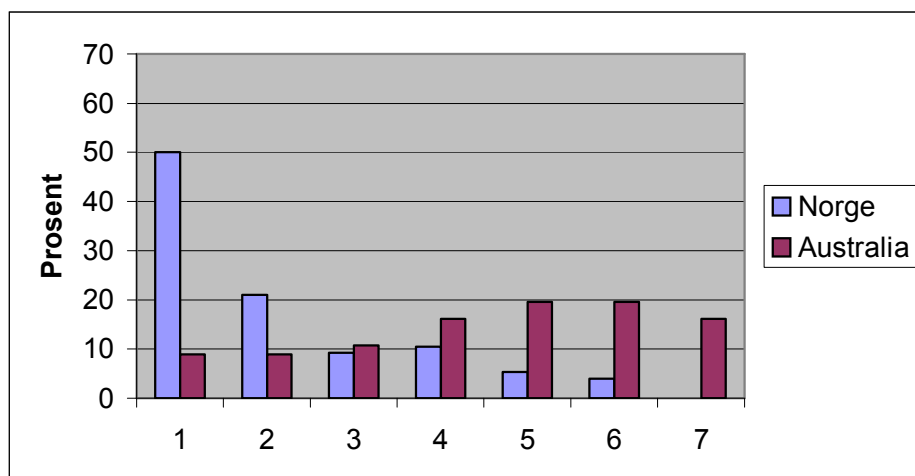
Konklusjon: Det er ikke signifikant forskjell i hva studentene ved de to universitetene angir om lyst til å jobbe i distrikt nå (dvs. etter ca. 2 års studier).

Det kan se ut til at motivasjonen for å jobbe i distrikt er økt fra studiestart til andre studieår. Denne økningen i gjennomsnittskår er større for studentene fra JCU ( fra 36,8 til 44,9) enn fra UiTø (fra 37,0 til 39,8), men vi har ikke kunnet beregne om denne forskjellen mellom de to universitetene er signifikant.

9. I hvilken grad synes du de følgende deler av studiet stimulerer til arbeid i distriktene?

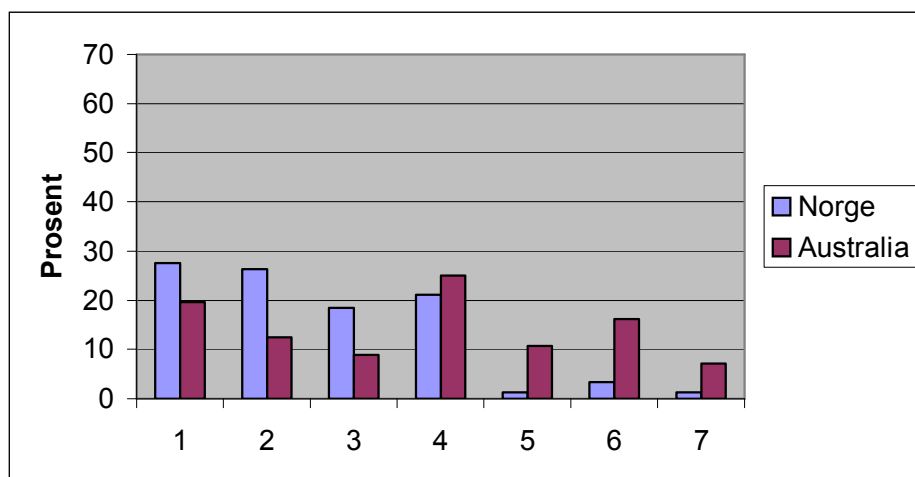
Undervisningstype	Gjennomsnitt UiTø	Konfidensinterv. UiTø	Gjennomsnitt JCU	Konfidensinterv. JCU
Uketj./Klin. trening (9a)	17,2	(13,5 - 21,0)	44,4	(38,8 - 50,1)
Forelesninger (9b)	22,5	(18,9 - 26,1)	35,8	(30,0 - 41,6)
Utplassering hos allmennpraktiker (9c)	47,7	(42,9 - 52,5)	49,4	(44,4 - 54,5)
Ikke-faglige årsaker (9d)	38,3	(34,0 - 42,6)	42,1	(35,0 - 49,3)

a) Uketjeneste?



Konklusjon: Studentene i Tromsø anser uketjeneste/klinikk som mindre stimulerende til arbeid i distrikt enn de australske studentene.

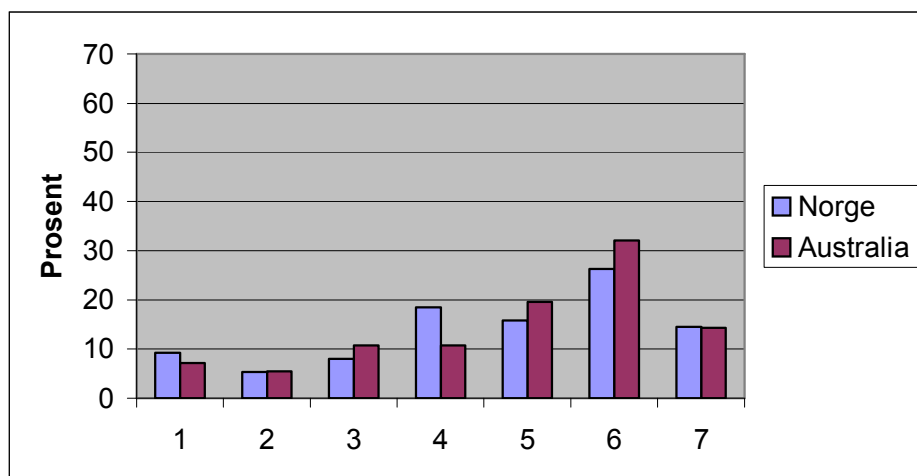
b) Forelesninger?



Konklusjon: Forelesninger har større betydning blant studentene ved JCU enn blant Tromsø-studentene med hensyn på motivasjon til å arbeide i distriktshelsetjenesten.

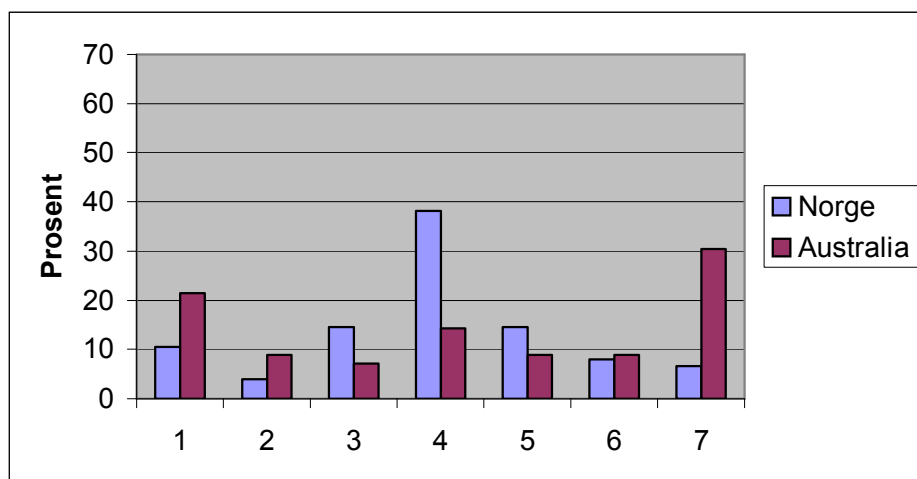
c) Utplussing hos allmennpraktiker?





Konklusjon: Det er ikke signifikant forskjell i hva utplassering hos allmennpraktiker utgjør for motivasjonen

Ikke-faglige faktorer?



Konklusjon: Det er ikke signifikante forskjeller i hva ikke-faglige momenter har å si for studentenes holdninger til arbeid i distriktshelsetjenesten. .

# DISKUSJON

## TOLKNING OG FORSLAG TIL TILTAK

Resultatene fra spørreundersøkelsen peker klart i retning av at JCU så langt i studiet har lyktes i å framstå som et distriktsvennlig universitet overfor studentene. Et stort flertall av studentene der nede oppgir at de både oppfatter JCU School of Medicine som svært distriktsprofilert, samt at JCU har klart å stimulere til jobbing som allmennpraktiker i distrikt. Etter vår tur til JCU skjønner vi dette. Det skal ikke mer enn en tur innom nettstedet deres for å få et inntrykk av nettopp dette. Men det betyr ikke at JCU nødvendigvis lykkes i sitt arbeid. Her i Tromsø viser undersøkelser at det skjer mye med studentenes holdninger i løpet av distriktspraksis på 5. studieår. Kanskje vil det motsatte skje ved JCU. Etter hvert vil studentene der få en del av sin praktiske trening på et helt nytt sykehus i Townsville, åpnet høsten 2001. Her vil de møte mange av de samme fasilitetene som vi omgis av i vår praktiske trening her i Tromsø. Muligens vil det appellere til mange av studentene som nå er innstilt på å jobbe som allmennpraktiker i distrikt.

Som svarene på spørreundersøkelsen vår viser, kan mye av årsaken til JCU-studentenes holdninger like gjerne være ikke-faglige som faglige. Tallene fra spørsmål 7 og 8 indikerer at JCU-studentene har fått betydelig mer lyst til å jobbe i distrikt etter å ha studert halvannet år. Konfidensintervallene for disse tallene overlapper imidlertid hverandre. Hvilket betyr at det er mindre enn 95% sikkerhet i økningen. Også ved et 90% konfidensintervall får vi overlapping. ( 90 % konfidensintervall spm.7: (31,4 - 42,1), konfidensintervall spm.8: (40,2 - 49,5)) Funnene er derfor ikke signifikante. Dessuten kan vi med 95% sikkerhet si at studentene ved JCU graderte lysten til å jobbe i distrikt før studiet mellom 30,4 og 43,1 på skalaen vår. Det betyr at mye av motivasjonene ligger i ikke-faglige faktorer. Til dette spørsmålet bør det også nevnes at det fordrer av deltagerne at de "rekonstruerer" lysten de hadde til å jobbe i distrikt halvannet år tidligere. Noe som gjør funnene mer usikre. Vi har ikke hatt tid til å se på om det er en sammenheng mellom bostedskommune og motivasjon for å ta jobb i distrikt. Vi har heller ikke kunnet se på hvilken rolle kjønn og alder spiller for svarene. Dette vil vi komme tilbake til i den planlagte oppfølgingsstudien.

Det er videre viktig å være oppmerksom på at studentene ved JCU var godt i gang med et kurs om allmennmedisin i distriktet på det tidspunktet undersøkelsen ble foretatt. Kanskje var mange av studentene forbigående påvirket av dette? Vil lysten på en jobb i distriktet gi seg litt når dette kurset kommer på avstand? Det kan jo tenkes at den økningen i lysten til å jobbe i distrikt fra før studiet til undersøkelsestidspunktet er et blaff akkurat under dette kurset. På bakgrunn av det vi så under oppholdet tror vi ikke dette er tilfellet. Studentene i Tromsø var på tidspunktet for undersøkelsen opptatt med kurs i CNS. Et kurs som vi ikke tror vil ha mye å si for den enkelte students innstilling til distriktsmedisin

I spørsmål 9a) tilskriver studentene ved JCU uketjeneste/klinisk trening mye større betydning som motiverende faktor enn studentene ved UiTø. Vi ser også av konfidensintervallene at denne forskjellen er signifikant. JCU-studentene har sin kliniske erfaring fra små distriktsykehus. Her erfarer de distriktslegens utfordringer på en helt annen måte enn vi gjør på vår uketjeneste ved UiTø de første årene. Med andre ord ser det ut som om det å ha praktisk erfaring fra allmennpraksis, bidrar til å motivere studentene til jobb i distriktet.

Vi kan også se at både studentene fra JCU og fra UiTø regner utplassering hos allmennpraktiker som et betydelig stimulus til å jobbe i distrikt. Er utplassering hos allmennpraktiker med jevne mellomrom noe å satse på?

Som tidligere nevnt, kom studentene i undersøkelsen selv med flere elementer som vil kunne stimulere lysten til å ta jobb som allmennpraktiker i distrikt. Haldor T. Holien og Laila Nilsen sier i deres rapport etter valgfriperioden våren 2001, at studentene tror et nærmere samarbeid med lokale myndigheter i form av stipender og bindingstid vil kunne være grep som kan tas for å lokke studenter til å arbeide i distrikt. Men spørsmålet er da om dette vil skape et ”ekte” engasjement. Hva skjer med disse legene når bindingstiden er over? Kanskje er dette alene ikke løsningen på problemet med legedekning i distriktet i Norge. Da vil det kanskje være mer fruktbart å se på faktorer som lønn og ”fasiliteter”.

I våre øyne vil det å forandre holdningen til studentene, antagelig gi de beste og mest varige resultatene. Her er det utfordringer å ta fatt på rent studiemessig. Basert på egne erfaringer og forslag fra andre studenter, finnes det noen gode forslag til UiTø:

- Skape en rollemodell, der også allmennpraktikeren er en del av bildet
- Videreføre kurset ”Sykdom og samfunn” ved UiTø
- Gi uketjeneste hos allmennpraktikere
- Gi undervisning i lokal kultur, geografi, skikker og så videre
- Kommunedagen er et godt tiltak, og bør kanskje profileres enda sterkere

Det er bemerkelsesverdig at de to studentkullene skårer omtrent likt på de to spørsmålene om lyst til å jobbe i distrikt (spørsmålene 7 og 8). Skår fra studentene ved JCU øker fra spørsmål 7 til spørsmål 8, men vi har ikke kunnet beregne om denne økningen er signifikant. En slik økning finner vi ikke for studentene ved UiTø. Dette kan henge sammen med at hovedtyngden av allmennpraksisundervisningen ved UiTø er lagt til 4. og 5. studieår, og det skal bli spennende å se i hvilken grad dette får konsekvenser for studentenes preferanser ved slutten av 5. studieår. Dette håper vi å kunne måle ved oppfølgingsstudien. Det er også bemerkelsesverdig at vi ikke finner noen forskjell mellom de to studentkullenes skår når det gjelder sannsynligheten for å ta jobb som henholdsvis allmennpraktiker, distriktslege og sykehuslege i framtida (spørsmålene 4, 5 og 6).

Til slutt føler vi et behov for å nyansere rapporten noe. Den har for leseren, kanskje gitt inntrykk av at jo større del av undervisningen som organiseres i et allmennpraktisk perspektiv, jo bedre er det. Men med den mangelfulle legedekningen i distriktene i bakhodet, er det også viktig å huske at en slik satsing vil ha sin pris. Studieopplegget er stramt nok som det er. Det må kuttes på andre områder dersom det skal satses mer på distriktsmedisin. Hvilke områder skal det da kuttes på? Knapphet om tid er et stort problem. Kampen om ressurser er et annet. Uansett hvordan det prioriteres vil nok krefter dra fra motsatt hold. I et slikt perspektiv er det ikke like opplagt at allmennpraksis i dag er trukket for lite inn i undervisningen ved UiTø.

## **FEILKILDER**

I prosjektets forberedelsesfase, ble det lagt ned mye arbeid i å lage et spørsmålssett som gav minst mulig rom for tolkninger av spørsmål. Vi valgte derfor å innlede spørreskjemaet med en definisjon som de spurte i flere av spørsmålene måtte forholde seg til. Vi gav samtidig de

spurte mulighet til å avgi sine svar i form av en avmerkning på en ikke-skalert avgrenset linje. På den måten fikk studentene selv velge nøyaktig hvor på skalaen de ville plassere sine meninger. Skjemaet som skulle presenteres i to ulike land med ulikt språk og ulik samfunnsoppbygning, måtte lages så entydig som mulig for i det hele tatt kunne sammenlikne resultatene fra de to undersøkte gruppene med hverandre.

### **Tolking av avmerkninger**

Ideelt sett skulle deltakerne ha merket av med et enkelt strek som krysset vinkelrett på svarlinjen. Noen gjorde dette, men mange valgte å markere med kryss, haker eller sirkler. På bakgrunn av dette har vi forsøkt å standardisere tolkningen av disse avmerkingene. Det ble for eksempel laget normaler på svarlinjen fra hakenes knekkpunkter, fra kryssenes krysningssteder og fra midten av sirklens to skjæringspunkter med svarlinjen.

### **Målingene**

Avmerkingen på svarlinjen ble målt med millimetermål fra linjas start til krysningspunktet. Som beskrevet utgjorde projiseringen av avmerkingene med en normal ned på svarlinjen, en feilkilde. I tillegg vil millimetermålet utgjøre en viss usikkerhet (ca. +/- 0,5 mm). Registreringene ble gjort av ulike personer i gruppa, noe som utgjorde en ekstra feilkilde.

### **Språk og spørsmålenes validitet**

I prosessen med fremstillingen av spørsmålene, var det et overordnet mål å finne spørsmål som ble oppfattet mest mulig likt av de norske og de australske studentene. Her lå det mange utfordringer i å finne begreper som har samme betydning i de to landene både med hensyn på samfunnsstruktur og språk.

For å unngå rom for tolkninger valgte vi å definere begrepene distrikt/rural/remote som et sted med en times kjøreavstand fra et større sykehus. Men her ligger det et rom for ulike tolkninger av hva et større sykehus er.

### **Tidspunkt**

Undersøkelsen ble foretatt på to ulike tidspunkt i studieåret. Studentene ved JCU hadde nettopp startet deres andre studieår, mens Tromsø-studentene var godt over halvveis i deres andre studieår. Dette er en faktor som kan ha innvirkning på resultatet. JCU har som nevnt en visjon om å stimulere studenter til å ta jobb i distrikt, og siden studentene ved JCU har gått ett halvt år mindre enn Tromsø studentene, har også universitetet der hatt tilsvarende kortere tid til å drive denne virksomheten.

## KONKLUSJON

Vårt generelle bilde er at studentene ved JCU anser sitt studium som mer stimulerende til jobbing i distriktshelsetjeneste etter endt utdanning enn Tromsø-studentene. Dette er i tråd med vårt inntrykk fra oppholdet der. Derimot viser tallene for hvert av kullene at det ikke er noen signifikant økning i lysten til å ta jobb som allmennpraktiker i distrikt i løpet av studiet så langt. Vi kan altså ikke si at JCU-modellen i signifikant større grad enn UiTØ-modellen så langt har bidratt til å motivere studentene til å ta seg jobb som allmennpraktiker i distriktet.

## VEDLEGG 2



### Distriktsleger vs. Sykehusspesialister

*-studenters holdninger-*

Kjønn:  Mann  Kvinne

Alder: \_\_\_\_\_

Hvilken kommune kommer du fra?

.....

(Definisjon: Med distrikt mener vi plasser med mer enn en times kjøring til større sykehus)

1. I hvor stor grad føler du at UiTø profilerer seg som et distriktsrettet universitet? (kryss av på linjen)

Liten grad ←—————→ Stor grad

2. Dersom du mener UiTø profilerer seg som et distriktsrettet universitet, i hvor stor grad var dette grunnen til at du begynte å studere her?

Liten grad ←—————→ Stor grad

3. I hvor stor grad mener du medisinstudiet i Tromsø så langt har stimulert til arbeid i distriktshelsetjenesten?

Liten grad ←—————→ Stor grad

4. Hvor sannsynlig er det at du kommer til å ta jobb som allmennpraktiker når du er ferdig utdannet lege?

Lite sannsynlig ←—————→ Svært sannsynlig

5. Dersom du ønsker å jobbe som allmennpraktiker, hvor sannsynlig er det at du vil jobbe i distriktshelsetjenesten?

Lite sannsynlig ←————→ Svært sannsynlig

6. Hvor sannsynlig er det at du kommer til å ta jobb som sykehuslege når du er ferdig utdannet lege?

Lite sannsynlig ←————→ Svært sannsynlig

7. I hvor stor grad hadde du lyst å jobbe i distrikt da du begynte på studiet?

Liten Grad ←————→ Stor grad

8. I hvor stor grad har du lyst til å jobbe i distrikt nå?

Liten Grad ←————→ Stor grad

9. I hvilken grad synes du de følgende deler av studiet stimulerer til arbeid i distriktene?

a) Uketjeneste:

Liten grad ←————→ Stor grad

b) Forelesninger:

Liten grad ←————→ Stor grad

c) Utplassering hos allmennpraktiker:

Liten grad ←————→ Stor grad

d) Ikke-faglige faktorer:

Liten grad ←————→ Stor grad

e) Annet: .....

Liten grad ←————→ Stor grad

# VEDLEGG 3

V02	V03	V04	V05
	Alstadhaug		Alstadhaug
Alta	Alta	Alta	Alta
		Alta	Alta
Asker	Asker	Asker	Asker
Asker	Asker		
Bodø	Bodø	Bodø	Bodø
Bodø	Bodø	Bodø	Bodø
Bodø	Bodø	Bodø	Bodø
Bodø	Bodø	Bodø	Bodø
Bodø	Bodø	Bodø	Bodø
	Bodø		
Bø i Vesterålen	Bø i Vesterålen	Bø i Vesterålen	
Bø i Vesterålen		Bø i Vesterålen	
Båtsfjord	Båtsfjord	Båtsfjord	Båtsfjord
Dyrøy	Dyrøy	Dyrøy	Dyrøy
Fauske	Fauske	Fauske	Fauske
	Fauske		
Frosta	Frosta	Frosta	Frosta
Gildeskål	Gildeskål	Gildeskål	Gildeskål
Hadsel	Hadsel	Hadsel	Hadsel
		Hadsel	
Hammerfest	Hammerfest	Hammerfest	Hammerfest
Hammerfest			Hammerfest
			Hammerfest
Harstad	Harstad	Harstad	Harstad
Harstad	Harstad	Harstad	Harstad
Harstad	Harstad		
	Harstad		
Kade			
Karasjok	Karasjok	Karasjok	Karasjok
Kautokeino	Kautokeino	Kautokeino	Kautokeino
Kongsberg		Kongsberg	Kongsberg
			Kvenangen
	Kvæfjord		
Kåfjord	Kåfjord	Kåfjord	Kåfjord
			Lavangen
Lenvik	Lenvik	Lenvik	Lenvik
Lenvik	Lenvik		
	Lerifjord		
Lindås		Lindås	Lindås
Lyngen	Lyngen	Lyngen	Lyngen
Melhus, Sør-trønd.		Melhus	Melhus
Narvik	Narvik	Narvik	Narvik
Narvik		Narvik	Narvik
Narvik			Narvik
Narvik			Narvik
Nesna	Nesna	Nesna	Nesna
			Nesna
Nesseby			Nesseby



			Nord
Nordland			
	Nordkapp	Nordkapp	Nordkapp
Rana	Rana	Rana	Rana
Rana	Rana	Rana	Rana
Rana	Rana	Rana	Rana
Rana		Rana	Rana
Rana		Rana	Rana
Rana			
Rana			
Rennesøy	Rennesøy	Rennesøy	Rennesøy
Rissa	Rissa	Rissa	
	Råde		
Saltdal	Saltdal	Saltdal	
Sandefjord	Sandefjord	Sandefjord	Sandefjord
		Skånland	Skånland
Snåsa	Snåsa		Snåsa
Stavanger	Stavanger	Stavanger	Stavanger
Steinkjer	Steinkjer	Steinkjer	
Sykkylven	Sykkylven		
Sømna		Sømna	
Tana	Tana	Tana	Tana
Tana	Tana	Tana	
Tjeldsund		Tjeldsund	
Tjøme			
	Tranøy		
	Troms		
Tromsø	Tromsø	Tromsø	Tromsø
Tromsø	Tromsø	Tromsø	Tromsø
Tromsø	Tromsø	Tromsø	Tromsø
Tromsø	Tromsø	Tromsø	Tromsø
Tromsø		Tromsø	Tromsø
Tromsø		Tromsø	Tromsø
Tromsø		Tromsø	Tromsø
Tromsø			
Tromsø			
Tysfjord			
		Trøndelag	
Tønsberg	Tønsberg		Tønsberg
Vadsø	Vadsø	Vadsø	Vadsø
Vefsn	Vefsn		Vefsn
Vestvågøy	Vestvågøy	Vestvågøy	Vestvågøy
Vestvågøy	Vestvågøy	Vestvågøy	Vestvågøy
			Vestvågøy
Voss	Voss	Voss	

	Antall
Personer/kommuner som er representert 4 ganger:	36
Personer/kommuner som er representert 3 ganger:	19
Personer/kommuner som er representert 2 ganger:	14
Personer/komm./område som er representert 1 gang:	25

## VEDLEGG 4

Studieplan for MK-00 med avmerkning for perioder med fokus på allmenntmedisin.

1. år					2. år					
Høst 2000		Vår 2001			Høst 2001			Vår 2002		
Eksamen phil.	Kjemi <b>1</b> Biokjemi Sykdom og samfunn	Førstehjelp	Eksamen Med100	Kurs 1 Intro biomed	Kurs 2 Samf.med del I	Kurs 3 Bevegelsesapp.	Kurs 4 Øye - ØNH	Kurs 5 CNS	Kurs 6 Hud	Eksamen Med 200
		Cellebiologi								
		Fysiologi								
		Histologi								
		Embryologi								
		Biokjemi								

3. år					4. år										
Høst 2002		Vår 2003			Høst 2003			Vår 2004							
Kurs 7 Topografi	Kurs 8 Respirasjon	Kurs 9 Hjerte/kar	Kurs 10 Gastro-i.-t.	Kurs 11 Blod/Imm.	Kurs 12 Endokrinol.	Kurs 13 N	Eksamen Med 300	Kurs 14 Gyn/Obst.	Kurs 15 Livsløp	Valgfri periode	Valgfri periode	Kurs 16 Samf. Med. del II	Kurs 17 Psykiatri	Kurs 18 Akuttmedisin	Eksamen Med 400
									<b>2</b>			<b>3</b>			

5. år		6. år	
Høst 2004 - Vår 2005		Høst 2005 - Vår 2006	
Klinikkjeneste	Sykehus 16 uker Distrikt 8 uker <b>4</b> Valgfri oppgave	Moduler:	Eksamen Med 500
		ØNH-øye	
		Ortopedi-Revma.-Plastikk kirurgi	
		Nevrologi	<b>5</b>
		Hud-Radiologi	
		Psykiatri	
		Gyn/Obst- Onkologi	
		Pediatri	
		Teori	

1. Utplussing 2 dager på allmennlegekontor.
2. Utplussing 1 dag på helsestasjon.
3. Utplussing 1 dag på legevakt/allmennlegekontor.
4. Klinikkjeneste, 8 uker på allmennlegekontor.
5. Uketjeneste, 2 dager på allmennlegekontor. Økt fokus på allmennpraktikerens rolle under de ulike modulene.

## VEDLEGG 5

<b>Vår 2002</b>	Konf. Max	34,6	17,6	26,0	48,6	50,6	45,1	42,3	44,4	21,0	26,1	52,5	42,6
	Konf. min.	26,8	9,4	17,9	39,0	39,9	36,8	31,7	35,1	13,3	18,9	42,9	34,0
	Gjennomsnitt	30,7	13,5	22,0	43,8	45,2	40,9	37,0	39,8	17,2	22,5	47,7	38,3
	Konfidens	3,9	4,1	4,0	4,8	5,3	4,2	5,3	4,7	3,8	3,6	4,8	4,3
<b>Vår 2003</b>	Konf. Max	61,4	17,3	22,9	45,7	47,0	46,3	40,1	40,2	15,8	24,5	49,7	39,0
	Konf. min.	25,0	8,5	14,4	35,5	35,8	37,4	28,6	30,2	7,6	16,7	39,3	29,8
	Gjennomsnitt	29,1	12,9	18,6	40,6	41,4	41,8	34,3	35,2	11,7	20,6	44,5	34,4
	Konfidens	4,2	4,4	4,3	5,1	5,6	4,5	5,7	5,0	4,1	3,9	5,2	4,6
<b>Vår 2004</b>	Konf. Max	39,4	19,8	35,2	48,6	46,7	50,3	40,5	42,2	11,0	31,7	55,3	40,5
	Konf. min.	29,9	10,5	26,1	37,9	34,8	40,6	28,5	32,5	7,1	23,8	44,9	31,4
	Gjennomsnitt	34,7	15,2	30,6	43,3	40,8	45,4	34,5	37,4	9,1	27,8	50,1	36,0
	Konfidens	4,7	4,6	4,5	5,4	5,9	4,9	6,0	4,8	1,9	3,9	5,2	4,6
<b>Vår 2005</b>	Konf. Max	41,9	18,2	44,3	50,1	46,3	52,2	34,6	48,1	11,1	27,7	64,0	40,2
	Konf. min.	32,9	9,5	34,5	39,6	36,3	44,2	24,0	38,1	7,1	19,8	54,6	30,8
	Gjennomsnitt	37,4	13,8	39,4	44,8	41,3	48,2	29,3	43,1	9,1	23,7	59,3	35,5
	Konfidens	4,5	4,3	4,9	5,3	5,0	4,0	5,3	5,0	2,0	3,9	4,7	4,7