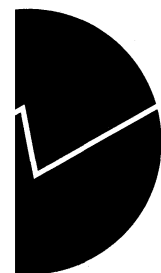


Jon Erik Finnvold

Kommunale helsetilbud:
Organisering, ulikhet og kontinuitet

Rapport



Jon Erik Finnvold

Kommunale helsetilbud:
Organisering, ulikhet og kontinuitet

Standardtegn i tabeller	Symbols in tables	Symbol
Tall kan ikke forekomme	Category not applicable	.
Oppgave mangler	Data not available	..
Oppgave mangler foreløpig	Data not yet available	...
Tall kan ikke offentliggjøres	Not for publication	:
Null	Nil	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	Less than 0.5 of unit employed	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	Less than 0.5 of unit employed	0,0
Foreløpige tall	Provisional or preliminary figure	*
Brudd i den loddrette serien	Break in the homogeneity of a vertical series	—
Brudd i den vannrette serien	Break in the homogeneity of a horizontal series	|
Rettet siden forrige utgave	Revised since the previous issue	r

ISBN 82-537-4221-5
ISSN 0806-2056

Emnegruppe

03.02 Helsetjenester

Emneord

Fysioterapitjenester
Helsepersonell
Helsestasjoner
Kommunehelsetjenester
Legetjenester

Design: Enzo Finger Design
Trykk: Statistisk sentralbyrå

Sammendrag

Jon Erik Finnvold

Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet

Rapporter 96/6 • Statistisk sentralbyrå

Rapporten omhandler ulike sider ved personellsituasjonen og organisatoriske forhold i lege- og fysioterapitjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten, herunder den geografiske fordelingen av ubesatte stillinger. Det presenteres også tidsserier som viser personellutviklingen for perioden 1987 til 1994.

Rapporten omfatter også analyser av variasjoner i personellinnsats mellom kommunene. Resultatene viser at variasjoner i ulike behovsskapende forhold er en viktig delforklaring på kommunale ulikheter i tjenestetilbud.

For legetjenesten og i noen grad skole-/helsestasjonstjenesten blir ulikhetene klart mindre dersom det tas hensyn til at forhold som reiseavstander, alderssammensetning og helseproblemer varierer mellom kommunene. Det er ikke påvist tilsvarende sammenhenger når det gjelder fysioterapitjenesten.

Med data fra en individbasert utvalgsundersøkelse belyser rapporten mangel på kontinuitet i en populasjon familier med små barn. Barn mangler i større grad enn voksne et kontinuerlig legetilbud. I tillegg identifiseres en rekke kjennetegn ved de som mangler et kontinuerlig legetilbud. I særlig grad påvirker svarpersonenes bosted kontinuiteten i legerelasjonen. Personellmessig ustabilitet i legetjenesten i mange kommuner svekker mulighetene til å få et kontinuerlig legetilbud. Dette rammer i større grad de som bor i mindre sentrale kommuner. Også brukernes konkrete erfaringer med legetjenesten har betydning, svarpersoner med mange negative erfaringer er overrepresentert blant de som ikke bruker en fast lege.

Emneord: Legetjeneste, fysioterapitjeneste, helsestasjonstjeneste, fastlegetilknytning

Innhold

1. Oppsummering og hovedresultater	9
1.1. Oppsummering og noen hovedresultater	9
2. Kommunehelsetjenesten: Organisering og personellinnsats 1987-1994	11
2.1. Innledning	11
2.2. Personellutvikling 1987 - 1994.....	11
2.3. Ubesatte stillinger	13
2.4. Lege- og fysioterapitjenesten: organisering og virksomhet	14
3. Kommunale ulikheter i personellinnsats.....	19
3.1. Innledning	19
3.2. Lege- og fysioterapitjenestens prioritering av eldreomsorg og forebyggende helsearbeid for barn.....	19
3.3. Analyse av variasjoner i årsverk pr. innbygger for deltjenester i kommunehelsetjenesten.....	21
4. Kontinuiteten i småbarnsfamiliers kontakt med lege	29
4.1. Innledning	29
4.2. Årsaker til manglende kontinuitet i legerelasjonen: hypoteser	30
4.3. Datagrunnlag.....	32
4.4. Omfang av manglende kontinuitet	33
4.5. Småbarnsmødres kontinuitet med legetjenesten	34
4.6. Småbarns kontinuitet med legetjenesten	37
4.7. Oppsummering og diskusjon.....	39
Referanser	41
Vedlegg	
1. Behovskorrigerede mål for personellinnsats i deltjenester	43
2. Tallgrunnlag for figurer	53
3. Skjema.....	54
De sist utgitte publikasjoner i serien Rapporter.....	69

Figurregister

2. Kommunehelsetjenesten: Organisering og personellinnsats 1987-1994	11
2.1. Utførte årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter virksomhetsområder. Prosent. 1994.....	12
2.2. Utførte årsverk i kommunehelsetjenesten i utvalgte virksomhetsområder. 1987-1994	12
2.3. Antall ubesatte stillinger for utvalgte yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten. 1986-1994	13
2.4. Antall kommuner som var uten årsverksinnsats av jordmødre, fysioterapeuter og helsesøstre. 1987-1994	13
2.5. Prosentandel utførte legeårsverk av ulike stillingstyper. Prosentiler. 1994	15
2.6. Utførte fysioterapiårsverk etter stillingstype. Prosent. 1994	15
2.7. Utførte årsverk i kommunale lege- og fysioterapitjenester, etter virksomhetsområde. Prosent. 1994	16
2.8. Utførte årsverk av leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre. 1987-1994	17
2.9. Utførte årsverk av fysioterapeuter med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre. 1987 -1994	17
2.10. Utførte årsverk av leger og fysioterapeuter i skole- og helsestasjonstjenesten. 1987-1994	18
3. Kommunale ulikheter i personellinnsats	19
3.1. Lege- og fysioterapitjenesten. Prosentandel av årsverkene som ble utført i skole- og helsestasjonstjenesten og institusjoner for eldre. Variasjon mellom enkeltkommuner. Prosentiler. 1994	20
3.2. Prosentandel av befolkningen i ulike aldersgrupper.....	20
3.3. Legetjenesten. Kommunale variasjoner i lege- årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov og inntektsnivå. Prosentiler. 1994	25
3.4. Utførte årsverk av ulike yrkesgrupper i skole- og helsestasjonstjenesten. Prosent. 1994.....	26
3.5. Skole- og helsestasjonstjenesten. Kommunale variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov og inntektsnivå. Prosentiler. 1994	27

Tabellregister

2. Kommunehelsetjenesten: Organisering og personellinnsats 1987-1994	11
2.1. Leger, fysioterapeuter og helsesøstre. Antall ubesatte stillinger i prosent av totalt antall årsverk, etter sentralitet og landsdel. 1994	14
2.2. Lege- og fysioterapitjenesten. Fordeling av leger med fast lønn og turnuskandidater, etter landsdel og sentralitet. Prosent. 1994.....	15
2.3. Utførte årsverk i legetjenesten, etter tilknytningsform og virksomhetsområde. Prosent. 1994	16
2.4. Utførte årsverk i fysioterapitjenesten, etter tilknytningsform og virksomhetsområde. Prosent. 1994.....	16
3. Kommunale ulikheter i personellinnsats.....	19
3.1. Lege- og fysioterapitjenesten. Prosentandel av årsverksinnsatsen som utføres i institusjoner med heldøgntilbud i grupper kommuner med ulik andel over 80 år. 1994	21
3.2. Lege- og fysioterapitjenesten. Prosentandel av årsverksinnsatsen som utføres i skole- og helsestasjons tjenesten i grupper kommuner med ulik andel barn 0-4 år. 1994	21
3.3. Egenskaper ved kommunene som påvirker behov for helsetjenester. Variasjonskoeffisient (CV) og prosentiler	22
3.4. Samvariasjon mellom ulike egenskaper ved kommunene. Pearsons R.....	23
3.5. Legetjenesten. Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. 1994.....	24
3.6. Fysioterapitjenesten. Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. 1994.....	26
3.7. Skole- og helsestasjonstjenesten. Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. 1994	27
4. Kontinuiteten i småbarnsfamiliers kontakt med lege	29
4.1. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år. Prosent. 1994	33
4.2. Respons på spørsmålet "Bruker barnet alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år. Prosent. 1994.....	33
4.3. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år, etter sentralitet. Prosent. 1994.....	34
4.4. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år, etter andel fastlønnsleger og andel turnuskandidater i bostedskommune. Prosent. 1994	34
4.5. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år, etter uformelt nettverk, holdning til helseprofesjoner og antall legekontakter for egen sykdom siste år. Prosent. 1994	35
4.6. Faktorer som påvirker sannsynligheten for at svarpersonen har fast lege. Stegvis logistisk regresjon, svarpersoner som nesten alltid/som regel bruker samme lege = 1, svarpersoner som sjelden/aldri bruker samme lege = 2. 1994	36
4.7. Faktorer som påvirker sannsynligheten for at svarpersonens barn har fast lege. Stegvis logistisk regresjon, svarpersoner som nesten alltid/som regel bruker samme lege = 1, barn som ikke alltid/aldri bruker samme lege = 2.....	38
Vedleggstabell	
1. Legetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 10,0.....	43
2. Skole- og helsestasjonstjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 6,3	48

Forord

Formålet med rapporten er todelt: Dels å gi en oversikt over personellutviklingen i kommunehelsetjenesten etter 1987, dels å presentere analyser av to avgrensede tema, nemlig kommunale ulikheter i tjenestetilbud, og småbarnsfamiliers kontinuitet med legetjenesten. Rapporten består av tre kapitler som kan leses hver for seg, uten referanse til hverandre. Felles for kapitlene er at de omhandler kommunehelsetjenesten.

Rapportens målgruppe er først og fremst personer som arbeider med helsepolitiske problemstillinger knyttet til kommunale helsetilbud.

Datagrunnlaget består i hovedsak av årlig innsamlede oppgaver fra kommunene over personell i kommunehelsetjenesten, samt en individbasert utvalgsundersøkelse om brukererfaringer med kommunale helsetilbud. Materialet er innsamlet og finansiert av Statistisk sentralbyrå.

Datagrunnlaget for den løpende statistikken over personell i kommunehelsetjenesten er tilrettelagt av Vera Løwer. Hanna Bild, Kari Kveim Lie og Rannveig Nordhagen ved Statens Institutt for Folkehelse har vært til stor hjelp ved utarbeidelsen av skjemagrunnlaget som kapittel 4 bygger på. Kristian Lønø har bistått med omfattende edb-teknisk assistanse, mens Jon Ivar Elstad og Harald Tønseth har bidratt med nyttige kommentarer i arbeidet med rapporten. Ved valg av metodisk tilnærming i kapittel 4 har Arnfinn Schalm vært til stor hjelp.

1. Oppsummering og hovedresultater

1.1. Oppsummering og noen hovedresultater

Kapittel 2, *Kommunehelsetjenesten: Organisering og personellinnsats 1987-1994*, gir en oversikt over personellvekst, personellmangel og organisatoriske forhold i allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten. Alle disse virksomhetene har hatt personellvekst etter 1987, skole- og helsestasjonstjenesten i noe større grad enn legetjenesten og fysioterapitjenesten. For fysioterapitjenesten har det vært en klar tendens til økende bruk av kommunalt ansatte yrkesutøvere, mens det for legetjenestens del er privatpraktiserende yrkesutøvere som har hatt den sterkeste veksten.

Helsesøstrene er skole- og helsestasjonstjenestens største yrkesgruppe. Kommunene har relativt store problemer med å besette helsesøsterstillinger, nesten en av ti stillinger er ledige. Disse problemene er noe mindre når det gjelder fysioterapeuter, og minst når det gjelder legestillinger.

Kapittel 3, *Kommunale ulikheter i personellinnsats*, analyserer kommunale ulikheter i personelldekning. I beskrivelser av kommunale ulikheter i helsetilbud betones ofte en tilsynelatende mangel på rasjonelle geografiske fordelingsmønstre. Analysene viser imidlertid at ulike behovsfaktorer har innflytelse på personellinnsatsen.

Både når det gjelder legetjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten er det slik at en vesentlig del av variasjonen mellom kommunene faller bort dersom det kontrolleres for ulike behovsskapende forhold. Undersøkelsen balanserer dermed et bilde av en «irrasjonell» kommunal helsetjeneste som ikke får til noe samsvar mellom behov og tiltak. Denne tendensen er imidlertid ikke entydig, for fysioterapitjenesten er det ikke på samme måte påvist systematiske sammenhenger mellom personellinnsats og behovsskapende forhold.

I kapittelet analyseres ulike indikatorer for inntektsnivå i kommunene. For alle de tre deltjenestene er det slik at økende kommunale inntekter øker sannsynligheten for at nivået på tjenestetilbudet er relativt høyt.

Analysene gir ikke noe entydig grunnlag for å avgjøre om inntektsnivået i større grad enn behovsfaktorer påvirker årsverksinnsatsen i legetjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten. Bakgrunnen for dette er at høyinntektskommunene også har relativt store behov for helsetjenester.

Kapittel 4, *Kontinuiteten i småbarnsfamiliens kontakt med lege*, analyserer småbarnsfamiliens kontinuitet med legetjenesten. Individbaserte data identifiserer familier som mangler en kontinuerlig legerelasjon, dvs. oppgir at de sjelden eller aldri benytter samme lege når de er syke. Resultatene viser at barn i betydelig større grad enn deres mødre mangler kontinuitet.

I kapittelet analyseres årsakene til manglende kontinuitet gjennom å identifisere befolkningsgrupper som mangler en kontinuerlig legerelasjon. Mangel på kontinuitet knyttes til tre faktorer, nemlig ustabil legetilbud i svarpersonenes bostedskommune, brukergrupper som er disponert for hyppige legebytter, og negative erfaringer med legetjenesten. Resultatene viser at det er ikke tilfeldig hvem som mangler et kontinuerlig legetilbud, undersøkelsen identifiserer en rekke kjennetegn ved slike familier.

Av de faktorer som er vurdert, er mangel på stabilitet i legetjenesten i svarpersonenes bostedskommune den viktigste forklaringsfaktor. En sentral mekanisme bak mangel på kontinuitet er følgelig leger som bytter pasienter. Selv om det finnes brukergrupper som bytter lege oftere enn andre, er manglende kontinuitet i større grad en konsekvens av at legene bytter pasienter. Mangel på kontinuitet er dermed i betydelig grad et spørsmål om bosted. Mulighetene til å få en stabil legekontakt er større noen steder enn andre.

I motsetning til tidligere antakelser om at befolkningen i mindre sentrale kommuner har et relativt kontinuerlig legetilbud, presenteres dokumentasjon på at det å bruke en fast lege er mindre utbredt i sentrale kommuner. Analysen viser også at det er klare sammenhenger mellom kontinuitet og svarpersonenes vurdering av legens evne til å informere om helseproblemer. De som opplever at de ikke får

tilfredsstillende informasjon om sin egen eller barnets helse, har en klart mindre kontinuerlig legekontakt. Også høyt utdannede mennesker har et mindre kontinuerlig legetilbud enn andre. Dette viser at det finnes brukergrupper som har en større tilbøyelighet enn andre til å bytte lege. Behovet for fast lege antas å være større for relativt syke mennesker. I noen grad har brukergrupper med helsemessige problemer et mer stabilt legetilbud, men disse sammenhengene er av liten betydning.

2. Kommunehelsetjenesten: Organisering og personellinnsats 1987-1994

2.1. Innledning

Statistisk sentralbyrå har siden 1984/1985 samlet inn årlige oppgaver over personell og aktivitet i kommunehelsetjenesten. Bakgrunnen for dette er desentraliseringen av ansvaret for primærhelsetjenesten til kommunene. Reformen definerte Helse- direktoratet (fra 1992 Statens Helsetilsyn) som tilsynsmyndighet. Dette økte behovet for data til planleggings- og tilsynsformål, og Helsedirektoratet tok initiativ til opprettelsen av statistikkrutinen "Årsstatistikk for kommunehelsetjenesten". Statistikken har gjennomgått betydelige endringer siden de første oppgaver ble innhentet i 1984¹. Disse endringene begrenser mulighetene til å følge utviklingen over tid. For lege-, fysioterapi- og skole-/helsestasjonstjenesten er det likevel mulig å beskrive noen hovedtrekk for perioden 1987 til 1994. Statistikkgrunnlaget omfatter i hovedsak oppgaver over personellinnsats for ulike yrkesgrupper og virksomhetsområder. Framstillingen under begrenser seg følgelig til beskrivelser av personellspørsmål, herunder utvikling over tid og regionalt fordelingsmønster.

Det er sentrale aspekter ved disse tjenestene som ikke kan belyses med den løpende statistikken, for eksempel brukernes erfaringer med de mange møtene med yrkesutøvere. Spesielt allmennlegetjenesten og skole- og helsestasjonstjenesten kjennetegnes av en bred kontaktflate med befolkningen. For allmennlegetjenesten er det anslått at det gjennomføres nesten 15 millioner legekontakter i året (Elstad 1991). Det er beregnet at alle barnefamilier i gjennomsnitt har har åtte kontakter med helsestasjonen i barnets første leveår (Finnvold 1994), som innebærer nesten 0,5 millioner kontakter i året for barnefamilier med barn under ett år.

Lege- og fysioterapitjenesten gir også betydelige bidrag til velferdsstatens utgifter. På tross av at kommunene i utgangspunktet skulle ha ansvaret for finansiering av primærhelsetjenesten, er lege- og fysioterapitjenesten en viktig del av folketrygdens utgifter. Utgiftene til allmennlegetjeneste vokste ifølge data fra Rikstrygdeverket fra 490 millioner i 1985 til 1 370 millioner i 1994.

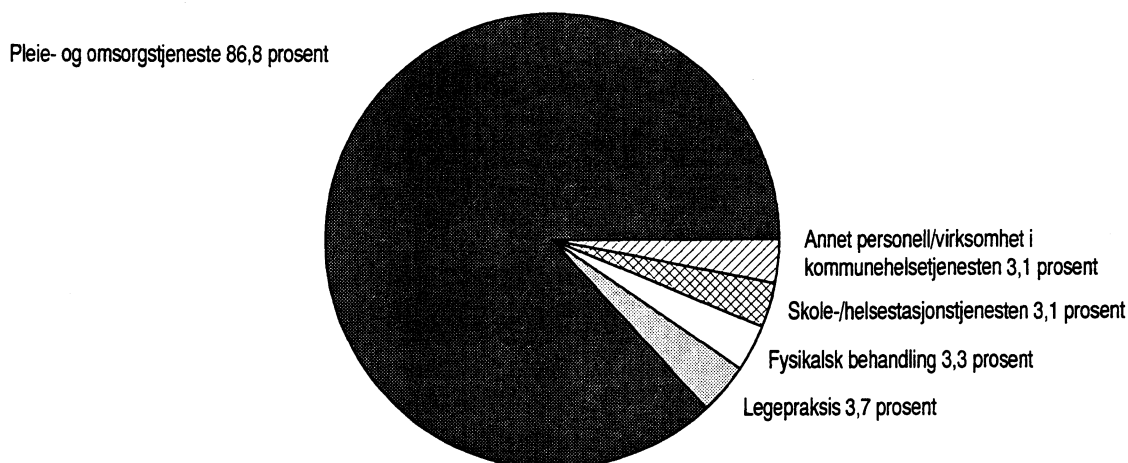
2.2. Personellutvikling 1987 - 1994

Målt i omfang av personellinnsats utgjør virksomhetsområdene fysisk behandling, legepraksis og skole-/helsestasjonstjenesten vel 10 prosent av det som ofte betegnes som kommunale helse- og omsorgstjenester (figur 2.1). Denne andelen er noe undervurdert, siden hjelpepersonell (f.eks. kontorpersonale og legesekretærer) i lege- og fysioterapitjenesten ikke er inkludert. Legevakt og fengselshelsetjeneste er også deler av kommunehelsetjenesten som ikke er med i statistikkgrunnlaget.

Hvordan fordelingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og den øvrige kommunehelsetjenesten har endret seg over tid, er vanskelig å avgjøre. Delvis har det pågått en integrasjon mellom sosialtjenester (hjemmehjelp, aldershjem) og helsetjenester (sykehjem og hjemmesykepleie), delvis har virksomheter endret forvaltningsnivå fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå (sykehjemmene fra 1988, HVPU-omsorgen fra 1991).

Personellutviklingen for perioden 1987 til 1994 er vist i figur 2.2. For legepraksis har det vært en vekst i årsverk på nesten 12 prosent, for fysisk behandling vel 9 prosent. I noen grad er veksten i folketrygdens utgifter en følge av at det blir flere yrkesutøvere.

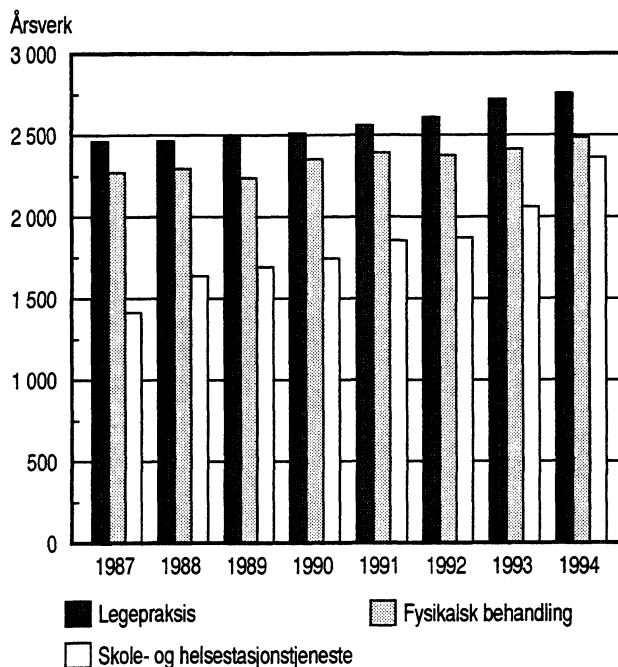
¹ I skjemagrunnlaget var også hjemmesykepleie, og senere sykehjem med. Disse delene er nå tatt ut, slik at statistikkrutinen kun dekker deler av de virksomheter som defineres inn under lov om helsetjenesten i kommunene. For nærmere omtale av statistikkgrunnlaget, se Statistisk sentralbyrå 1993. Statistikk over personell og aktivitet i hjemmesykepleien og sykehjem samles i dag inn av Statistisk sentralbyrå i statistikk-rutinene "Hjemmetjenester og boliger" og "Institusjoner for eldre". Det har vist seg hensiktsmessig å rapportere legers- og fysioterapeuters personellinnsats i en statistikkrutine. Disse yrkesgruppene er fortsatt en del av statistikkgrunnlaget i rutinen som etter 1994 er kalt "Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten". Denne statistikken omfatter også oppgaver over aktivitet i skole- og helsestasjonstjenesten, jf. vedlegg 3. På grunn av feilkilder knyttet til summarisk statistikk er denne delen av datagrunnlaget mindre egnet til analyse. For 1994 er det også innhentet opplysninger om organiseringen av skole- og helsestasjonstjenesten, samt habilitering og rehabilitering.

Figur 2.1. Utførte årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter virksomhetsområder^{1,2}. Prosent. 1994. (N = 75 229)

¹ Pleie- og omsorgstjenesten omfatter boformer og institusjoner for eldre, hjemmehjelp og hjemmesykepleie, også arbeid utført av leger og fysioterapeuter. Annet personell omfatter leger og fysioterapeuters arbeidsinnsats i andre virksomhetsområder enn de øvrige, teknisk hygienisk personell og annet personell i kommunehelsetjenesten, jf. vedlegg 3. Legepraksis og fysikalsk behandling omfatter kun legenes og fysioterapeutenes kurative arbeid, hjelpepersonell som f.eks. legesekretærer er inkludert under "annet arbeid". ² Mange leger og fysioterapeuter har avtale med kommunen om utvidet arbeidstid, dvs. arbeid utover 37,5 timer pr. uke. Dette arbeidet er ikke tatt med i statistikken, slik at omfanget av disse yrkesgruppernes arbeidsinnsats er noe undervurdert.

Det er påvist at kommuner med høy legedekning også har en større kontaktflate til befolkningen (Elstad 1991).

Skole- og helsestasjonstjenesten hadde i perioden 1988 til 1993 en vekst på 26 prosent. Målt i absolutte tall utgjorde veksten 422 årsverk, mot en vekst på til sammen 377 årsverk i legepraksis og fysikalsk behandling. Dette er en utvikling noen vil oppfatte som uventet. Deler av den sentrale helseforvaltningen var kritisk til at kommunene skulle få ansvaret for disse tjenestene, og mente at de forebyggende tjenester ville bli nedprioritert i en situasjon der kommunene betaler alle utgifter til forebyggende tjenester, mens de kurative for en stor del finansieres av trygden. I tillegg kommer det at de kurative oppgavene er mer synlige. Å satse på forebyggende tjenester innebærer å prioritere de som i utgangspunktet er friske. Dette kan være problematisk i en kommunal virkelighet der eldre syke og pleietrengende får mye oppmerksomhet, både fra politikere og lokalpresse. Omfanget av årsverk nedlagt i skole- og helsestasjonstjenesten er da også beskjedent sammenlignet med pleie- og omsorgssektoren (jf. figur 2.1). Den beskjedne andelen er nok en viktig årsak til at mange helsesøstre har hevdet at deres tjeneste ikke er prioritert (Romøren 1987). Veksten i skole- og helsestasjonstjenesten må ses på bakgrunn av den økte utdanningskapasiteten for helsesøstre (Finnvold 1994), som er skole- og helsestasjonstjenestens dominerende yrkesgruppe.

Figur 2.2. Utførte årsverk i kommunehelsetjenesten i utvalgte virksomhetsområder¹. 1987-1994

¹ For virksomhetsområdene legepraksis og fysikalsk behandling er det kun legenes og fysioterapeutenes arbeidsinnsats som er tatt med. Det vil også være hjelpepersonell knyttet til disse virksomhetene, f.eks. legesekretærer. Det totale omfanget av årsverksinnsats er derfor noe undervurdert. Sammenlignbarhet over tid for skole- og helsestasjonstjenesten: Arbeid utført av personell uten helsefaglig utdanning ble inkludert i statistikkgrunnlaget fra 1988 for helsestasjonstjenesten, for skolehelsetjenesten fra 1994. I 1994 ble innhentingen av opplysninger om personellinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten forenklet og gjort mer oversiktlig. Dette har i en del tilfeller avslørt en viss underrapportering av årsverksinnsatsen for tidligere år.

2.3. Ubesatte stillinger

Kommunenes årlige rapporteringer gir oversikter over tallet på ubesatte stillinger. Dette er hel- eller deltidsstillinger som kommunen har lyst ledig, og som har vært ubesatt i minst 4 måneder. Ofte gjelder ubesatte stillinger yrkesgrupper mange kommuner har vansker med å rekruttere, f.eks. fysioterapeuter og helsesøstre. I slike tilfeller peker ubesatte stillinger på personellmangel, kommunene har ikke maktet å rekruttere yrkesgrupper som ifølge lovverket skal være representert i kommunehelsetjenesten. Omfanget av ubesatte stillinger peker mer generelt på mangel på samsvar mellom kommunenes prioriteringer og evne til å rekruttere personell.

Personellmangel i helsetjenesten er ofte assosiert med legemangel, særlig i mindre sentrale strøk av landet. Figur 2.3 viser at tallet på ubesatte stillinger i kommunehelsetjenesten er høyere for fysioterapeuter enn for leger, og det er i 1994 like mange ubesatte helsesøsterstillinger som det er ubesatte legestillinger.

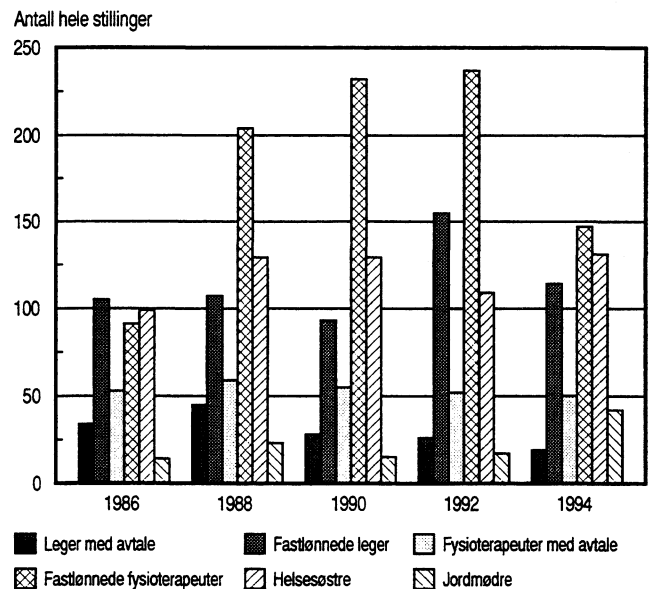
Kommunene har klart større problemer med å besette fastlønnsstillinger enn avtalestillinger. I perioden 1986 til 1994 har mellom 105 og 155 fastlønnede legestillinger stått ledige ved utgangen av året, mens tallet på ledige fastlønnede fysioterapeutstillinger etter 1988 har variert mellom 204 og 147. Økningen i ubesatte fastlønnsstillinger for fysioterapeuter kan settes i sammenheng med sykehjemsreformen, fysioterapeuter med fast lønn nedlegger en betydelig del av arbeidet sitt i eldreinstusjonene (se tabell 2.4). En forklaring på forskjellen mellom fastlønnede og avtalestillinger kan være forhold som gjelder lønns- og arbeidsbetingelser, jf. kapittel 4. En annen viktig forklaring er det geografiske fordelingsmønsteret vist i tabell 2.1. Som for de fleste høyt utdannede yrkesgrupper, er det relativt vanskelig å få besatt stillinger i mer perifere strøk av landet.

Veksten av ubesatte stillinger for jordmødre i 1994 kan settes i sammenheng med jordmorreformen. Etter 1.1.1995 er kommunene etter loven pliktig til å ha en jordmortjeneste.

En konsekvens av problemene med å besette stillinger med kvalifisert personell er at en del kommuner blir stående helt uten yrkesgrupper de er pålagt å ha. I sosialdepartementets forskrift om helsestasjonsvirksomhet heter det at "Helsesøster skal være daglig administrativ og sykepleiefaglig leder ved helsestasjonen. I særlige tilfeller kan departementet godkjenne sykepleier med annen spesialutdanning, fortrinnsvis som jordmor, når det er godtgjort at vedkommende har den nødvendige kyndighet" (Sosialdepartementet 1983).

Sentralforvaltningen søker på denne måten å påvirke innholdet i tjenesten gjennom lover og forskrifter. Ikke alle kommuner har maktet å følge opp intensjonen i forskriften. Bård Paulsen beskriver

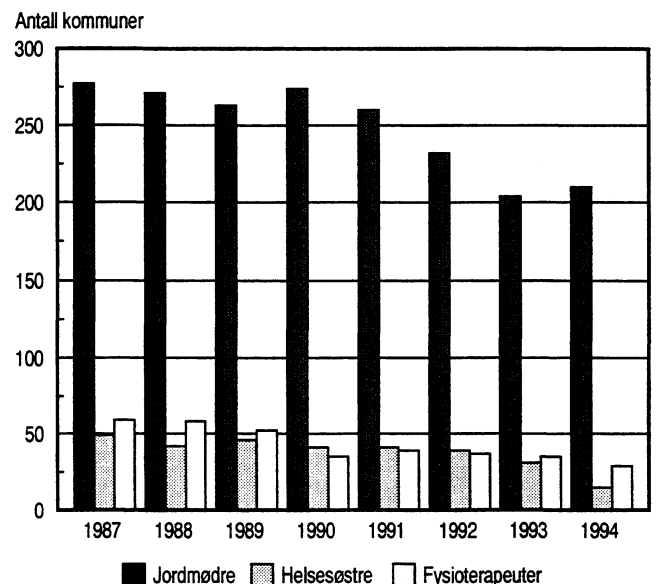
Figur 2.3. Antall ubesatte stillinger¹ for utvalgte yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten. 1986-1994



¹ Ubesatte stillinger inkluderer de stillinger eller avtalehemler pr. 31.12. som hadde vært ubesatt i 4 måneder eller mer.

helsesøstertjenesten som "et sikkerhetsnettverk med klare hull", og sikter til at ikke alle kommuner har klart å etablere en helsesøstertjeneste (Paulsen 1990). Det ser imidlertid ut til at disse hullene er i ferd med å tettes, i 1994 er 14 kommuner uten årsverksinnsats av helsesøstre, mot 49 i 1987 (figur 2.4). Det har også blitt færre kommuner uten fysioterapeuter, mens 210 kommuner var uten jordmor ved utgangen av 1994.

Figur 2.4. Antall kommuner som var uten årsverksinnsats av jordmødre, fysioterapeuter og helsesøstre. 1987-1994



Dette viser at jordmorreformen utgjør en betydelig utfordring for kommunene. Kommunene har anledning til å inngå interkommunale samarbeidsavtaler om enkelttjenester, uten at dette framgår av statistikken. Det kan derfor være enkelte kommuner som deltar i slike ordninger i oversikten under, og at innbyggerne i disse kommunene i praksis har tilgang på disse tjenestene i bostedskommunen.

Ubesatte stillinger: Utkantproblem eller Nord-Norge-problem?

Ubesatte stillinger er et større problem i noen deler av landet enn andre. Både for legetjenesten og fysioterapi-tjenesten har fenomenet en senter-periferi-dimensjon. Andelene ubesatte stillinger er hhv. 8 (lege) og 15 (fysioterapi) prosent i våre minst sentrale kommuner, mot hhv. 2 og 4 prosent i de mest sentrale kommunene. For fysioterapitjenesten øker også andelen ubesatte stillinger jo lenger nord man kommer. I Nord-Norge er andelen ubesatte stillinger 13 prosent. Legetjenesten har ikke en tilsvarende fordeling, andelen ubesatte stillinger i Nord-Norge avviker lite fra landsgjennomsnittet.

Personellmangelen er størst for helsesøstertjenesten, som har 9 prosent av stillingene ubesatt. Andelen ubesatte stillinger er høyest i de minst sentrale kommunene og Nord-Norge, vel 20 prosent. I mange tilfeller vil som nevnt yrkesutøvere uten helsesøsterutdanning fungere i disse stillingene. Helsesøstertjenesten har ikke den samme entydige senter-periferi-dimensjonen som fysioterapitjenesten. Lokalisering av utdanningsinstitusjonene kan være en delforklaring på dette.

Tabell 2.1. Leger, fysioterapeuter og helsesøstre. Antall ubesatte stillinger i prosent av totalt antall årsverk, etter sentralitet og landsdel, 1994

	Leger	Fysioterapeuter	Helsesøstre
I alt	4	6	9
Sentralitet			
Sentralitet 0	8	15	20
Sentralitet 1	5	7	6
Sentralitet 2	3	5	12
Sentralitet 3	2	4	5
Landsdel			
Østlandet	3	5	4
Sørlandet/Rogaland	3	5	14
Vestlandet	6	7	2
Trøndelag	5	8	5
Nord-Norge	5	13	21

2.4. Lege- og fysioterapitjenesten: organisering og virksomhet

2.4.1. Organisering

Med organisering forstås de tilknytningsformer den enkelte lege og fysioterapeut har med kommunen han

eller hun arbeider i. Det er fire mulige tilknytninger yrkesutøverne kan ha til kommunen eller bydelen. De to mest vanlige tilknytningsformene er såkalt fastlønn og avtale.

Leger og fysioterapeuter med fastlønsordning er kommunale lønnstakere, og er tilsatt i stillinger som kommunen har utlyst som kommuneleger eller kommunefysioterapeuter. Det kan dreie seg om både heltids- og deltidstillinger. Kommunene dekker alle utgifter til stillingene, men folketrygden gir faste tilskudd til kommunen pr. stilling. Arbeidsoppgavene til disse fastlønnede leger og fysioterapeuter fastsettes gjennom kommunale instruksjoner.

Yrkesutøvere med kommunal avtale er i utgangspunktet privatpraktiserende leger, men disse inngår en avtale med kommunen eller bydelen. Innholdet i denne avtalen bygger på en overenskomst mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening. Overenskomsten innebærer at legene forplikter seg til å delta i legevakt og kommunale oppgaver som eldreomsorg og forebyggende funksjoner. Hvor mye den enkelte lege skal utføre av disse oppgavene, og hvilken åpningstid den kurative praksisen skal ha, defineres i de konkrete avtalene mellom den enkelte yrkesutøver og kommunen/bydelen. Grunnlaget for inntekten til leger og fysioterapeuter med kommunal avtale er refusjoner fra folketrygden, pasientenes egenandeler og et fast beløp (driftstilskudd) fra kommunene som vederlag for avtalen.

Yrkesutøveren kan også være *turnuskandidat*, og det finnes også yrkesutøvere som driver *privat praksis uten å ha avtale* med kommunen. For den enkelte pasient vil det ikke ha noen økonomisk betydning hvilken yrkesutøver man går til, med unntak av de som ikke har noen kommunal avtale. Disse kan etter november 1992 ikke kreve refusjon fra folketrygden, men kan ta så høy egenandel som pasientene er villig til å betale.

Ordningen med fastlønnede leger og fysioterapeuter kan også sies å ha en distriktpolitisk begrunnelse, fordi små og perifere kommuner ofte ikke har et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for privatpraktiserende leger og fysioterapeuter.

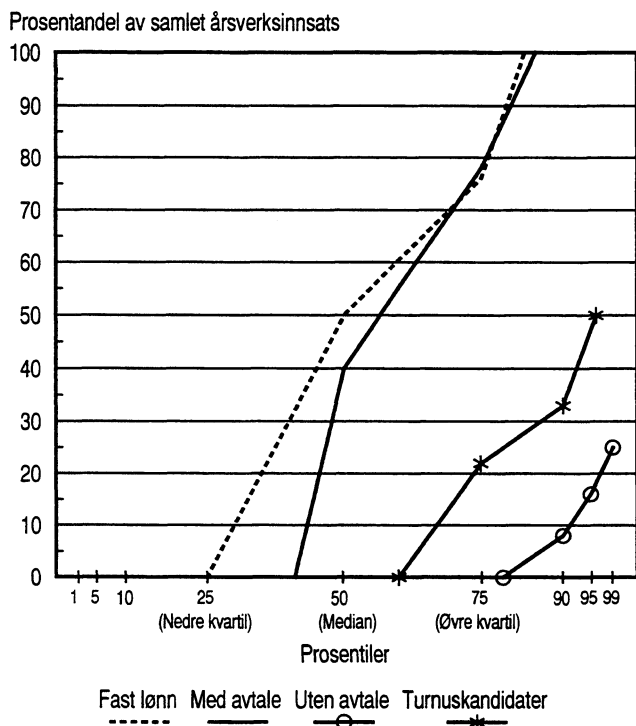
Når det gjelder kommunenes valg av organisering er det et stort mangfold av kombinasjoner (figur 2.5 og 2.6). Noen kommuner bygger utelukkende på fastlønsstillinger eller avtaler. Det var omtrent 15 prosent av kommunene som kun hadde fastlønsstillinger eller avtalestillinger. For legetjenesten var det 25 prosent av kommunene som ikke hadde fastlønsleger, mens 40 prosent av kommunene ikke hadde avtaleleger. For fysioterapitjenesten var det omtrent 17 prosent av kommunene som ikke hadde disse avtaleformene representert. Figurene viser at fysioterapitjenesten i noe større grad enn legetjenesten bygger på fysioterapeuter med avtale. I legetjenesten er det mer

vanlig med turnuskandidater. I 60 prosent av kommunene deltar turnuskandidater i legearbeidet. I mer enn 25 prosent av kommunene utfører turnuskandidatene mer enn 20 prosent av årsverksinnsatsen, mens denne andelen overstiger 40 prosent i 7 prosent av kommunene. Både for lege- og fysioterapitjenesten er turnuskandidatene og de avtaleløse yrkesutøverne konsentrert til et mindre antall kommuner. Andelen avtaleløse leger kan komme opp i 25 prosent i enkelte kommuner.

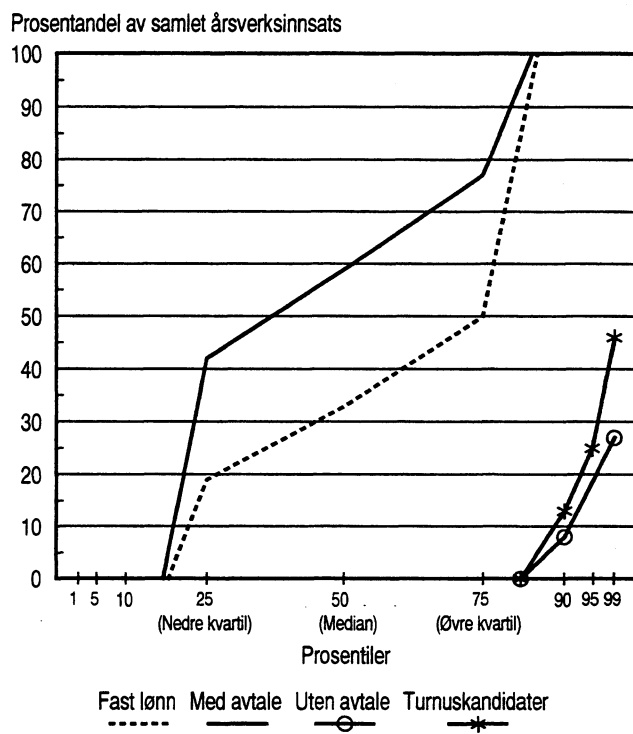
Hvilken avtaleform yrkesutøveren har påvirkes av sentralitet (tabell 2.2). De som bor i mindre sentrale kommuner eller i Nord-Norge vil relativt ofte ha kontakt med fastlønnede leger eller turnuskandidater. For de minst sentrale kommunene var andelen av hhv. fastlønnsleger og turnuskandidater 60 og 16 prosent, mot 26 og 2 prosent i de mest sentrale kommunene. Mens Østlandet hadde 28 prosent fastlønnsleger og 2 prosent turnuskandidater, var tilsvarende for Nord-Norge 56 og 16 prosent.

Innbyggerne i enkelte vestlige bydeler i Oslo vil relativt ofte ha kontakt med leger uten avtale. Av bydelene i Oslo var det Vindern som hadde den høyeste andelen leger utan avtale. I denne bydelen ble 67 prosent av legeårsverkene i 1994 utført av leger uten kommunal avtale. Bygdøy/Frogner hadde den nest høyeste andelen avtaleløse leger (55 prosent), mens Ullern kom på tredjeplass med 35 prosent. I de bydelene som bosetter Oslos store befolkningssentrasjoner (Søndre Nordstrand og Groruddalen) finnes det nesten ikke leger uten avtale.

Figur 2.5. Prosentandel utførte legeårsverk av ulike stillingstyper. Prosentiler. 1994. (N = 432)



Figur 2.6. Utførte fysioterapiårsverk etter stillingstype. Prosent. 1994. (N = 403)



Tabell 2.2. Lege- og fysioterapitjenesten. Fordeling av leger med fast lønn og turnuskandidater, etter landsdel og sentralitet. Prosent. 1994

	Legetjenesten		Fysioterapitjenesten	
	Andel med fast lønn	Andel turnuskandidater	Andel med fast lønn	Andel turnuskandidater
I alt.....	34	6	32	3
Sentralitet				
Sentralitet 0.....	60	16	43	5
Sentralitet 1.....	36	9	32	7
Sentralitet 2.....	27	4	27	3
Sentralitet 3.....	26	2	31	2
Landsdel				
Østlandet.....	28	2	29	3
Sørlandet/ Rogaland.....	25	4	34	2
Vestlandet.....	39	8	35	4
Trøndelag.....	35	7	34	3
Nord-Norge.....	56	16	36	5

For fysioterapitjenesten er andelen fastlønnede noe høyere i de minst sentrale kommunene, uten at det er et like utpreget senter-periferi-mønster som for legetjenesten.

2.4.2. Virksomhetsområder

Fysioterapeutene, og spesielt legene, er spredt utover en rekke virksomhetsområder i kommunene. De arbeider med kommuneadministrasjon, eldreomsorg, forebyggende funksjoner og selvsagt kurativt arbeid.

Det har lenge vært en målsetting å vri ressursbruken mot eldreomsorg og forebyggende oppgaver. I skole- og helsestasjonstjenesten er det forebyggende arbeidet institusjonalisert. Aldersinstitusjonene skal ifølge forskriftene ha tilknyttet tilsynslegefunksjon. Figur 2.7 gir en oversikt over hvordan lege- og fysioterapiressursene brukes i kommunene. Den største delen går med til det som i hovedsak er kurative oppgaver, dvs. legepraksis og fysikalsk behandling. Skole-, helsestasjonstjenesten og eldreinstitusjonen tar nesten 12 prosent av legenes arbeidsinnsats, mens nesten 20 prosent av fysioterapeutenes arbeidsinnsats går med til disse formålene.

Hvilken avtaleform yrkesutøveren har påvirker hvilke arbeidsoppgaver som utføres. Fastlønnsformen representerer en større grad av samfunnsmessig styring av yrkesgruppene. Som forventet er arbeid innenfor eldreinstitusjonene og skole-/helsestasjonstjenesten mer utbredt blant fastlønnsleger (tabell 2.3). Til sammen 18 prosent av årsverksinnsatsen gikk med til disse virksomhetene, mot 9 prosent av avtalelegenes personellinnsats. Kategorien "annet arbeid" er også relativt viktig for de fastlønnede legene, og står for 16 prosent av arbeidsinnsatsen. Denne kategorien er en residualkategori der arbeid som faller utenfor de øvrige virksomhetsområdene skal føres opp. Kategorien er definert som administrativt arbeid, bedriftshelsetjeneste og annet samfunnsmedisinsk arbeid som faller inn under lov om helsetjenesten i kommunene.

For fysioterapitjenesten er det et klarere skille mellom de privatpraktiserende yrkesutøverne og fastlønnede fysioterapeuter/turnuskandidater (tabell 2.4). De privatpraktiserende driver nesten utelukkende med fysikalsk behandling, det vil i de fleste tilfeller si behandling i fysikalske institutter. Eldreomsorgen, definert som sykehjem og institusjoner med heldøgns

Tabell 2.3. Utførte årsverk i legetjenesten, etter tilknytningsform og virksomhetsområde. Prosent. 1994

	I alt	Lege- praksis	Skole-/ helse- stasjon	Syke- hjem/ boformer	Annet arbeid
Med avtale	100	86	5	4	5
Fast lønn.....	100	66	9	9	16
Turnuskandidater	100	87	5	4	4
Uten avtale	100	93	2	4	1

Tabell 2.4. Utførte årsverk i fysioterapitjenesten, etter tilknytningsform og virksomhetsområde. Prosent. 1994

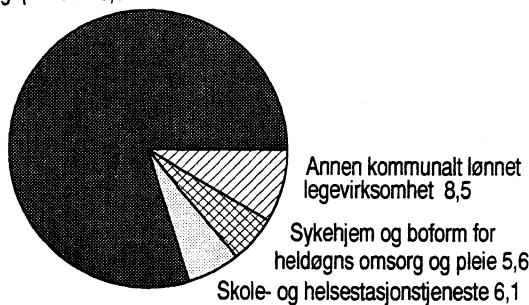
	I alt	Lege- praksis	Skole-/ helse- stasjon	Syke- hjem/ boformer	Annet arbeid
Med avtale	100	97	1	1	1
Fast lønn.....	100	29	20	35	16
Turnuskandidater	100	47	15	28	10
Uten avtale	100	98	0	0	1

tilbud om omsorg og pleie, utgjør 35 prosent av de fastlønnede fysioterapeutenes arbeidsinnsats. I skjema-grunnlaget er ikke hjemmefysioterapi knyttet til eldre pleietrengende definert, slik at fysioterapeutenes arbeid i eldreomsorgen ikke kommer klart nok fram.

Også andre forhold enn tilknytningsform vil påvirke fordelingen av arbeidet på de ulike virksomhetene. I kapittel 3 blir det undersøkt om alderssammensetningen i kommunene påvirker omfanget av arbeid legene og fysioterapeutene legger ned i skole- og helsestasjonstjenesten og eldreinstitusjonene.

Figur 2.7. Utførte årsverk i kommunale lege- og fysioterapitjenester, etter virksomhetsområde. Prosent. 1994

Legepraksis 79,8



Legetjenesten (N=3451)

Fysikalsk behandling 74,5



Fysioterapitjenesten (N=3205)

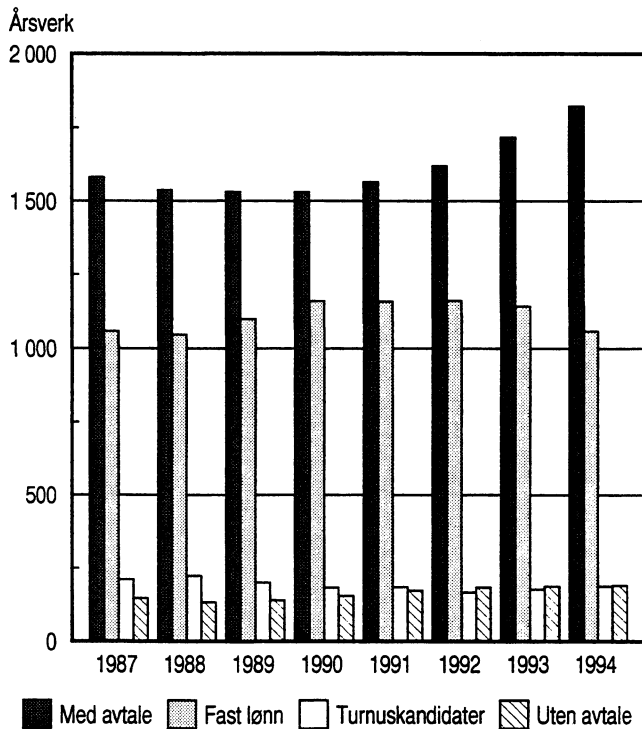
Prosent

2.4.3. Utvikling over tid: mot reprivatisering av legetjenesten?

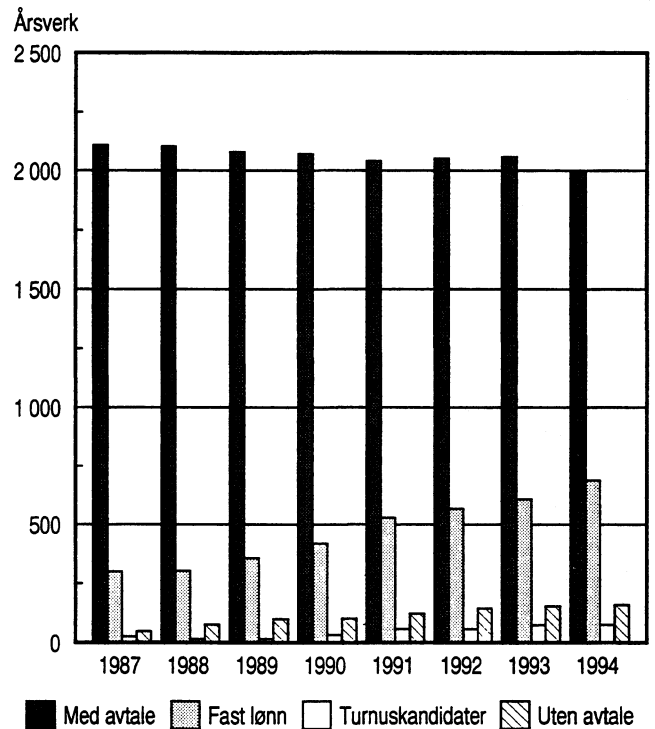
Som omtalt i kapittel 4 er det mye som tyder på at de fastlønnede legene har fått dårligere betingelser enn sine privatpraktiserende kolleger i kommunehelse-tjenesten og andre deler av helsetjenesten. Det ser likevel ikke ut til å ha vært dramatisk nedgang i omfanget av utførte årsverk for fastlønnslagene. Årsverksinnsatsen var stabil eller svakt økende fram til 1994, men fikk i 1994 en viss nedgang. For leger uten avtale økte årsverksinnsatsen fram til 1992, men har vært stabil etter dette. Dette kan nok i noen grad settes i sammenheng med at de som har etablert praksis uten kommunal avtale etter 1992 ikke har rett til trygderefusjoner.

For fysioterapeutene er beskrivelsen av utviklingen for leger uten avtale også dekkende for fysioterapeutene. Utviklingen for de fastlønnede fysioterapeutene og turnuskandidatene skiller seg klart fra legene med en markert vekst i hele perioden. Fysioterapeuter med kommunal avtale har mer enn doblet sin ressursinnsats i perioden. Figur 2.8 og 2.9 inkluderer ikke årsverksinnsats i institusjoner for eldre fordi dette virksomhetsområdet har blitt registrert på en slik måte at det ikke lar seg gjøre å følge utviklingen over tid. Fysioterapeuter med kommunal avtale har i motsetning til legene hatt en svak nedgang i perioden.

Figur 2.8. Utførte årsverk av leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre. 1987-1994



Figur 2.9. Utførte årsverk av fysioterapeuter med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre. 1987-1994



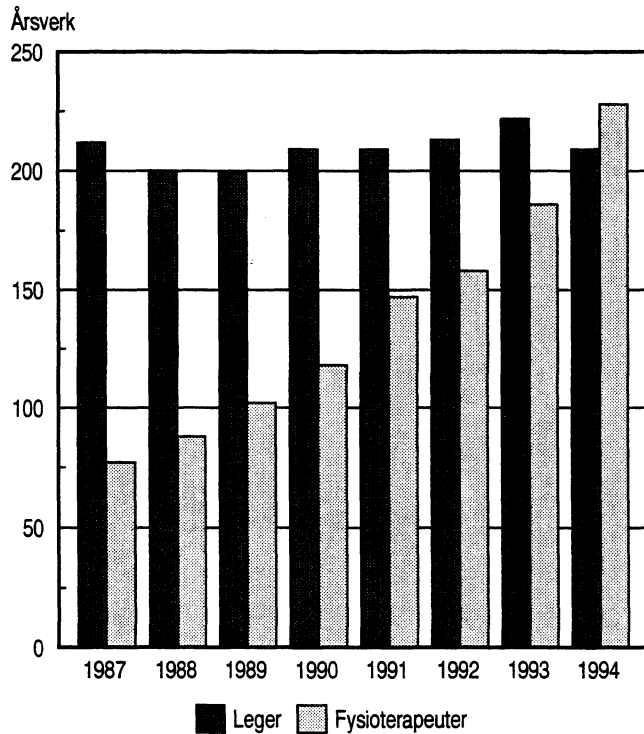
Legeflukt fra forebyggende arbeid?

Det har lenge vært en helsepolitisk målsetting å styrke det forebyggende helsearbeidet. Det er vanskelig å tallfeste hvor mye arbeid legene og fysioterapeutene nedlegger av forebyggende arbeid. Delvis er ikke viktige forebyggende funksjoner som miljørettet helsevern definert i statistikken, delvis vil forebyggende funksjoner være et aspekt ved oppgaver med andre hovedformål. Mange kurative legekontakter vil for eksempel ha forebyggende elementer, legen utfører samtidig helsekontroller og gir råd om hva klienten kan gjøre for å holde seg frisk. Kliniske undersøkelser hos allmennpraktikeren er hevdet å være en av de største forebyggende ressurser helsetjenesten har (Romøren 1992).

Skole- og helsestasjonstjenesten er i hovedsak forebyggende virksomheter. Flere har hevdet at disse tjenestene nedprioriteres, eller at det er en legeflukt fra helsestasjonene. Sett under ett har altså skole- og helsestasjonstjenesten hatt en viss vekst i perioden etter 1987 (se fig. 2.2). En slik tendens skjuler et mangfold av lokale tilpasninger, der noen kommuner har hatt vekst i ressursinnsatsen, andre stagnasjon eller tilbakegang (Finnvold 1994). Yrkesgruppene som deltar i disse virksomhetene har også på ulik måte bidratt til denne utviklingen (figur 2.10).

Fysioterapeutene har betydelig vekst, og mer enn fordoblet sin arbeidsinnsats i perioden etter 1987. Fra å nedlegge nesten en tredjedel av legenes ressursinnsats i 1987, bruker fysioterapeutene flere årsverk enn legene i 1994. Legenes ressursinnsats har vært relativt stabil i hele perioden. På bakgrunn av at barnetallet har økt i perioden, kan vi i noen grad hevde at legene svikter skole- og helsestasjonstjenesten, uten at det kan sies å være noen legeflukt fra disse virksomhetene.

Figur 2.10. Utførte årsverk av leger og fysioterapeuter i skole- og helsestasjonstjenesten. 1987-1994



3. Kommunale ulikheter i personellinnsats

3.1. Innledning

I det som må betegnes som en desentraliseringsbølge i offentlig forvaltning, var primærhelsetjenesten utenfor institusjon et av de første områdene kommunene fikk overført ansvaret for fra stat og fylke. Publikum er på stadig flere områder henvist til å bruke de tjenester deres bostedskommune kan tilby. Trenden er ikke spesiell for Norge, men typisk for mange vestlige velferdsstater (Hewitt 1990: 115-116). Med Norges spesielle bosettingsmønster medfører denne desentraliseringen en spesiell utfordring. En forvaltningsstruktur med mange små organisatoriske enheter (over 200 kommuner har mindre enn 5 000 innbyggere) åpner for et mangfold av lokale tilpasninger. Mer pessimistiske kritikere ser disse reformene som et uttrykk for legitimeringsproblemer og ansvarsfraskrivelse. Andre er mer optimistiske og ser desentralisering som en mulighet for lokale beslutningstakere og brukere til å få innflytelse over utformingen av tjenestene.

Et tema som ofte dukker opp i diskusjoner om desentralisering, er ulikhet. Det pekes på store variasjoner mellom kommunene når det gjelder tjenestetilbud, dekningsgrad eller inntektsnivå. Ulikhetene tolkes på flere måter. En vanlig oppfatning er at variasjonene er tilfeldige, urettferdige og indikasjoner på irrasjonelle tilpasninger mellom behov og tjenestetilbud. Andre tolker variasjonene som noe positivt. Når de lokale forutsetningene er forskjellige, er det ønskelig å opprettholde variasjoner, fordi det er disse som kan gi et likeverdig resultat. I tråd med denne tolkningen er det brukt uttrykk som "lokal nasjonalisering" og "avkommunalisering", og hevdet at samfunnsutviklingen de siste tiårene har utjevnet mange av de forskjellene som tidligere eksisterte mellom sentrum og periferi. Denne utviklingen har langt på vei standardisert det offentlige tjenestetilbudet.

Et tjenestetilbud kan defineres som standardisert, eller likeverdig, når mennesker med samme behov for tjenester får samme tilbud fra det offentlige, uavhengig av bosted. Standardisert eller store tilfeldige variasjoner - hvilken beskrivelse er mest dekkende når det gjelder tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten? En

forutsetning for å oppnå et standardisert tjenestetilbud, er en geografisk fordeling av personellressursene som tar hensyn til lokale variasjoner i befolkningens behov og kommunenes kostnader. I hvilken grad er denne forutsetningen oppfylt for lege-, fysioterapi- og skole-/helsestasjonstjenesten?

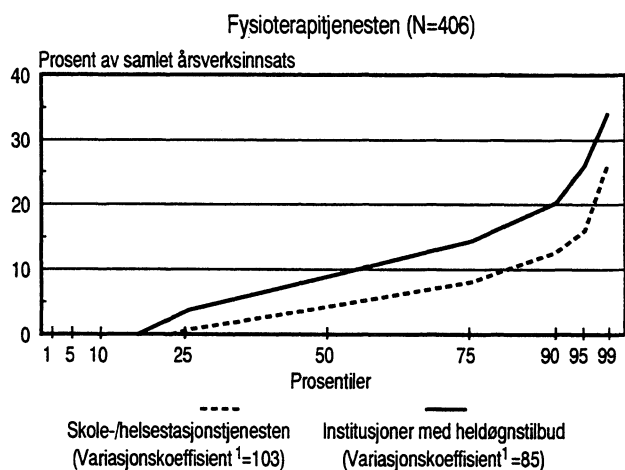
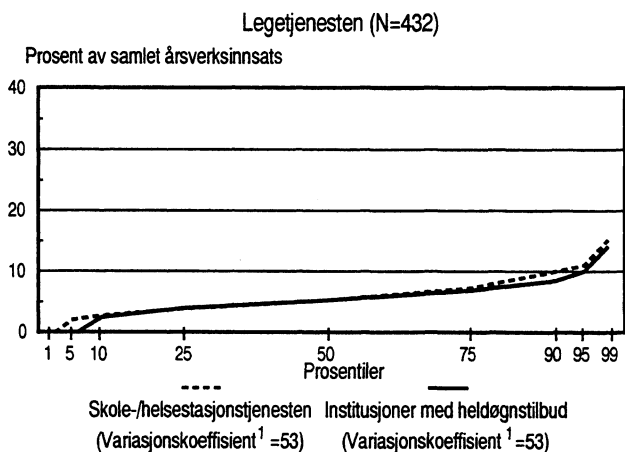
3.2. Lege- og fysioterapitjenestens prioritering av eldreomsorg og forebyggende helsearbeid for barn

Legene i kommunehelsetjenesten bruker omtrent 12 prosent av arbeidstiden i eldreinstitusjonene og skole-/helsestasjonstjenesten, mens vel 20 prosent av årsverksinnsatsen i fysioterapitjenesten brukes til disse formålene (figur 2.7). Denne andelen varierer fra kommune til kommune. Omfanget av variasjonen er vist i figur 3.1. Mellom 2 og 22 prosent av kommunene har ikke registrert noen årsverksinnsats i disse virksomhetsområdene, f.eks. er det 22 prosent av kommunene som ikke har ført opp timeverk for fysioterapeuter i skole- og helsestasjonstjeneste. Fysioterapitjenesten varierer over en større skala enn legetjenesten. På grunn av feilkilder knyttet til registrering av virksomhetsområder må prosentandelene på kommunenivå kun betraktes som indikatorer på hvordan kommunene prioriterer yrkesgruppenes arbeid mot barn og eldre. Likevel er det ingen tvil om at det er store variasjoner i kommunenes bruk av lege- og fysioterapiressursene.

To hypoteser vil bli prøvd:

- Variasjonen knyttes til alderssammensetningen i kommunene. Hypotesen er at helseadministrasjonen i kommuner med mange barn eller eldre i større grad enn andre kommuner setter av tid til arbeid i skole-/helsestasjonstjenesten og eldreinstitusjonene.
- Variasjonen knyttes til andel fastlønnsstillinger i kommunen. Arbeidsinnsatsen til fastlønnede yrkesutøvere kan i større utstrekning styres av det kommunale administrative systemet. Det kan derfor forventes at kommuner med høy andel fastlønnsstillinger bruker en større del av ressursene til oppgaver med høy helsepolitisk prioritet, dvs. eldreomsorg og forebygging.

Figur 3.1. Lege- og fysioterapitjenesten. Prosentandel av årsverkene som ble utført i skole- og helsestasjonstjenesten og institusjoner for eldre. Variasjon mellom enkeltkommuner. Prosentiler. 1994

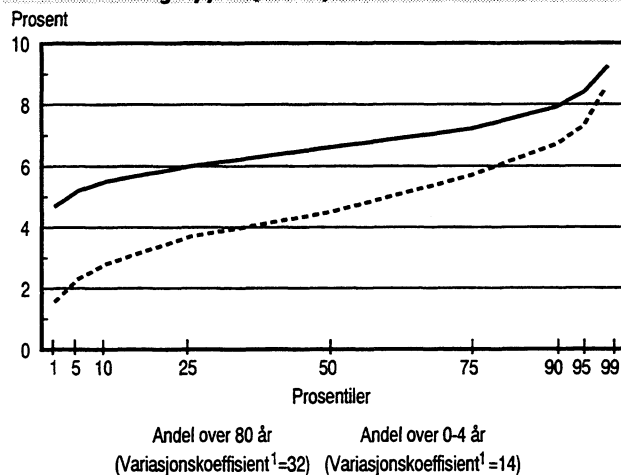


¹Variasjonskoeffisienten er definert som standardavvikets prosentuelle andel av gjennomsnittet.

Feilkilder: På grunn av ulike måter å organisere tjenestene på passer ikke virksomhetsområdeinndelingen like godt i alle kommuner. I en del kommuner vil det være vanskelig å skille eldreinstitusjoner og hjemmetjenester. Disse virksomhetene er begge viktige for fysioterapitjenesten. Noen kommuner samler ulike tiltak rettet mot bestemte aldersgrupper i egne organisatoriske enheter. Virksomhetsområdene kan også ha ulike organisatoriske tilknytninger, f. eks. kan helsestasjonstjenesten være organisert under en omsorgsetat, mens skolehelsetjenesten organiseres under en helseetat. Slike forhold gjør at en i enkelte kommuner må foreta skjønsmessige vurderinger når personellressursene skal fordeles på de virksomhetsområder som statistikken definerer.

Variasjonen i andel fastlønnsleger er vist i figur 2.5. Figur 3.2 viser hvordan andel barn og eldre varierer mellom kommunene. Hva betyr disse variasjonene for kommunenes interne prioritering av lege- og fysioterapiressursen?

Figur 3.2. Prosentandel av befolkningen i ulike aldersgrupper. (N=432)



¹Variasjonskoeffisienten er definert som standardavvikets prosentuelle andel av gjennomsnittet

Resultater

Resultatene viser at den første hypotesen til en viss grad bekreftes når det gjelder legetjenesten. For fysioterapitjenesten er det ikke noen sammenheng mellom andelen av personellressursene som går til forebyggende tjenester/eldreomsorg og alderssammensetning/fastlønnsandel. Tabell 3.1 viser at alderssammensetningen påvirker andelen av legenes tid som brukes til forebyggende arbeid mot barn. Det ser også ut til at legene i kommuner med mange eldre bruker en relativt stor del av arbeidstida i eldreinstitusjonene. Sammenhengene er tilsynelatende tydelig når det gjelder kommunenes bruk av legeressursen til eldreomsorg. Mens 4,2 prosent av årsverkene i kommuner med mindre enn 2 prosent av befolkningen over 80 år ble utført i institusjoner for eldre, gikk 7,1 prosent av årsverkene til dette formålet i kommuner med mer enn 8 prosent av befolkningen over 80 år. Det er også en sammenheng mellom andel barn og legenes bruk av tid på skole- og helsestasjonstjeneste. I tabell 3.1 er denne sammenhengen ikke særlig markert, men en multivariat regresjonsanalyse viser at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom disse to egenskapene ved kommunene. Analysene viser imidlertid at det bare er 7 prosent av variasjonen i andel av legeårsverkene som går til eldreomsorg som kan føres tilbake til alderssammensetning, mens kun 3 prosent av variasjonen i andel årsverk som går til skole- og helsestasjonstjenesten kan føres tilbake til alderssammensetning¹. Dette betyr at gjennomsnittstallene i tabell 3.1 og 3.2 skjuler betydelige interne forskjeller i grupper kommuner med ulike andeler barn og eldre.

¹ En regresjonsanalyse der variasjoner i andelen av legenes personellressurser i eldreinstitusjoner forklares med variasjoner i andelen eldre over 80 år i kommunene samt andel fastlønnede yrkesutøvere, viser at eldreandel er en klart signifikant forklaringsfaktor (P=0,0001), mens andel fastlønnsstillinger ikke var signifikant (P=0,1760). Forklaringskraften var imidlertid lav, modellen kunne redegjøre for kun 7 prosent av variasjonen (R²=0,07). En tilsvarende analyse av variasjoner i andelen av personellressurser til skole-/helsestasjonstjeneste viste at andel barn var signifikant (P=0,0026), mens andel fastlønnsstillinger ikke var signifikant på 5 prosent nivå (P=0,0555). Forklaringskraften til denne modellen var enda mindre, kun 3 prosent (R²=0,03). For fysioterapeutene ble tilsvarende analyser foretatt, uten at noen signifikante forklaringsvariabler ble identifisert.

Tabell 3.1. Lege- og fysioterapitjenesten. Prosentandel av årsverksinnsatsen som utføres i institusjoner med heldøgntilbud i grupper kommuner med ulik andel over 80 år. 1994

Prosentandel over 80 år	Legetjenesten	Fysioterapitjenesten
0 - 1,9	4,2	9,8
2 - 3,9	4,4	9,6
4 - 5,9	5,8	11,0
6 - 7,9	6,3	8,5
8 og over	7,1	10,8

Tabell 3.2. Lege- og fysioterapitjenesten. Prosentandel av årsverksinnsatsen som utføres i skole- og helsestasjonstjenesten i grupper kommuner med ulik andel barn 0-4 år. 1994

Prosentandel 0 - 4 år	Legetjenesten	Fysioterapitjenesten
4 - 5,9	5,5	5,5
6 - 7,9	6,1	5,2
8 og over	6,1	7,8

3.3. Analyse av variasjoner i årsverk pr. innbygger for deltjenester i kommunehelsetjenesten

3.3.1. Egenskaper ved kommunene som påvirker behovet for helsetjenester

Hvor store er ulikhetene mellom kommunene når det gjelder årsverk pr. innbygger i legetjenesten, fysioterapitjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten? Er det tilfeldig hvilke kommuner som har mye eller lite personellressurser i forhold til innbyggertallet, hva er bakgrunnen for ulikhetene? I det følgende vil vi relatere variasjoner i personellinnsats til tre typer egenskaper ved kommunene:

- egenskaper ved befolkningen i kommunene som påvirker personellbehovet (befolkningsrelaterte behovsfaktorer)
- egenskaper ved kommunene som påvirker kostnadene forbundet med levering av tjenester (kostnadsrelaterte behovsfaktorer)
- kommunenes inntekter.

Befolkningsrelaterte behovsfaktorer:

I analysene under knyttes ulikheter i personellinnsats i de ulike deltjenestene til andel over 80 år i kommunene. Begrunnelsene for dette er at alderssammensetningen påvirker befolkningens sykkelighet og funksjonsdyktighet. Jo eldre befolkningen er, jo mer øker behovet for kurative helsetjenester. Også andel 0-4-åringer i kommunene vil påvirke behovet for helsetjenester. Skole- og helsestasjonstjenesten dreier seg i hovedsak om forebyggende helsearbeid for barn. Yrkesgruppene i disse virksomhetene bruker det meste av tiden til

rutinebaserte vaksinasjoner og helsekontroller. Vaksinasjons- og helsekontrollprogrammet konsentrerer seg om barnefamilier med barn i alderen 0-4 år. Andre befolkningsrelaterte variabler som kan betraktes som indikatorer for sykkelighet er andel uføretrygdede/attføringstilfeller, samt dødelighet. En undersøkelse har også påvist sammenhenger mellom legesøkning og sosiale problemer (Elstad 1991). Det finnes også undersøkelser som viser at sosiale problemer påvirker sykkelighet og dermed behov for helsetjenester. Som indikatorer på sosiale problemer er andel sosialhjelpsmottakere, arbeidsløse og mottakere av overgangsstønning tatt med i analysene.

Kostnadsrelaterte behovsfaktorer:

Analysene under bygger på at kostnadsforholdene i den offentlige tjenesteproduksjonen varierer systematisk med kommunestørrelse. Det er relativt kostnads-krevende å levere offentlige tjenester i små kommuner. At lønnsutgiftene utgjør en relativt stor del av driftsutgiftene i små kommuner, tolkes som en indikasjon på at det er skalaeffekter i tjenesteproduksjonen (Hansen 1988).

Det er også smådriftsulemper som følger av at det i mange kommuner kun er en til tre yrkesutøvere som er involvert i ulike deltjenester. Loven om helsetjenesten i kommunene krever at kommuner skal ha både leger, fysioterapeuter og helsesøstre. Det er dermed en nedre grense for hvor mange yrkesutøvere det er mulig å ha. Små kommuner vil i mange tilfeller ha problemer med å finne en fleksibel tilpasning mellom folketall og personellressurser. Mulighetene til å få besatt deltidsstillinger er begrenset i perifert beliggende kommuner med et lite lokalt arbeidsmarked. Videre må det et visst antall leger til for i det hele tatt å få en turnusordning til å fungere. Dessuten vil yrkesutøvere som er alene eller sammen med en eller to kolleger måtte bruke relativt mye tid på å administrere sin egen virksomhet. Disse problemene er neppe begrenset til et fåtall kommuner: I nesten 160 kommuner ble det i 1994 utført mindre enn 3,1 legeårsverk og mindre enn 2,1 fysioterapiårsverk. Hele 170 kommuner hadde ett helsesøsterårsverk eller mindre. Bård Paulsen konkluderer at driftsforhold og organisatoriske forhold tilsier en høyere bemanning i de mindre kommuner enn i de større. I noen grad er også høye bemanningstall i små kommuner et mekanisk resultat nettopp av at de er små. "Det må en minstebemanning til for i det hele tatt å drive en tjeneste, og når befolkningsgrunnlaget er lite vil forholdstallet gå opp" (Paulsen 1989:27).

Det koster med andre ord å være liten, men det er trolig også dyrt å være stor. Det kan argumenteres for at det er stordriftsulemper knyttet til tjenesteproduksjon i store byer, slik at hypotesen om at personellbehovet avtar med økende kommunestørrelse nok bare gjelder for kommuner inntil en viss størrelse.

Reisetid vil også være en barriere, og begrense kontakflaten mellom yrkesutøverne og befolkningen. Funksjoner som hjemmefysioterapi, legevakt og hjemmebesøk fra helsesøster vil kreve relativt mye tid i kommuner med lange reiseavstander. Dette er også nedfelt i statens overføringssystem for kommunesektoren. Kommuner med lange reiseavstander får kompensert for dette gjennom større overføringer fra staten, og dermed økonomi og muligheter til å ansette flere.

Kommunenes inntekter:

Skole- og helsestasjonstjenesten finansieres i sin helhet av kommunene. Lege- og fysioterapitjenesten er også et kommunalt ansvar, men en stor del av det kurative arbeidet finansieres gjennom overføringer fra folketrygden. Likevel vil kommunenes inntektsnivå legge føringer for de aktører som definerer tjenestetilbudet lokalt (Elstad 1989). Beslutninger om å øke personellinnsatsen i det kommunale helsetilbudet må nødvendigvis gjøres på grunnlag av den generelle økonomiske situasjonen kommunen befinner seg i. En undersøkelse viser at de kommunale variasjoner i inntektsnivå over tid har vært økende (Sørensen 1992). Variasjoner i personellinnsats knyttes her til mål for kommunenes inntekter, nemlig "inntekt i alt"² og "inntekt fratrukket normerte utgifter"³. Målene er utviklet av Kommunal- og arbeidsdepartementet (1993). Begrepet inntekter i alt har enkelte svakheter. Kommuner med høye "inntekter i alt" kan ikke nødvendigvis gi sine innbyggere et tjenestetilbud over gjennomsnittet fordi kommunen kan ha en mer kostnadskreven struktur enn gjennomsnittet. Overføringer fra staten utgjør en vesentlig del av kommunenes inntektsgrunnlag, og intensjonen i overføringssystemet er nettopp å kompensere for variasjoner i kostnader. Begrepet "inntekt fratrukket normerte utgifter" er beregnet ved at det korrigeres for variasjoner i normerte utgifter. Dette begrepet er mer hensiktsmessig dersom problemstillingen er å undersøke om variasjoner i kommunenes inntekter har konsekvenser for omfanget av personellressurser i helsetjenesten.

Tabell 3.3 gir en oversikt over hvordan de ulike egenskapene vi ønsker å knytte til variasjoner i personellinnsats er målt. Tabellen viser variasjonen kommunene imellom for de ulike målene.

Tabell 3.3. Egenskaper ved kommunene som påvirker behov for helsetjenester. Variasjonskoeffisient¹ (CV) og prosentiler²

Variabel	CV	P10	P90
Kostnadsrelaterte behovsfaktorer			
Antall personminutter pr. innbygger ³	82	6	24
Kommunestørrelse (log)	13	7	10
Befolkningsrelaterte behovsfaktorer			
Prosentandel over 80 år	32	3	7
Prosentandel 0-4 år	14	5	8
Prosentandel uføre-/attføringstilfeller 35-55 år	34	6	15
Andel helt arbeidsledige i prosent av arbeidsstyrken	37	3	7
Andel sosialhjelpstilfeller pr. innbygger 20-40 år	39	4	11
Dødelighet pr. 100 000 innbyggere 0-64 år. Kjønn- og aldersstandardisert. Gjennomsnitt for perioden 1984-1993 ⁴ ...	27	1 630	3 080
Antall som mottok overgangsstonad pr. 100 kvinner 20-39 år	38	4	10
Innteksrelaterte faktorer			
Behovskorrigert inntekt, kroner pr. innbygger ⁵	58	3 061	8 205
Inntekter i alt, kroner pr. innbygger ⁵	28	13 207	24 701

¹Variasjonskoeffisientene er beregnet som standardavvikets prosentuelle andel av gjennomsnittet. ²Prosentilene viser at 80 prosent av kommunene har verdier som faller innenfor nivået angitt av 90- og 10-prosentilen, mens 10 prosent av kommunen har høyere verdier enn 90-prosentilen, og 10 lavere verdier enn 10-prosentilen. ³Jf. Kommunaldepartementet 1990. ⁴Mål for dødelighet i kommunene er utviklet av Statistisk sentralbyrå på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, jf. Sosial- og helsedepartementet 1995. ⁵Jf. Kommunaldepartementet 1994.

Variasjonskoeffisienten tar hensyn til at målestokken for de ulike målene er forskjellig (unntak: kommunestørrelse⁴). Vi har dermed et sammenlignbart mål for variasjon, og ser at spredtbygdhet (personminutter) og behovskorrigert inntekt (inntekt fratrukket normerte utgifter) varierer relativt mye mellom kommunene, mens andel barn og inntekter i alt varierer relativt lite.

² Inntekt i alt består av innteksskatt og formuesskatt fratrukket kommunenes folketrygdtilskudd, og samlet rammetilskudd til den enkelte kommune. Øremerkede tilskudd, gebyrer og renteinntekter er ikke inkludert i inntekter i alt. Rammetilskuddet fra staten utgjør en vesentlig del av inntekt i alt. Størrelsen på rammetilskuddet bestemmes av en rekke kriterier. Intensjonen med kriteriene er at de skal kompensere for ulike behovsskapende forhold. Kriteriene inkluderer f.eks. andel eldre, andel barn og spredtbygdhet. Dette innebærer at inntektsmålet også reflekterer variasjoner i behov.

³ For å få et mer «rensket» mål for økonomisk evne, er inntekter i alt fratrukket normerte utgifter til skole-, helse-, kultur- og sosialsektor. Utgiftene er beregnet ved bruk av kriteriene i inntektsystemet, som bestemmer rammetilskuddet. I den grad disse kriteriene fanger opp ulikheter i behovsskapende forhold, står vi igjen med et mer sammenlignbart mål for kommunenes muligheter til å gi innbyggerne en personelldekning for de offentlige tjenestene utover gjennomsnittet.

⁴ For kommunestørrelse er det manipulert med målestokken, slik at koeffisienten ikke er sammenlignbar med de andre målene. Folketallet er overført til logaritmisk form, noe som innebærer at spesielt store avvik fra gjennomsnittet reduseres. Dette er gjort for å oppnå et mål for kommunestørrelse som er tilnærmet normalfordelt.

Hoping av negative levekårsfaktorer og kostnadskrevede forhold i enkelte kommuner

Fra analyser av storbyer er det et kjent fenomen at negative levekårskomponenter er overrepresentert i bestemte deler av byene, og at boligmarkedet og individuelle forskjeller i inntekter er viktige mekanismer som skaper og vedlikeholder sosiale ulikheter mellom ulike bomiljøer. Matrisen under viser tydelige positive korrelasjoner mellom arbeidsløshet, omfang av attføring og uførhet, dødelighet og personer med overgangsstønad eller sosialhjelp. Bor du f.eks. i en kommune med relativt mange arbeidsledige, øker sannsynligheten for at dødeligheten er høy, at relativt mange personer har attføring, er uføre, mottar overgangsstønad eller får sosialhjelp. Tabellen viser også at behovsskapende forhold som kommune-størrelse og eldreandel er korrelert. Den mest tydelige sammenhengen er mellom totale inntekter og kommunestørrelse. Små kommuner har gjennomgående høyere inntekter enn andre, dette gjelder også i noen grad behovskorrigert inntekt. Inntekt er også relativt nært korrelert med andel eldre.

Metode for å bestemme samvariasjon mellom personellinnsats og andre egenskaper ved kommunene

Ved hjelp av multivariate regresjonsanalyser⁵ bestemmes de egenskaper ved kommunene som utviser signifikante sammenhenger med personellinnsatsen i de tre tjenestene (P-verdier som er mindre enn 0,05 viser at sammenhengen er signifikant, dvs. at den neppe skyldes tilfeldigheter). Analysene forteller også hvor stor del av variasjonen i personellinnsats som kan tilbakeføres til de egenskaper ved kommunene som modellene definerer som signifikante (R^2). Den første modellen består av inntekt i alt, i tillegg til kostnads- og befolkningsrelaterte behovsmål. Modell 2 anvender inntekt fratrukket normerte utgifter som inntektsmål, mens modell 3 kun består av kostnads- og befolkningsrelaterte behovsmål.

Tabell 3.4. Samvariasjon mellom ulike egenskaper ved kommunene. Pearsons R

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Antall innbyggere.....	1,00									
2. Personminutter	-0,12	1,00								
3. Andel over 80 år	-0,52	0,18	1,00							
4. Andel 0-4 år.....	0,23	***	-0,53	1,00						
5. Inntekter.....	-0,7	0,28	0,4	***	1,00					
6. Korrigert inntekt.....	-0,22	***	***	0,15	0,73	1,00				
7. Sosialhjelp.....	0,35	***	-0,21	-0,15	-0,2	***	1,00			
8. Uføre/attføring.....	***	0,17	***	-0,23	0,12	0,16	0,45	1,00		
9. Arbeidsledige.....	***	0,11	-0,11	-0,17	***	0,11	0,5	0,47	1,00	
10. Dødelighet.....	-0,32	0,28	0,31	-0,39	0,39	0,24	0,23	0,48	0,36	1,00
11. Overgangsstønad.....	0,15	0,11	-0,17	***	***	0,16	0,42	0,4	0,53	0,32

*** Ingen signifikant korrelasjon

⁵ I tabell 3.5 til 3.7 angis de egenskaper som er signifikante i hver modell. P-verdier som er mindre enn 0,0500 angir at sammenhengen er signifikant på 5 prosent nivå eller lavere. I analysene ble den statistiske programpakken SAS og prosedyrene PROC REG og SELECTION = STEPWISE benyttet. Disse prosedyrene velger først den variabelen som best forklarer variasjonen i responsen, neste trinn de tre variablene osv. En variabel valgt inn på et trinn kan sparkes ut på et senere trinn dersom variabelen ikke er signifikant når det kontrolleres for de øvrige variablene prosedyren har valgt. Rangeringen av variablene som følger av denne prosedyren er gjengitt i tabellene. Fortegnet til estimatet angir retningen i sammenhengen. Et negativt estimat betyr at personellinnsatsen øker dersom verdien på den variabelen det gjelder blir mindre. Kommunestørrelse er et eksempel på dette, personellinnsatsen avtar med økende innbyggertall (tabell 3.5, 3.7). Positivt fortegn innebærer at personellinnsatsen øker med økende verdier på den egenskapen ved kommunene som undersøkes. Inntekt er et eksempel på dette. Prosent forklart standarddeviasjon (R^2) angir i hvilken grad variablene kan predikere nivået på personellinnsats. I tabellene er verdiene gjengitt kumulativt, vi kan da se hvor mye modellens forklaringskraft øker når nye variabler inkluderes.

3.3.2. Legetjenesten

I den første modellen er det samlet inntekt som i størst grad samvarierer med personellinnsats. Også kommunestørrelse og sosialhjelp knyttes til variasjoner i legedekning. En liten kommune med høye inntekter og relativt mange sosialhjelpsklienter har ofte god legedekning. I alt er det 43 prosent av variasjonen i personellinnsats (R^2 kum. = 0,432) som kan føres tilbake til disse egenskapene ved kommunen. Gitt at inntekt og kommunestørrelse er konstant, vil legedekningen også øke noe i kommuner med mange sosialhjelpsklienter. Denne økningen er beskjeden, siden forklaringskraften øker med under 1 prosent når sosialhjelp inkluderes i modellen. Dersom samlet inntekt byttes med behovskorrigert inntekt (modell 2), får modellen en noe lavere forklaringskraft (R^2 = 0,418). Som forventet er egenskaper som uttrykker behov viktigere i denne modellen: Kommunestørrelse velges som mest signifikant. Spredtbygde kommuner med lange reiseavstander til kommunesenteret har bedre legedekning enn andre kommuner. Også sosialhjelp har betydning.

Videre viser resultatene at kommuner med relativt høy behovskorrigert inntekt har bedre legedekning enn andre kommuner, gitt at kommunestørrelse, spredtbygghet og sosialhjelp er konstant. Disse kommunene har altså bedre legedekning enn behovene (målt som kommunestørrelse, spredtbygghet og sosialhjelp) skulle tilsi. Dersom mål for inntekt utelukkes fra analysen (modell 3), gjenstår kommunestørrelse og spredtbygghet som signifikant. Små kommuner med lange reiseavstander har flere årsverk pr. innbygger enn andre kommuner. Av de befolkningsrelaterte behovsfaktorene blir sosialhjelp erstattet av dødelighet. Det er 37 prosent av variasjonen i legedekning som kan relateres til befolknings- og kostnadsrelaterte behovsfaktorer alene.

Tabell 3.5 viser at innbyggere i kommuner med et relativt høyt inntektsnivå, enten målt som totale inntekter eller behovskorrigerte inntekter, har et bedre legetilbud enn andre kommuner. Det er ikke tvil om at inntekt påvirker legedekningen i kommunene.

Tabell 3.5. Legetjenesten. Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. 1994. (N=432)

Variabel	Estimat	P-verdi	R ² (kum.)
Modell 1			
1. Inntekt i alt ¹	0,0003	0,0001	0,377
2. Log (folketall) ²	-1,2139	0,0001	0,425
3. Sosialhjelp ¹	0,1226	0,0227	0,432
Personminutter ¹ .....	.	***	.
Andel innb. over 80 år .....	.	***	.
Andel innb. 0-4 år .....	.	***	.
Uføre/attføring ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Dødelighet ¹ .....	.	***	.
Overgangsstonad ¹ .....	.	***	.
Modell 2			
1. Log (folketall)	-1,9623	0,0001	0,342
2. Korrigert inntekt ¹	0,0003	0,0001	0,401
3. Personminutter ¹	0,0339	0,0053	0,412
4. Sosialhjelp ¹	0,1130	0,0387	0,418
Andel innbyggere over 80 år .....	.	***	.
Andel innbyggere 0-4 år .....	.	***	.
Uføre/attføring ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Dødelighet ¹ .....	.	***	.
Overgangsstonad ¹ .....	.	***	.
Modell 3			
1. Log (folketall)	-1,9119	0,0001	0,342
2. Dødelighet ¹	0,0007	0,0004	0,361
3. Personminutter ¹	0,0297	0,0226	0,369
Andel innbyggere over 80 år .....	.	***	.
Andel innbyggere 0-4 år .....	.	***	.
Uføre/attføring ¹ .....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Overgangsstonad ¹ .....	.	***	.

*** Ikke signifikant

¹ For definisjonen av variable, se tabell 3.3. ² Innbyggertallet er ikke en normalfordelt variabel, og er derfor overført til logaritmisk form. For kommuner med mindre enn 50 000 innbyggere fikk kommunene verdier mellom 5,3 og 10,8. Også i en logaritmisk skala fikk de største kommunene relativt store avvik fra gjennomsnittet. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere ble derfor tildelt verdien 10,8

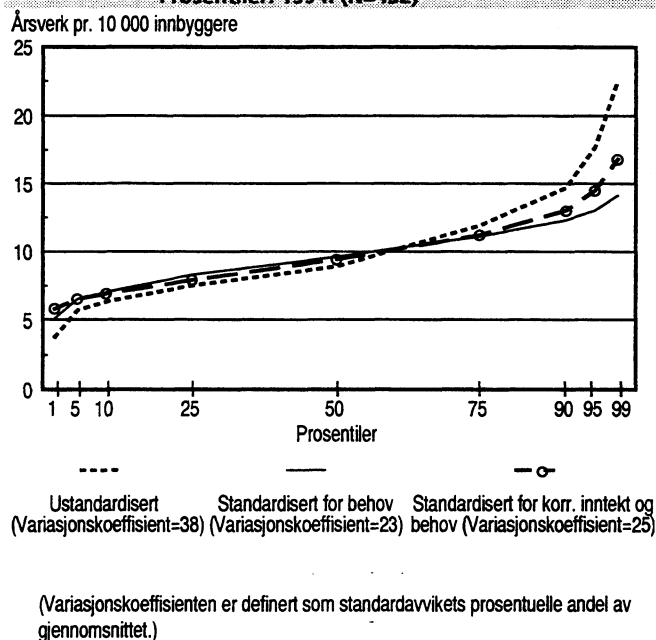
Analysene gir imidlertid ikke grunnlag for å konkludere at inntekt er betydelig viktigere enn de andre egenskapene som er nevnt. Hovedgrunnen til dette er samvariasjonen (tabell 4.4) mellom inntekt og øvrige forklaringsvariable, spesielt kommunestørrelse. Spredtbygdhet blir signifikant, og kommunestørrelse defineres som viktigst i modell 2. Når disse variablene har mindre betydning når samlet inntekt brukes som inntektsmål, er bakgrunnen for dette trolig at ulikheter i behov i noen grad er bygget inn i kommunenes inntekter gjennom statens overføringer til kommunene via inntektsystemet. At forklaringskraften til modell 3 ikke er vesentlig mindre enn de øvrige modellene (37 mot 41 og 43 prosent) viser også hvor vanskelig det er med det statistikkgrunnlaget som foreligger, å trekke en entydig konklusjon om betydningen av inntektsnivået sammenlignet med behovsskapende egenskaper ved kommunene.

De kostnadsrelaterte behovsfaktorene som er vurdert, har betydning for legedekningen (kommunestørrelse og spredtbygdhet). Det er påvist svake, men signifikante sammenhenger mellom enkelte befolkningsrelaterte behovsfaktorer og legedekning. Dødelighet og sosialhjelp har en viss betydning, mens legedekningen i kommunene er upåvirket av alderssammensetning, omfang av uføre/attføringstilfelle og arbeidsløshet.

Standardisering for behov tar bort en vesentlig del av ulikhetene mellom kommunene

I figur 3.3 er variasjonen i legeårsverk pr. innbygger beskrevet ved hjelp av prosentiler. Gjennomsnittskommunen (medianverdi/50 prosentilen), har 8,9 årsverk pr. 10 000 innbyggere. Halvparten av kommunen har altså høyere eller lavere årsverksinnsats enn dette. Det er et mindre antall kommuner (over 90 prosentilen) som i særlig grad bidrar til variasjonen i legedekning. Dette dreier seg nesten utelukkende om små kommuner. Som figuren også viser, varierer kommunene mellom 25 og 75 prosentilen (50 prosent av kommunene) over en relativt liten skala. På grunnlag av modell 2 og 3 er det utarbeidet standardiserte mål for årsverk pr. 10 000 innbygger. Disse målene beskriver legedekningen i kommunene slik den framkommer når det er kontrollert for de sammenhenger som eksisterer mellom legedekning og de variablene modellene angir. Kommunene varierer over en langt mindre skala dersom det kontrolleres for kostnads- og befolkningsrelaterte behovsfaktorer i kommunen. Variasjonskoeffisienten reduseres fra 38 til 23. Det er særlig kommuner i den øverste del av skalaen som får redusert sin årsverksinnsats. Dersom behovskorrigert inntekt inkluderes i modellen, øker variasjonen noe.

Figur 3.3. Legetjenesten. Kommunale variasjoner i legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov og inntektsnivå. Prosentiler. 1994. (N=432)



3.3.3. Fysioterapitjenesten

For fysioterapitjenesten gjennomføres samme analyse som for legetjenesten. Igjen viser det seg at kommunestørrelse, inntekt og spredtbygdhet er signifikant. Også alderssammensetning er signifikant, idet kommuner med lav barneandel har relativt god fysioterapidekning. Når kommuner med få barn ikke har prioritert fysioterapitjenesten, mens det ikke er noen sammenheng mellom satsing på fysioterapi og eldreandel, kan dette bety at fysioterapitjenesten først og fremst retter seg mot den yrkesaktive delen av befolkningen (Romøren 1989:179). Resultatene skiller seg imidlertid på de fleste punkter fra legetjenesten:

- Regresjonsmodellene har lav forklaringskraft, mellom 7 og 9 prosent av variasjonen i fysioterapidekning kan føres tilbake til de undersøkte egenskaper ved kommunene.
- Retningen i sammenhengene er forskjellig. For fysioterapitjenesten øker personellinnsatsen med økende kommunestørrelse (estimatet har positivt fortegn), og minker med økende spredtbygdhet (estimatet har negativt fortegn). Tjenesten har med andre ord et sentrumsorientert geografisk fordelingsmønster. Små kommuner har, på tross av lange reiseavstander (hjemmefysioterapi) og andre smådriftsulemper, færre fysioterapiårsverk i forhold til innbyggertallet enn andre kommuner.

Alderssammensetning er av en viss betydning, i noen grad er det slik at minkende barneandel fører til bedre fysioterapidekning.

Tabell 3.6. Fysioterapitjenesten. Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. 1994. (N=432)

Variabel	Estimat	P-verdi	R ² (kum.)
Modell 1			
1. Log (folketall) ²	21,2827	0,0003	0,029
2. Andel innbyggere 0-4 år	-22,5285	0,0002	0,060
3. Personminutter ¹	-1,1345	0,0127	0,074
Andel innbyggere over 80 år.....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Uføre/attføring ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Dødelighet ¹ .....	.	***	.
Overgangsstonad ¹ .....	.	***	.
Inntekt i alt ¹ .....	.	***	.
Modell 2			
1. Log (folketall)	21,2827	0,0003	0,029
2. Andel innbyggere 0-4 år	-22,5285	0,0002	0,060
3. Personminutter ¹	-1,1345	0,0127	0,0744
4. Korrigert inntekt ¹	0,0050	0,0072	0,090
Andel innbyggere over 80 år.....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Uføre/attføring ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Dødelighet ¹ .....	.	***	.
Overgangsstonad ¹ .....	.	***	.
Modell 3			
1. Log (folketall)	21,2827	0,0003	0,029
2. Andel innbyggere 0-4 år	-22,5285	0,0002	0,060
3. Personminutter ¹	-1,1345	0,0127	0,074
Andel innbyggere over 80 år.....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Uføre/attføring ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Dødelighet ¹ .....	.	***	.
Overgangsstonad ¹ .....	.	***	.

*** Ikke signifikant

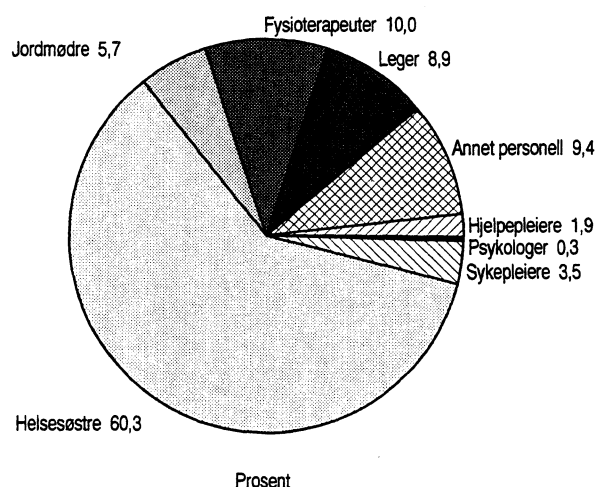
¹ For definisjonen av variable, se tabell 3.3. ² Innbyggertallet er ikke en normalfordelt variabel, og er derfor overført til logaritmisk form. For kommuner med mindre enn 50 000 innbyggere fikk kommunene verdier mellom 5,3 og 10,8. Også i en logaritmisk skala fikk de største kommunene relativt store avvik fra gjennomsnittet. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere ble derfor tildelt verdien 10,8.

3.3.4. Skole- og helsestasjonstjenesten

I den løpende statistikken samles det inn opplysninger om ulike yrkesgruppers arbeidsinnsats i skole- og helsestasjonstjenesten. Det er helsesøstrene som står for vel 60 prosent av årsverksinnsatsen. Tjenesten er rettet mot barn og barnefamilier, slik at indikatorer for sykkelighet (dødelighet og attføring/uføretrygd) ikke er tatt med i analysene. Generelt vil likevel indikatorer for sykkelighet være høyst relevant, høy sykkelighet og dødelighet peker jo nettopp mot behov for forebyggende tiltak. Indikatorer for sosiale problemer er beholdt, begrunnelsen for dette er en påvisning av at enslige forsørgere og arbeidsløse har mer tidkrevende kontakter med helsesøster enn andre (Finnvold 1994).

Igjen er det kommunestørrelse og inntekt som samvarierer med personellinnsatsen. Kommuner med god økonomi, enten målt som totale inntekter eller behovskorrigert inntekt, har flere årsverk pr. innbygger enn andre kommuner. Og små kommuner har gjennomgående mer personell enn gjennomsnittet.

Figur 3.4. Utførte årsverk av ulike yrkesgrupper i skole- og helsestasjonstjenesten. Prosent. 1994. (N=2 372)



Tabell 3.7. Skole- og helsestasjonstjenesten. Multivariat regresjonsanalyse av variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. 1994. (N=432)

Variabel	Estimat	P-verdi	R ²
Modell 1			
1. Inntekt i alt ¹	0,0002	0,0001	0,212
2. Log (folketall) ²	-0,4640	0,0030	0,226
Andel innbyggere 0-4 år .....	.	***	.
Personminutter ¹ .....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Overgangsstønad ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Modell 2			
1. Log (folketall).....	-0,8462	0,0001	0,165
2. Korrigert inntekt ¹	0,0002	0,0001	0,203
Andel innbyggere 0-4 år .....	.	***	.
Personminutter ¹ .....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Overgangsstønad ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.
Modell 3			
1. Log (folketall).....	-0,4640	0,0030	0,1655
2. Andel innbyggere 0-4 år	0,2696	0,0229	0,1754
Personminutter ¹ .....	.	***	.
Sosialhjelp ¹ .....	.	***	.
Overgangsstønad ¹ .....	.	***	.
Arbeidsledige ¹ .....	.	***	.

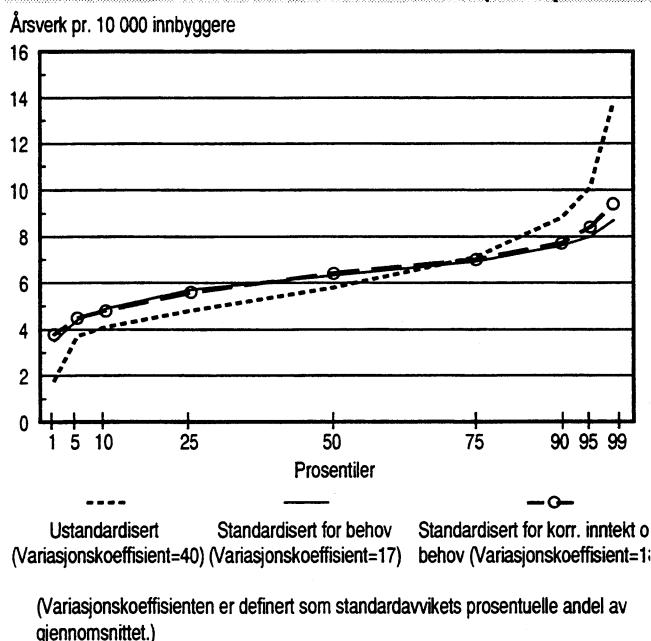
*** Ikke signifikant

¹ For definisjonen av variable, se tabell 3.3. ² Innbyggertallet er ikke en normalfordelt variabel, og er derfor overført til logaritmisk form. For kommuner med mindre enn 50 000 innbyggere fikk kommunene verdier mellom 5,3 og 10,8. Også i en logaritmisk skala fikk de største kommunene relativt store avvik fra gjennomsnittet. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere ble derfor tildelt verdien 10,8

Dette samsvarer med analysen av legetjenesten, men sammenhengene er mindre tydelige. Modell 1 og 2 kan redegjøre for mellom 21 og 23 prosent av variasjonen i personellinnsats mellom kommunene, mens tilsvarende for legetjenesten var 41 og 43 prosent. Igjen er det vanskelig å påstå at kommuneøkonomien er den avgjørende faktor, en modell bestående av kostnads- og befolkningsrelaterte variabler alene kan redegjøre for 18 prosent av variasjonen i personellinnsats. I denne modellen er det alderssammensetning og kommunestørrelse som er signifikant.

Også for skole- og helsestasjonstjenesten er variasjonen mellom kommunene gitt en grafisk presentasjon. Figur 3.5 viser den samme tendensen som for legetjenesten. Når det standardiseres for kostnads- og befolkningsrelaterte behovsindikatorer avtar variasjonen mellom kommunene, mens en standardisering for behovskorrigert inntekt øker variasjonene noe.

Figur 3.5. Skole- og helsestasjonstjenesten. Kommunale variasjoner i årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov og inntektsnivå. Prosentiler. 1994. (N=434)



3.3.5. Oppsummering: Er kommunene bedre enn sitt rykte?

Som nevnt innledningsvis beskrives ofte ulikhetene mellom kommunene som store, urettferdige eller tilfeldige. Situasjonen for fysioterapien kan i noen grad bekrefte en slik beskrivelse, dersom det forutsettes at de mål på behov som er anvendt i modellene er relevante for fysioterapitjenesten. I analysen av kommunenes interne prioritering av fysioterapeutenes ressursinnsats, er det ikke påvist at alderssammensetningen i kommunene påvirker hvor stor del av personellressursene som går til eldreomsorg og skole-/helsestasjon. I den grad det er påvist systematiske sammenhenger mellom variasjoner i personellinnsats og andre egenskaper ved kommunene, er det mindre personellinnsats i kommuner med relativt store forventede behov (små kommuner med lange reiseavstander). Hva er det som ligger bak fysioterapitjenestens avvikende og sentrumsorienterte fordelingsmønstre? Problemstillingen er diskutert av Bård Paulsen, som har funnet to mulige forklaringer på fenomenet (Paulsen 1989:30). En forklaring knytter fordelingsmønsteret til yrkesgruppens høye kvinneandel. Fysioterapeutene er stort sett kvinner som i stor grad følger partnerens flyttevalg, noe som antas å resultere i færre selvstendige flyttevalg til mer perifere kommuner. En annen forklaring peker på historiske årsaker og mangel på politisk styring. I tiden før kommunene fikk ansvaret for tjenesten var den «relativt uforstyrret av helsepolitiske målsettinger og administrative styringsforsøk».

Den tilsynelatende mangelen på rasjonelle geografiske fordelingsmønstre for fysioterapitjenesten er imidlertid ikke representativ for andre deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder kommunenes interne prioritering av legeressursene, er det faktisk slik at kommuner med mange eldre bruker en relativt stor del av legeårsverkene i eldreomsorgen, og i kommuner med mange barn bruker legene noe mer tid på skole- og helsestasjonsarbeid. Over er det vist at kommuner med relativt store behov for legetjenester og skole-/helsestasjonstjenester også har mer personell enn andre kommuner. Dersom det kontrolleres for disse sammenhengene blir ulikhetene klart mindre (figur 3.3, 3.5). Dette samsvarer også med tidligere analyser av kommunale eldreomsorgstjenester, som viser at befolknings- og kostnadsrelaterte behovsfaktorer har innflytelse på personellinnsatsen. Både når det gjelder hjemmetjenestene og eldreinstitusjonene er det dokumentert sammenhenger mellom behovsfaktorer og personellinnsats som faktisk er mer tydelige enn tilfellet er for legetjenesten (Finnvold 1993). Det finnes også andre studier av kommunal ulikhet som balanserer et bilde av en «irrasjonell» kommunal helsetjeneste som ikke får til noe samsvar mellom behov og tiltak (Sørensen, Rongen og Grytten 1995).

deltjenestene knyttet til omfang av personellressurser. Inntektsnivåets betydning blir noe mindre dersom det behovskorrigerede inntektsmålet anvendes i analysene. Det er vanskelig å avgjøre empirisk om inntektsnivået i større grad enn behovsfaktorer påvirker årsverksinnsatsen for legetjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten. Bakgrunnen for dette er at høyinntektskommunene også har relativt store behov for helsetjenester, jf. tabell 3.4.

De kommunale ulikhetene i ustandardiserte årsverk pr. innbygger for legetjenesten og skole-/helsestasjonstjenesten er av samme omfang som variasjoner i arbeidsledighet og sosialhjelp/overgangsstønad (jf. tabell 3.3 og figur 3.3 og 3.5). Når ulikhetene i helsetilbud ofte framstår som urimelige, kan dette i noen grad forklares med en fokusering på ekstremverdier. Flere aktører har interesse av en slik fokusering. Kommunale ulikheter er et tema egnet for oppslag i media, gjerne fulgt opp av reportasjer fra den "beste" og "verste" kommune. Opposisjonspolitikere og representanter for yrkesorganisasjonene vil også bemerke kontraster mellom enkeltkommuner for å peke på behovet for politisk handling. I en rapport utarbeidet på oppdrag fra hjelpepleierforbundet brukes tall for kommuner med høyeste og laveste verdi som illustrasjon på variasjonen mellom kommunene (De Facto 1993). En slik framstilling gir begrenset innsikt i omfanget av ulikhet. Som vist i figur 3.3 og 3.5 varierer kommunene mellom 10- og 90-prosentilen over en like stor skala som kommunene mellom 90- og 99-prosentilen, og da er ekstremverdiene holdt utenfor. Som nevnt er kommuner som utmerker seg med svært høy personelldekning små. Kommunene med en legedekning over 90-prosentilen utgjør 10 prosent av kommunene, mens innbyggerne i disse kommunene utgjør kun 1,6 prosent av totalbefolkningen.

Hva vet vi egentlig om årsakene til ulikheter i personellinnsats? For det første er det en vesentlig del av variasjonen mellom kommunene (60-80 prosent) i lege- og skole-/helsestasjonstjenesten som analysene ikke kan redegjøre for. For det andre har vi begrenset kunnskap om de mekanismene som formidler sammenhengene som er påvist mellom personellinnsats, kommuneøkonomi og ulike behovsskapende forhold. Resultatene over er følgelig først og fremst en beskrivelse av fenomenet kommunal ulikhet og dens samvariasjon med andre egenskaper ved kommunene.

Inntektsnivået i kommunene er for alle de tre

4. Kontinuiteten i småbarnsfamiliers kontakt med lege

4.1. Innledning

Kontinuitet i legetjenesten forbindes som oftest med det å ha fast lege. Over tid bygges en fortrolig relasjon, der legen tar et ansvar for å løse sine pasienters helsemessige problemer. I en oversikt over antatte positive og negative sider ved det å ha fast lege er de positive sidene i klart flertall (Hjortdahl 1994: 15-21): Legen får bedre kunnskap om og interesse for sine pasienter. Mulighetene til å erkjenne både eksisterende og skjulte lidelser hos pasientene øker. Pasientene blir på sin side mer tilfredse, og får mer tillit og tiltro til legen. Pasientens motivasjon for å følge legens råd antas å øke. Å ha fast lege hevdes også å være et godt utgangspunkt for å behandle psykososiale og familierelaterte problemer. Negative sider er i mindre grad belyst. Blant annet mener noen at kontinuitet kan skape for sterke personlige bånd, som kan svekke legens evne til å foreta medisinsk-faglige vurderinger. Pasientene kan også passifiseres ved at det skapes en lojalitet som hindrer pasientene i å bli mer rasjonelle konsumenter av helsetjenester.

Fra antakelser til empirisk påviste sammenhenger: Det finnes eksempler på studier som dokumenterer negative konsekvenser av kontinuitet, og studier som ikke påviser konsekvenser. Dokumentasjonen som påviser positive følger av det å ha fast lege, er mer omfangsrik, men ifølge Hjortdals litteraturstudie mindre enn forventet på bakgrunn av de mange forventede positive sidene. Fra en norsk kontekst framholder Olav Rutle at god allmennpraksis kjennetegnes av kontinuitet i behandlingen av kroniske og alvorlig syke pasienter (Rutle 1986). Hjortdahl finner at kontinuitet er viktig fordi den øker yrkesutøvernes kunnskap om pasientene, og bidrar til å utvikle deres medisinske ansvarsfølelse (Hjortdahl 1992). I noen grad bidrar også kontinuitet til øket pasienttilfredshet (Hjortdahl og Lærum 1992).

Det er også en uttalt helsepolitisk målsetting at allmennlegetjenesten bør organiseres slik at pasientene kan få en fast legekontakt (Sosialdepartementet 1990). Det betones at bestemte brukergrupper som eldre, kronisk syke og funksjonshemmede har et spesielt behov for en fast legekontakt. De sentrale helsepolitiske

myndigheter vurderer nå å innføre en ordning der alle får en fast lege å forholde seg til. Ordningen kalles listepasientsystem, og betegnes også som fastlegesystem. Ordningen innebærer at pasientene setter seg opp på en liste hos legen de ønsker å bruke. Pasientene kan innenfor ulike tidsintervaller velge lege på nytt, slik at prinsippet om fritt legevalg opprettholdes.

I 1993 startet et forsøk med listepasientsystem i fire forsøkskommuner, Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes. Listepasientsystemet ble innført for en periode på 3 år etter modeller utviklet i England, Nederland og Danmark, som har innført fastlegeprinsippet. En brukerundersøkelse i forsøkskommunene viser blant annet at de fleste ønsker å ha fast lege (Opdahl Mo 1995). Videre viser undersøkelsen at flere føler seg tryggere på legen etter at fastlegeordningen ble innført. De fleste som ble spurt (84 prosent), ønsket at fastlegeordningen skulle innføres på permanent basis. Innføring av fastlegeordningen har ifølge evalueringen medført bedre tilgjengelighet, både når det gjelder ventetid på legetime, telefontilgjengelighet og øyeblikkelig hjelp.

Mye tyder på at de fleste ønsker å ha en fast lege. Kontinuitet er også en helsepolitisk målsetting, og flere empiriske undersøkelser antyder at vi får en bedre helsetjeneste dersom folk flest har en fast lege å forholde seg til. Det er derfor mulig at fravær av en kontinuerlig relasjon kan få negative følger for brukerne. Å fokusere på *manglende kontinuitet* innebærer dermed å fokusere på et problem. I diskusjonen over har konsekvensene av kontinuitet vært i fokus. I det følgende blir oppmerksomheten rettet mot *omfanget av og årsakene til manglende kontinuitet*. To hovedproblemstillinger vil bli undersøkt:

- Omfang av manglende kontinuitet; hvor stor andel av befolkningen er det som sjelden eller aldri benytter en fast lege når de er syke?
- Belyse årsaker til manglende kontinuitet gjennom å identifisere kjennetegn ved befolkningsgrupper som mangler en kontinuerlig legerelasjon.

4.2. Årsaker til manglende kontinuitet i legerelasjonen: hypoteser

Problemstillingene blir besvart med data fra en individbasert utvalgsundersøkelse. Undersøkelsespopulasjonen består av kvinner som har hatt legebesøk på grunn av egen eller barns sykdom det siste året. Undersøkelsen er gjennomført og finansiert av Statistisk sentralbyrå. I det følgende vil svarpersoner som har valgt svaralternativer som begynner med nei på spørsmål om de alltid bruker samme lege, karakteriseres som *brukere med manglende kontinuitet i kontakten med legetjenesten*. Dette forutsettes å være mennesker eller barnefamilier som av eget valg eller andre årsaker har hatt kontakt med relativt mange leger. Hva kjennetegner disse svarpersonene?

Framstillingen fokuserer på tre forklaringsfaktorer:

- Trekk ved det lokale legetilbudet.
- Brukergrupper som er disponert for hyppige legebytter.
- Negative erfaringer med legetjenesten.

For det første kan manglende kontinuitet være en konsekvens av de respektive kommuner og bydelers evne og muligheter til legge forholdene til rette for at brukerne kan få en fast lege. Dette er organisatoriske forhold som brukerne i mindre grad kan påvirke. For det andre finnes det grupper i befolkningen man antar har en tilbøyelighet til relativt hyppige legebytter. Og for det tredje kan manglende kontinuitet tolkes som en følge av negative erfaringer med legetjenesten. Folk får ikke løst sine problemer og velger en annen lege som følge av dette.

Vi vil i det følgende definere egenskaper ved brukerne som kan relateres til manglende kontinuitet i legerelasjonen. Mulighetene til å gjøre dette er begrensede, siden spørreskjemaet ikke først og fremst ble laget for å belyse manglende kontinuitet. Dersom dette hadde vært hovedformålet med undersøkelsen, ville f.eks. spørsmål om årsaker til bytte av lege blitt stilt. Datagrunnlaget inneholder likevel informasjon om egenskaper ved svarpersonene som kan si noe om kontinuiteten i befolkningens legetilbud. De fleste egenskaper ved svarpersonene har en begrunnelse i nevnte forklaringsfaktorer, men noen er også inkludert etter en mer "induktiv" strategi.

4.2.1. Forklaringer knyttet til trekk ved bosted og lokalt legetilbud

Allmennlegetjenesten er et kommunalt ansvar. Brukerne skal i prinsippet benytte de legetjenester bostedskommunen tilbyr. Kommunenes evne til å sørge for personellmessig stabilitet i legetjenesten, og til å legge forholdene til rette for at brukerne får en fast lege, vil påvirke mulighetene til å oppfylle målsettingen om kontinuitet. Vi må anta at kommunenes evne og muligheter til å organisere legetjenesten med sikte på å bevare kontinuiteten i legerelasjonene varierer. Hvis

en slik variasjon finnes, vil bosted ha betydning for brukernes muligheter til å få en fast lege. Mulighetene vil være mindre dersom man bor i en kommune med stor personellmessig turnover, men vil øke dersom man bor i en kommune med stabilitet i legetilbudet og tiltak rettet mot å knytte den enkelte lege til bestemte brukere. Om det er distriktsorganisering, legesenter eller solo-/gruppepraksis som er mest vanlig i brukernes nærmiljø kan påvirke mulighetene til å få en stabil legerelasjon. Dette er egenskaper ved svarpersonenes bosted som er relevante, men som undersøkelsen mangler opplysninger om. Egenskaper ved svarpersonens bostedskommune som blir belyst er følgende:

- Andel av legeårsverkene utført av fast ansatte kommuneleger (fastlønsleger). Mange kommuner bygger sin legetjeneste på fast ansatte kommuneleger. Disse yrkesutøverne er kommunale lønnstakere. Det er også vanlig at kommunene organiserer legetjenesten ved å inngå samarbeidsavtaler med privatpraktiserende leger (se avsnitt 3.2). Hypotesen er at høye andeler fastlønsleger svekker mulighetene til å skape varige relasjoner mellom yrkesutøverne og befolkningen i en kommune. Begrunnelsen for dette er delvis en påstått stor gjennomtrekk i kommunelegestillinger, delvis at kommuneleger er mindre tilgjengelige enn privatpraktiserende leger. Manglende tilgjengelighet skyldes kommunelegenes relativt sterke engasjement i kommunal administrasjon. Det antas også å være relativt stor gjennomtrekk i kommunelegestillinger. Det er hevdet at lønns- og arbeidsforholdene for de kommunalt ansatte legene har utviklet seg i negativ retning sammenlignet med privatpraktiserende leger med kommunal avtale (Johnsen 1991).
- Andel av legeårsverkene utført av turnuskandidater.
- Vakansproblemer/ubesatte legestillinger. Andelen turnuskandidater ville neppe hatt innflytelse på den varierende kontinuiteten i legerelasjonen dersom dette fenomenet hadde hatt en jevn geografisk fordeling. Dette er imidlertid ikke tilfelle, 60 prosent av kommunene er uten turnuskandidater, mens andelen turnuskandidater i 25 prosent av kommunene utgjør mellom 20 og 50 prosent av den samlede årsverksinnsats i legetjenesten (se avsnitt 3.4). Andelen turnuskandidater påvirker kontinuiteten i legetilbudet på en direkte måte ved at de fleste flytter fra kommunen etter relativt kort tid. Turnuskandidatenes geografiske fordeling viser at de er overrepresentert i mindre og perifert beliggende kommuner. Dette betyr at turnuskandidater fungerer som et virkemiddel til å opprettholde nødvendig legedekning i kommuner som i mindre grad er attraktive for ferdig utdannede leger. En relativt stor andel turnuskandidater kan dermed være indikator på at også stabiliteten i de øvrige legestillingene er lav. Andelen ubesatte stillinger vil også være en indikator på at stabiliteten i de legestillinger som til enhver tid er besatt er relativt lav.

- Storbystatus (Oslo/Bergen/Stavanger).
- Sentralitet.

Hyppige bytter av lege assosieres ofte med storbyer, der det finnes et mangfoldig tilbud som i større grad åpner for å bruke forskjellige leger. Stortingsmeldingen om kommunehelsetjenesten fra 1990 inneholder følgende formulering:

"..mange allmennlegar arbeider i tilhøve her i landet som gjer at fast legekontakt fell naturleg, utan særlege tiltak anten det gjeld organisering eller finansiering. Dette er langt på veg ein realitet i grisgrente strok av landet. Derfor er problema med fast lege for det meste knytt til større bykommunar." (Sosialdepartementet 1990:72)

At mangel på fast legekontakt/bruk av mange ulike leger er et problem som i særlig grad er knyttet til storbyer, hevdes også fra forskningshold. Å ha fast lege i en by, der "*pasientene kan velge og vrake*", innebærer at pasientene i mindre grad benytter seg av sin faste lege når de først har skaffet seg en. "*Resultatene fra Bergen tyder på et dårlig samhold i lege-pasient-forholdet i en by med flere alternative tilbud og stor valgfrihet*" (Bomann-Larsen og Otterstad 1990:3511). Med andre ord: Pasientene er i mindre grad lojale mot sin faste lege fordi det finnes alternativer som det av ulike grunner er mer bekvemt å benytte. Dette er derimot ikke noe problem i landkommunene, der legetilbudet betegnes som avgrenset og oversiktlig.

Hypotesen som kan utledes av den refererte Stortingsmeldingen og Bomann-Larsen og Otterstads undersøkelse, er at befolkningen i Oslo, Bergen og Stavanger i større grad er preget av manglende kontinuitet, mens de som bor i små kommuner i distriktene har en mer kontinuerlig relasjon til legetjenesten. Denne hypotesen står følgelig i motsetning til antakelsene om at turnuskandidater og ubesatte stillinger fører til et mindre kontinuerlig legetilbud i usentrale strøk.

- Listepasientordning.

Flere større kommuner i utvalget er med i listepasientforsøket, slik at det er nødvendig med en variabel for å kontrollere for dette. Delvis er det mulig å undersøke om et helsepolitisk reformforsøk av en slik størrelse gir utslag i analysen.

4.2.2. Brukergrupper som er disponert for hyppige legebytter

- Mangel på kontinuitet: utilsiktet resultat av flyttinger. En engelsk undersøkelse av brukere som nylig var blitt registrert hos ny lege, konkluderer at det er "*a remarkable lack of consumerist behaviour in the way that people choose their doctor*" (Salisbury 1989) De fleste som registrerte seg hos en ny lege, gjorde ikke dette ut fra et nøye overveid valg. Mange bruker den legen som er nærmest, eller som man vet om ut fra opplysninger fra familie eller venner. I alt var det 83

prosent som hadde byttet lege fordi de hadde flyttet, 5 prosent fordi de var misfornøyd med den legen de hadde. Legebytte er ifølge denne undersøkelsen en utilsiktet konsekvens av flyttinger, og i mindre grad et resultat av bevisste valg om å skifte lege. Når et flertall bruker samme lege, er dette i mindre grad et resultat av et nøye overveid valg om å inngå i en mer varig relasjon. Man bruker en fast lege av trivielle årsaker som at det er mest praktisk, eller rett og slett av gammel vane. Ut fra disse resonnementene blir hypotesen at få egenskaper ved svarpersonene, med unntak av flyttinger, har betydning for kontinuiteten i legerelasjon.

- "Doktor-shopping".

I enkelte arbeider har begrepet "doktor-shopping" dukket opp. Utgangspunktet er det motsatte av Salisbury: Det finnes befolkningsgrupper som ut fra eget valg bytter lege relativt ofte, uten eksplisitte anbefalinger eller henvisninger fra helsetjenesten, og "doktor-shopping" er relativt utbredt i enkelte befolkningsgrupper.

Jon Ivar Elstad finner i litteraturen om emnet nokså ulike beskrivelser av fenomenet (Elstad 1991). For noen er "doktor-shopping" noe positivt, et uttrykk for en økende forbrukerbevissthet. Gjennom selvstendige vurderinger leter brukerne seg fram til den legen de har mest tiltro til. Andre er mer negative, og framholder at pasientene ikke kan vurdere legens faglige kompetanse. Dessuten fører "doktor-shopping" til flere konsultasjoner og økende press på legetjenesten uten at bedre kvalitet oppnås. Det finnes også en mer snever og entydig negativ beskrivelse av fenomenet, basert på legers beskrivelse av sine praksiserfaringer. Det er snakk om ekstrem pasientatferd, der det å bytte lege i noen tilfeller er et mål i seg selv, mens andre ønsker sykemelding eller resepter, og bytter lege til de når sitt mål.

- Sykelighet hos voksne: Psykiske plager, kroniske sykdommer, egenvurdert helsetilstand og antall legekontakter siste år for egen sykdom.
- Sykelighet hos barn: Funksjonshemminger, uavklarte diagnoser, sykehusinnleggelses, fødselsvekt, antall legebesøk etter fødsel ved sykdom. En hypotese er at svarpersoner med relativt store helseproblemer har større behov enn andre for å ha en fast lege å forholde seg til. Dette begrunner at variabler som inkluderer egenvurdert sykelighet hos både barn og voksne er inkludert. Jo mer syk den enkelte er, jo mer øker behovet for en kontinuerlig legekontakt.

På den andre siden kan det tenkes at de som har mer alvorlige sykdommer, ikke får løst sine helsemessige problemer, og derfor bytter lege ofte. I allmennpraksis vet vi at det ikke alltid er like lett å stille en entydig diagnose. Mange sykdommer og lidelser er diffuse og flertydige. Det kan derfor tenkes at disse bruker-

gruppene oftere enn andre bytter lege. Et funn fra den pågående evalueringen av fastlegeforsøket er at både kronikere og personer med psykiske problemer i større grad enn andre er skeptiske til fastlegeordningen (Johnsen og Sandaune 1995). Elstad finner i sin undersøkelse flere kjennetegn ved kvinnelige "doktorshoppere", både når det gjelder sykkelighet og personlighet: De har flere helseproblemer enn andre, ofte preget av "diffuse" helseproblemer som psykiske eller psykosomatiske plager. Dette er mennesker med lidelser av en karakter helsetjenesten har problemer med å diagnostisere og behandle. I datagrunnlaget om svarpersonenes barn er det mulig å skille ut de som oppgir at de ikke vet om barnet har en funksjonshemming eller langvarig/kronisk sykdom, men at de venter på svar. For denne gruppen kan det være en fordel å ha en fast lege, samtidig som den usikre situasjonen som oppstår i forbindelse med uavklarte diagnoser kan føre til at familien velger å bruke flere leger.

- Holdning til helseprofesjoner.

Elstad finner også en gruppe mennesker som uttrykker mistillit til medisinen og har urealistiske ideer om sine egne evner til å forstå helseproblemer, og at disse i større grad enn andre bytter lege. Ideologisk pregede oppfatninger om helseprofesjoner kan altså påvirke brukernes valg av lege.

- Sosiodemografiske egenskaper ved respondentene: Utdanning, familietype og etnisitet/fødeland.

Elstad finner at problemer i samliv/ekteskap er mer utbredt blant de som ofte bytter lege. Det er også påvist at høyinntektsgrupper bytter lege oftere enn lavinntektsgrupper (Kasteler m.fl. 1976). Vi kan formulere en hypotese om at grupper med høy sosial status bruker flere leger enn andre.

- Ut fra en mer intuitiv strategi er uformelt nettverk inkludert i analysene.

4.2.3. Negative erfaringer med legetjenesten

Brukere som uttrykker misnøye med legetilbudet bytter lege oftere enn andre. Ved hjelp av paneldata slår Marquis og hennes medarbeidere fast at svarpersoner som på et tidspunkt erklærer seg misfornøyde med legetjenesten, har relativt høy sannsynlighet for å ha byttet lege på et senere tidspunkt (Marquis m.fl. 1985). Det er også dokumentert at svarpersoner som rapporterer mangel på tillit til legen, eller som har erfart at legen ikke er villig til å bruke tid nok, fører til hyppigere legebytte (Kasteler m.fl. 1976). I undersøkelsen under er svarpersoner som svarte "helt uenig" eller "uenig" i utsagnet "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt" definert som brukere med negative erfaringer. For legekontakter ved barns sykdom var formuleringen "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som feiler barnet".

4.3. Datagrunnlag

Utvalgsundersøkelsen belyser ulike sider ved brukernes erfaringer med lege- og helsestasjonstjenesten. Et utvalg med relativt stor kontaktflate til helsetjenesten, kvinner med små barn, ble stilt en rekke spørsmål om deres erfaringer med helsetjenesten. Kvinner mellom 20 og 29 år har den høyeste kontaktfrekvensen av alle grupper i allmennpraksis, blant barna er det ettåringene som oftest er hos legen (Rutle 1983). De fleste småbarnsfamilier gjennomgår et relativt omfattende vaksinasjons- og helsekontrollprogram det første leveåret. Utvalget som ble trukket var:

- Alle kvinner som fikk barn i august eller september 1993 og er født i Norge
- Alle kvinner som fikk barn i juli, august eller september 1993 og
 - hadde andre fødeland enn Norge
 - hadde registrert første oppholdsdato i Norge i 1989 eller tidligere.
- Unntatt fra utvalget:
 - Kvinner som fikk dødfødt barn eller barn som senere døde, ble unntatt fra utvalget.
 - Kvinner som fikk trillinger og firlinger.
 - Kvinner som er født i utlandet og har første oppholdsdato i Norge etter 1989, med den begrunnelse at svarpersoner som nylig er flyttet til landet av språklige grunner kan ha problemer med å forholde seg til et spørreskjema på norsk.

Med forbehold om de relativt små gruppene som ble unntatt fra utvalget, kan vi betrakte utvalget som representativt for kvinner som fikk barn første del av 1990-tallet.

Innvandrere er av ulike grunner en interessant gruppe å analysere, derfor ble innvandrere med oppholdsdato før 1989 overrepresentert ved å inkludere også de som fikk barn i juli.

Svarpersonene ble i brevet som fulgte med spørreskjemaet opplyst om at opplysninger fra Statistisk sentralbyrås registre ville bli koblet til svarene på spørreskjemaet. Svarpersonene ble opplyst om at personidentifikasjon ville bli slettet når denne koblingen var foretatt. På denne bakgrunn var det noe usikkert i hvilken grad denne koblingen av data ville føre til vegring. Det er imidlertid lite sannsynlig. Det ble motatt svar fra 7 319 av i alt 9 827 utsendte skjema. Av disse kom 920 skjema (12,7 prosent) inn etter purrende foretatt ca. fire uker etter at skjemaet første gang ble sendt ut. Dette gir en svarprosent på 75. Svarprosenten var relativt lav for innvandrere fra 3. verden (45 prosent), men også noe lavere for svarpersoner som var separert, var under 22 år, hadde lav inntekt eller lav utdanning. For disse gruppene lå svarprosenten på mellom 60 og 63 prosent. De som leverte inn skjema, hadde ikke alltid svart på alle

spørsmål, det var også et frafall på enkeltspørsmål. Et flertall av spørsmålene hadde et frafall på mellom 0,5 og 3 prosent. For enkelte spørsmål var frafallet oppe i 6 prosent.

4.4. Omfang av manglende kontinuitet

4.4.1. Hvordan måle kontinuitet

Kontinuitet kan måles på ulike måter. For eksempel er det mulig å spørre direkte om svarpersonen bruker en fast lege eller et fast legesenter. Denne framgangsmåten er brukt i helseundersøkelsene (Statistisk sentralbyrå 1987). I 1985 var det 81 prosent som oppgav at de pleide å bruke en fast lege eller legesenter når de trengte legehjelp. For kvinner var denne andelen noe høyere, 85 prosent. Andelen med fast lege hadde også sammenheng med alder, 47 prosent av aldersgruppen under 16 år oppgav å ha fast lege, mot 64 prosent for aldersgruppen over 67 år. Bomann-Larsen og Otterstad finner i en undersøkelse fra Bergen at 87 prosent av befolkningen hadde fast lege, mens 80 prosent av barna hadde fast lege (Bomann-Larsen og Otterstad 1990). I samme studie dokumenteres det at mange bruker andre leger enn sin faste relativt ofte. Å ha fast lege betyr altså ikke at den samme legen benyttes hver gang behovet for legekontakt melder seg. Et alternativt mål på kontinuitet er å la respondenten oppgi hvor mange ulike leger svarpersonen har hatt kontakt med i løpet av en gitt tidsperiode. Enkelte undersøkelser har valgt en noe annen framgangsmåte, og fokusert på bytte av lege. Typisk for slike studier er at kontakten med lege er mindre kontinuerlig enn inntrykket man får av undersøkelser som fokuserer på det å ha fast lege. For eksempel er det funnet at mellom 37 og 48 prosent av et utvalg familier hadde byttet lege i løpet av en ettårsperiode (Kasteler m.fl. 1976).

4.4.2. Små barn har et mindre kontinuerlig legetilbud enn sine mødre

I undersøkelsen av småbarnsfamilier var det bare de som hadde hatt kontakt med lege på grunn av sykdom det siste året som fikk spørsmål om kontinuitet. Av barna var det 16 prosent som ikke hadde hatt kontakt med lege på grunn av sykdom, mens 41 prosent av kvinnene ikke hadde hatt legekontakter på grunn av egen sykdom. Disse er altså ikke med i oversiktene under. To spørsmål i skjemagrunnlaget forsøkte å fange opp svarpersonenes kontinuitet med legetjenesten. Svaralternativene og frekvensfordelingen er gitt i tabell 2.1. Spørsmålene i undersøkelsen bygger i stor grad på å la svarpersonene ta stilling til ulike utsagn, en framgangsmåte som også ble benyttet for kontinuitet. Begrepet "fast lege" ble ikke brukt i utsagnet, intensjonen var å fange opp variasjoner i hvor mange leger brukerne faktisk hadde hatt kontakt med. Godt over halvparten av svarpersonene oppgir at de nesten alltid bruker samme lege, til sammen er det 88 prosent som oppgir at de nesten alltid/som regel bruker samme lege. Mangel på kontinuitet er altså

ikke særlig utbredt i denne undersøkelsespopulasjonen. Vel 12 prosent oppgir at de sjelden eller aldri bruker samme lege.

Tabell 4.1. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år. Prosent. 1994. (N)

Svaralternativer	Prosent	(N)
I alt.....	100	(4 522)
Ja, nesten alltid.....	55	(2 491)
Ja, som oftest.....	33	(1 475)
Nei, sjelden.....	11	(513)
Nei, aldri.....	1	(43)

De som det siste året hadde hatt legebesøk eller besøkt lege på grunn av sykdom hos barnet de fødte i 1993 ble også spurt om kontinuiteten i relasjonen mellom familien/barnet og legetjenesten. Svaralternativene og frekvensfordelingen er gitt i tabell 2.2.

Når det gjelder barna er det 33 prosent av foreldrene som oppgir at barnet nesten alltid bruker samme lege, mens 7 prosent oppgir at barnet aldri bruker samme lege. Tilsvarende for deres mødre var 55 og 1 prosent. Til sammen 43 prosent har svart "nei, ikke alltid" eller "nei, aldri" på spørsmålet.

Tabell 4.2. Respons på spørsmålet "Bruker barnet alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år. Prosent. 1994. (N)

Svaralternativer	Prosent	(N)
I alt.....	100	(5 965)
Ja, nesten alltid.....	33	(1 982)
Ja, som oftest.....	24	(1 440)
Nei, ikke alltid.....	36	(2 158)
Nei, aldri.....	7	(385)

4.4.3. Er barnas manglende kontinuitet et problem?

Kontakten med lege til små barn er altså i mindre grad preget av kontinuitet enn tilfellet er for deres mødre. Trolig vil en relativt stor del av kontaktene barna har med legetjenesten være legevaktbesøk i forbindelse med influensa, feber eller infeksjoner. Disse besøkene skjer ofte på kveldstid, nattetid eller i helger, når leger med praksis på dagtid ikke er tilgjengelige. Ved legevaktbesøk kan det være mer tilfeldig hvilken lege barnet får. Det kan også være slik at familien i løpet av barnets første leveår ikke har rukket å etablere kontakt med en fast lege. På denne bakgrunnen er det vanskelig å avgjøre om barnas mangel på kontinuitet er et problem.

Det er imidlertid grunn til å anta at behovet for en fast legekontakt ikke er mindre for barn enn for voksne, snarere tvert imot. I allmennpraksis er det ofte et problem å sette en presis diagnose. Den symptombeskrivelse den enkelte presenterer for legen er ofte ikke nok til at en presis diagnose kan settes. En regner med at legene imellom 20 og 50 prosent av konsultasjonene i allmennpraksis ikke er i stand til å sette en diagnose, og må nøye seg med en symptombeskrivelse. Legen vet rett og slett ikke hva som feiler pasientene. Dette problemet vil i enda større grad gjelde små barn, som selv ikke kan beskrive sine symptomer. Dette kan i noen grad begrunne at små barn i større grad enn andre krever oppfølging over tid fra den samme legen.

4.5. Småbarnsmødres kontinuitet med legetjenesten

Tabellene under gir en beskrivelse av omfanget av maglende kontinuitet for ulike grupper svarpersoner. Tabell 4.3 og 4.4 antyder at det er en rekke sammenhenger mellom mangel på kontinuitet og ulike forhold knyttet til respondentenes bostedskommuner. Dersom sentralitet påvirker kontinuiteten i legerelasjonen, er det i retning av at de som bor i mindre sentrale strøk av landet har et mindre kontinuerlig legetilbud. Når svarpersonene grupperes etter bostedets sentralitet, finner vi at andelen som sjelden/aldri bruker samme lege, er klart høyest i de minst sentrale strøk av landet (tabell 4.3). I Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering (1985) har kommuner på sentralitetsnivå 0 mindre enn 5 000 innbyggere og ligger utenfor pendlingsområdet til kommuner som er større enn dette. Hver fjerde svarperson i disse kommunene oppgir at de sjelden eller aldri bruker samme lege. I kontrast til dette er det 5 prosent av svarpersonene i kommunene med nest høyest sentralitet (kommuner med folketall på mellom 10 000 og 50 000 innbyggere + pendlingsomland) som oppgir det samme. De som bor i kommuner på det høyeste sentralitetsnivået (nivå 3) omfatter innbyggerne i våre 5 største byer medregnet pendlingsomland, ligger omtrent på landsgjennomsnittet. I denne gruppen er det store interne forskjeller, i Trondheim som er med i fastlegeforsøket er det under 2 prosent som oppgir at de sjelden eller aldri bruker samme lege.

At befolkningen i mindre sentrale strøk har et mer ustabil legetilbud får også støtte i resultater fra helseundersøkelsen i 1985, som viste at bruk av fast lege er mindre utbredt i Nord-Norge.

Det synes å være klare sammenhenger mellom manglende kontinuitet og organiseringen av legetjenesten i bostedskommunen (tabell 4.4). Andelen som sjelden eller aldri bruker samme lege, øker fra 5 prosent i kommuner med under 25 prosent fastlønnsleger til 15 prosent i kommuner med mellom

Tabell 4.3. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år, etter sentralitet. Prosent. 1994. (N)

	I alt	Ja, nesten alltid	Ja, som oftest	Nei, sjelden/aldri	(N)
I alt.....	100	55	33	12	(4 378)
Sentralitet 0.....	100	33	42	25	(596)
Sentralitet 1.....	100	50	30	19	(269)
Sentralitet 2.....	100	67	28	5	(944)
Sentralitet 3.....	100	57	32	11	(2 185)

Tabell 4.4. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år, etter andel fastlønnsleger og andel turnuskandidater i bostedskommune. Prosent. 1994. (N)

	I alt	Ja, nesten alltid	Ja, som oftest	Nei, sjelden/aldri	(N)
I alt.....	100	55	33	12	(4 378)
0-25 prosent fastlønnsleger					
I alt	100	65	30	5	(2 167)
Ingen turnuskandidater	100	67	29	4	(1 522)
0-10 prosent turnuskandidater.....	100	65	28	7	(432)
Over 10 prosent turnuskandidater.....	100	54	35	11	(213)
25-50 prosent fastlønnsleger					
I alt	100	50	35	15	(1 388)
Ingen turnuskandidater	100	66	28	6	(299)
0-10 prosent turnuskandidater.....	100	48	35	18	(979)
Over 10 prosent turnuskandidater.....	100	25	54	22	(110)
Over 50 prosent fastlønnsleger					
I alt	100	38	37	25	(823)
Ingen turnuskandidater	100	46	41	13	(394)
0-10 prosent turnuskandidater.....	100	50	24	26	(90)
Over 10 prosent turnuskandidater.....	100	25	35	40	(339)

25 og 50 prosent fastlønnsleger, og til 25 prosent i kommuner der over halvparten av legeårverkene utføres av fastlønnsleger. I tabellen er disse gruppene inndelt etter andel turnuskandidater. Mønsteret er entydig: Andelen som sjelden eller aldri bruker samme lege øker systematisk med andel turnuskandidater. Forskjellen mellom ytterpunktene er stor. Mens 4 prosent av svarpersonene fra kommuner med lavest fastlegeandel og turnusandel sjelden eller aldri bruker

samme lege, er det hele 40 prosent av svarpersonene fra kommuner med høyest turnuskandidat- og fastlegeandel som sjelden eller aldri bruker samme lege. For de samme gruppene er det hhv. 67 og 25 prosent som oppgir at de nesten alltid bruker samme lege.

Det ser også ut til å være en sammenheng mellom svarpersonenes erfaringer med legetjenesten og mangel på kontinuitet. Tendensen i tabell 4.5 er klar: De som sjelden eller aldri bruker samme lege mener i betydelig større grad enn andre at de ikke får tilfredsstillende informasjon fra legen. Som vi skal komme tilbake til, er ikke tolkningen av denne sammenhengen like klar.

Tabellen viser også at andelen med manglende kontinuitet med legetjenesten er knyttet til andre

Tabell 4.5. Respons på spørsmålet "Bruker du alltid den samme legen?" blant kvinner med legekontakt for egen sykdom siste år, etter uformelt nettverk, holdning til helseprofesjoner og antall legekontakter for egen sykdom siste år. Prosent. 1994. (N)

	I alt	Ja, nesten alltid	Ja, som oftest	Nei, sjelden/aldri	(N)
I alt.....	100	55	33	12	(3 304)
Erfaringer med legetjenesten					
Svaralternativer på spm. "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt"					
Helt enig.....	100	74	20	6	(691)
Enig.....	100	54	34	11	(1 921)
Uenig.....	100	43	41	16	(579)
Helt uenig.....	100	36	41	23	(113)
Utdanning					
Kun grunnskoleutdanning ...	100	60	30	10	(1 916)
Høyere universitets-/høgskoleutdanning	100	44	38	18	(264)
Uformelt nettverk					
"Utenom familien, kjenner du noen som står deg nær og som du kan snakke fortrolig med?"					
Ja.....	100	56	33	11	(2 379)
Nei.....	100	51	33	17	(925)
Kontakthypighet					
Antall legekontakter for egen sykdom siste år					
1-4 ganger	100	55	23	12	(2 990)
5 eller flere	100	58	32	10	(314)
Kronisk sykdom¹					
Har kroniske sykdommer	100	59	32	9	(880)
Uten kroniske sykdommer ...	100	54	33	13	(2 424)

¹ For definisjon av kronisk sykdom, se spørsmål 7.5, vedlegg 3

egenskaper ved individene enn bosted og negative erfaringer (informasjon). Personer med høy utdanning har også en mindre stabil legerelasjon. Andelen som skjelden/aldri benytter samme lege, er 18 prosent for svarpersoner med høyere universitets-/høgskoleutdanning, en nesten dobbelt så høy andel som for svarpersoner som kun har grunnskoleutdanning. På samme måte er andelen som oppgir at de nesten alltid bruker samme lege, høyere blant personer med lav utdanning, og lavere blant personer med høy utdanning (60 mot 44 prosent).

De som har et begrenset uformelt nettverk har en mindre stabil legerelasjon enn gjennomsnittet. De som relativt ofte er hos legen, har en noe mer stabil legerelasjon, men denne forskjellen er svært liten. I noen grad ser det også ut til at kronisk syke har en mer kontinuerlig legekontakt.

4.5.1. Kontinuitet: En multivariat analyse

Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse bestemmes de egenskaper ved svarpersonene som øker sannsynligheten for å tilhøre gruppen som oppgir at de sjelden/aldri benytter samme lege. Vi kan dermed avgjøre om de sammenhengene tabellene over er signifikante, og vi får et inntrykk av hvilke forklaringsfaktorer som har størst betydning. Hvilke egenskaper er det så som påvirker sannsynligheten for å oppgi at de sjelden eller aldri benytter samme lege? Tabell 4.6 viser de variabler som er statistisk signifikante, rangert etter de egenskaper som har størst betydning. Det er ikke tilfeldig hvem som oppgir at de sjelden eller aldri benytter samme lege.

Egenskaper knyttet til bostedskommune og erfaringer med legetjenesten er de viktigste forklaringsfaktorene. Ønsker man å beholde en fast lege over tid, bør man ikke flytte til kommuner som baserer tjenesten på fastlønnsleger, eller har mange turnuskandidater eller ubesatte stillinger.

Negative erfaringer er også relativt viktig. De som oppgir at de ikke har fått tilfredsstillende informasjon fra legen, er oftere blant de som ikke har en kontinuerlig legerelasjon.

Som tabellene over antydte, har også uformelt nettverk, utdanning og kontakthypighet med legetjenesten betydning for om man har et kontinuerlig legetilbud eller ikke. Retningen i disse sammenhengene viser at sannsynligheten for ikke å ha et kontinuerlig legetilbud øker dersom man har et lite uformelt nettverk, høy utdanning eller negative erfaringer med legens evne til å gi informasjon. I noen grad er det også slik at sannsynligheten for å tilhøre denne gruppen minker noe dersom man har hatt relativt mange kontakter med lege på grunn av sykdom det siste året.

Tabell 4.6. Faktorer som påvirker sannsynligheten for at svarpersonen har fast lege. Stegvis logistisk regresjon, svarpersoner som nesten alltid/som regel bruker samme lege = 1 (N=2 813), svarpersoner som sjelden/aldri bruker samme lege = 2 (N=378). 1994

Variabel/Rangering	Parameter Estimat	P-verdi	Verdi
1. Fastlønn	-0,0202	0,0001	Kontinuerlig variabel. MAX = 100 prosent, MIN = 0 prosent
2. Turnuskandidater	-0,0387	0,0001	Kontinuerlig variabel. MAX = 48 prosent, MIN = 0 prosent
3. Negative erfaringer	-0,5549	0,0001	Svarpersoner som var helt enig/enig i utsagnet "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt" = 1. Svarpersoner som var helt uenig/uenig = 2
4. Vakansproblemer	-0,0312	0,0001	Svarpersoner som bor i kommuner uten ubesatte legestillinger = 1, øvrige = 2
5. Utdanning	-0,1402	0,0001	Indeks basert på egen og barnefars utdanningslengde. MAX = 8, MIN = 1
6. Sosialt nettverk	-0,4846	0,0026	Svarpersoner som har nære og fortrolige venner utenom familien = 1, uten nære og fortrolige venner = 2
7. Legekontakter	0,1656	0,0237	Svarpersoner som har vært mindre enn 5 ganger til lege på grunn av egen sykdom siste år = 1, 5 eller flere = 2
Faktorer som ikke er signifikante			
- Listepasientkommuner			Svarpersoner bosatt i kommuner med listepasientordning = 1, øvrige kommuner = 2
- Holdning til helseprofesjoner			Svarpersoner som er helt enig i utsagnet "Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør" = 1, øvrige = 2
- Psykiske lidelser			Svarpersoner med hyppige symptomer på psykiske lidelser = 1. Øvrige = 2. Indeks konstruert på grunnlag av spm. 7.3, se vedlegg 3
- Somatiske lidelser			Svarpersoner med hyppige symptomer på somatiske lidelser = 1, Øvrige = 2. Indeks konstruert på grunnlag av spm. 7.4, se vedlegg 3
- Kroniske sykdommer			Svarpersoner med kroniske sykdommer = 1, øvrige = 2. Jf. spm. 7.5, vedlegg 3
- Familietype			Enslige forsørgere = 1, øvrige = 2
- Etnisitet			Svarpersoner og ektefelle født i 3. verden = 1, øvrige = 2
- Sentralitet			Svarpersoner bosatt i kommuner på sentralitetsnivå 0 = 1, øvrige = 2
- Storby			Svarpersoner bosatt i Oslo = 1, øvrige = 2
- Flyttinger			Svarpersoner som har flyttet/endret adresse = 1, øvrige = 2. Jf. spm.8.8, vedlegg 3

Logistisk regresjon benyttes vanligvis i situasjoner der man ønsker å sammenligne to grupper, dvs. se på særtrekk ved en gruppe (de som sjelden/aldri bruker samme lege) i forhold til en annen (de som alltid/som regel bruker samme lege). Vi ønsker med andre ord å undersøke hva som påvirker sannsynligheten for å være i den ene eller den andre gruppen. Dersom vi har flere forklaringsvariabler er betegnelsen multipl logistisk regresjon. Denne analysen er også en signifikanstest for sammenhengen mellom variablene. At en forskjell er signifikant vil si at den neppe skyldes tilfeldigheter. P-verdien angir signifikansnivået. Tall som er mindre enn 0,01 betyr at sammenhengen er signifikant på 1 prosentnivå, mens tall mindre enn 0,05 innebærer at sammenhengen er signifikant på 5 prosentnivå. At en sammenheng er signifikant på 1 prosentnivå innebærer at det er mindre enn 1 prosents sannsynlighet for at vi kan finne en slik forskjell i data uten at det samtidig er en forskjell i virkeligheten. I analysene ble den statistiske programpakken SAS og prosedyrene PROC LOGISTIC og SELECTION = STEPWISE benyttet. Disse prosedyrene velger først den variabelen som i størst grad påvirker sannsynligheten for å ha fast lege. Deretter de to variablene som sammen mest påvirker sannsynligheten, neste trinn de tre variablene osv. En variabel valgt inn på et trinn kan sparkes ut på et senere trinn dersom variabelen ikke er signifikant når det kontrolleres for de øvrige variablene prosedyren har valgt. Rangeringen av variablene som følger av denne prosedyren, er gjengitt i tabellene.

Trekk ved det lokale legetilbudet. Mangel på kontinuitet: Storbyfenomen? Utkantfenomen?

Spesielt de som bor i kommuner som baserer legetjenesten på fastlønnede leger, er preget av mangel på kontinuitet. Ikke overraskende gjelder det samme svarpersoner som er bosatt i kommuner med mange turnuskandidater. Kommunene med ubesatte stillinger er også klart preget av manglende kontinuitet. Sentralitet har ikke signifikant betydning for kontinuiteten, slik modellen er spesifisert. Dette er nok en konsekvens av organiseringen av legetjenesten i utkantene, sentralitet er negativt korrelert med andel fastlønnsleger, turnuskandidater og ubesatte stillinger⁶. Det er disse kjennetegn ved respondentenes bostedskommune, ikke sentralitet, som er utslagsgivende i analysen (se også tabell 2.1 og 2.2). Disse resultatene gir god dekning for å si at mangel på kontinuitet i betydelig grad er et utkantproblem som følge av usentrale kommuners høye andel ubesatte stillinger og måte å organisere tjenesten på (bruk av turnuskandidater og fastlønnsleger).

Oslo hadde en relativt høy andel (17 prosent) som oppgav at de sjelden eller aldri brukte samme lege,

uten at en storbyvariabel utelukkende bestående av Oslo var statistisk signifikant. Storby-hypotesen får derfor ikke noen entydig støtte i undersøkelsen.

I listepasientkommunene er andelen som sjelden eller aldri bruker fast lege klart lavere enn i andre kommuner. Likevel er ikke variabelen signifikant når det tas hensyn til øvrige forklaringsvariabler (signifikant på 9-prosentnivå). Sykelighet, definert som kroniske lidelser eller hyppige symptomer på somatiske eller psykiske lidelser, påvirker ikke sannsynligheten for å ha et kontinuerlig legetilbud. Familietype ser heller ikke ut til å påvirke kontinuiteten i legerelasjonen.

4.6. Småbarns kontinuitet med legetjenesten

På tilsvarende måte som for de voksne, kan vi analysere småbarns kontinuitet med legetjenesten. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse identifiseres de egenskaper ved barna, deres bostedskommune og deres foreldre som påvirker sannsynligheten for at foreldrene har brukt svaralternativene "nei, ikke alltid" og "nei, bruker aldri samme lege" på spørsmålet "Bruker barnet alltid den samme legen". Resultatene viser en høy grad av samsvar med analysen av foreldrene. Tabell 4.6 og 4.7 har mange fellestrekk. Det er nesten de samme variablene som er signifikante, og rekkefølgen er nesten den samme.

Igjen er det trekk ved organiseringen og ressursinnsatsen i bostedskommunens legetjeneste som er viktig. Andelen med mindre stabil legerelasjon øker systematisk med økende andel fastlønnsleger, turnuskandidater og ubesatte stillinger. Foreldre som ikke har fått nok informasjon om sykdommer hos barnet, har også en klart mindre kontinuerlig legerelasjon.

Også for barna øker høy utdanning hos foreldrene og lite uformelt nettverk hos mor sannsynligheten for å ha en mindre stabil legerelasjon. Barn med funksjonshemminger er den eneste av variablene knyttet til barns sykdom som er signifikant, mens det var antall legekontakter som var signifikant når det gjaldt foreldrene. Betydningen av funksjonshemminger for å ha en fast lege er liten, i alt oppgir 38 prosent av de som har barn med funksjonshemminger at de alltid bruker samme lege, mot et gjennomsnitt på 33 prosent.

Flyttinger er også nesten signifikant ($P=0,0678$). De som har barn som er syke, men som ikke har fått avklart om barnet lider av en funksjonshemming eller varig sykdom, skiller seg ikke fra andre, det samme gjelder barn med lav fødselsvekt og barn som har hatt sykehusinnleggelse etter fødselen eller har vært hos legen 5 ganger eller mer på grunn av sykdom.

⁶ Sentralitet er negativt korrelert med både andel turnuskandidater (Pearsons $R = -0,33$), andel fastlønnsleger (Pearsons $R = -0,39$) og andel av legestillingene som var ubesatte (Pearsons $R = -0,16$). Usentrale kommuner har med andre ord også relativt høye andeler turnuskandidater, fastlønnsleger og i noen grad ubesatte stillinger. Sentralitet er målt på en skala fra 0 til 3, jf. Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering.

Tabell 4.7. Faktorer som påvirker sannsynligheten for at svarpersonens barn har fast lege. Stegvis logistisk regresjon. svarpersoner som nesten alltid/som regel bruker samme lege = 1 (N=3 007), barn som ikke alltid/aldri bruker samme lege = 2¹ (N=2 201)

Variabel/Rangering	Parameter Estimat	P-verdi	Verdi
1. Fastlønn	-0,0110	0,0001	Kontinuerlig variabel. MAX = 100 prosent, MIN = 0 prosent
2. Negative erfaringer	-0,4789	0,0001	Svarpersoner som var helt enig eller enig i utsagnet "Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt" = 1, øvrige = 2
3. Turnuskandidater	-0,0285	0,0001	Kontinuerlig variabel. MAX = 48 prosent, MIN = 0 prosent
4. Utdanning	-0,0852	0,0001	Indeks basert på svarpersons og barnefars utdanningslengde. MAX = 8, MIN = 1
5. Listepasientkommuner	-0,6306	0,0001	Svarpersoner bosatt i kommuner med listepasientordning = 1, øvrige kommuner = 2
6. Funksjonshemminger hos barnet	-0,0032	0,0001	Barn som har konstatert langvarige kroniske sykdommer = 1, barn som ikke har langvarige kroniske sykdommer = 2
7. Vakansproblemer	-0,0175	0,0058	Svarpersoner som ikke bor i kommuner med ubesatte legestillinger = 1, øvrige = 2
8. Nettverk	-0,2343	0,0113	Svarpersoner som har nære og fortrolige venner utenom familien = 1, svarpersoner som ikke har nære og fortrolige venner = 2
Faktorer som ikke er signifikante			
-Holdning til helseprofesjoner			Svarpersoner som er helt enig i utsagnet "Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør" = 1, øvrige = 2
-Flyttinger			Svarpersoner som har flyttet/endret adresse = 1, øvrige = 2, jf. spm. 8.8 i spørreskjema, se vedlegg 3
-Sykehusinnleggelses hos barnet			Barnet innlagt på sykehus etter fødsel = 1, øvrige = 2
-Lav fødselsvekt hos barnet			Fødselsvekt under 2 500 g = 1, øvrige = 2
-Mistanke om funksjonshemminger			Uavklart mistanke om funksjonshemming = 1, øvrige = 2, jf. svaralternativ 2 i spørsmål 5.7, se vedlegg 3
-Legekontakter ved sykdom			Svarpersoner med barn som hatt mer enn 4 kontakter med lege siste år pga. sykdom = 1, øvrige = 2
-Familietype			Enslige forsørgere = 1, øvrige = 2
-Etnisitet			Svarpersoner og ektefelle født i 3. verden = 1, øvrige = 2
-Sentralitet			Svarpersoner bosatt i kommuner på sentralitetsnivå 0 = 1, øvrige = 2
-Storby			Svarpersoner bosatt i Oslo = 1, øvrige = 2

¹ Responsvariabelen er dikotomisert ved at de to første og siste svaralternativene i spørsmålet om kontinuitet i legerelasjonen er slått sammen. I modellen blir det så undersøkt hvilke egenskaper ved svarpersonene som øker sannsynligheten for å befinne seg i den ene eller andre gruppen. En alternativ måte å dikotomisere på er å slå sammen de tre første svaralternativene (94 prosent av svarpersonene), og se på hvilke variabler som påvirker sannsynligheten for å svare at barna aldri benyttet samme lege (6 prosent). Disse må vi anta har et svært ustabil legetilbud. Av signifikante variabler er det igjen bostedsvariablene som har betydning: Andel fastlegestillinger, turnuskandidater og ubesatte stillinger øker sannsynligheten for å være i denne gruppen. Av de øvrige variablene er det bare negative erfaringer med informasjon om barnets helsetilstand som er signifikant.

4.7. Oppsummering og diskusjon

Konklusjon: Det finnes brukergrupper som bytter lege oftere enn andre. Manglende kontinuitet er likevel i større grad en konsekvens av at legene bytter pasienter

Påvisning av empiriske sammenhenger mellom kontinuitet i legetjenesten og egenskaper ved brukerne og deres bostedskommune er et første skritt mot en bedre forståelse av fenomenet. Men hvilke mekanismer er det som formidler sammenhengene mellom egenskapene ved svarpersonene og kontinuitet?

Undersøkelsen viser klart at kommuner med høy andel fastlønnsleger, ubesatte stillinger og turnuskandidater har en mindre stabil legetjeneste. Slik modellene er spesifisert, er det egenskaper knyttet til svarpersonenes bostedskommune som i størst grad påvirker mulighetene til å oppnå en stabil legerelasjon. Spissformulert kan vi si det slik at det er legene som bytter klienter, ikke klientene som bytter leger.

I en utredning om allmennlegetjenesten i Tromsø beskrives en situasjonen i 1990 preget av lav legedekning, mange ubesatte stillinger, oppsigelser og sykemeldinger med dårlig tilgjengelighet for brukerne som resultat (Johnsen 1991). Det dokumenteres en flukt fra fastlønnsstillingene i kommunen, og denne flukten settes i sammenheng med relativt dårlige arbeidsbetingelser for fastlønnslegene. Ifølge utredningen har kommunelegene den laveste inntjening, og relativt små muligheter til avansement og faglig fellesskap i forhold til andre deler av helse-tjenesten. Videre settes den manglende oppslutningen om fastlønnsstillingene i sammenheng med de endringer i legerollen loven som helsetjenesten i kommunene innebærer. Den nye rollen medfører at legene må forholde seg til det kommunale politiske og administrative systemet på en annen måte enn tidligere, og dette kan ha slått negativt ut. Dersom erfaringene fra Tromsø er representative er fastlønns- legestillinger mindre attraktive for leger, og dette kan være mekanismen som fører til at kommuner som baserer seg på fastlønnede legestillinger, opplever større gjennomtrekk og vakanser. Konsekvensen for de som bor i disse kommunene er problemer med å opprettholde en kontinuerlig relasjon med legetjenesten.

En organisering av legetjenesten basert på fastlønnsstillinger er typisk for mindre og usentrale kommuner (se kap. 2). Antakelsen om at legetilbudet i mindre kommuner er stabilt, er imidlertid en misforståelse. Likevel er det neppe slik at en sentralitetsvariabel skjules bak fastlønnsvariabelen. Byrådet i Oslo uttaler følgende i sin årsmelding for 1994: "Med bakgrunn i manglende kontinuitet i mange bydelslegestillinger har mange bydeler gått over til annen avtaleform for leger. Hensikten er å sikre rekruttering til og stabilitet i primærlegestillingene, og dermed god tilgjengelighet for publikum" (Oslo kommune, 1994:12).

Den klare sammenhengen mellom mangel på informasjon fra legen og mangel på kontinuitet er ikke helt lett å tolke. Er mangel på informasjon en konsekvens av at svarpersonen har byttet lege ofte, slik at legene i stor grad ikke har tidligere informasjon og kunnskap om svarpersonene. Eller er det en gruppe svarpersoner som har fått kontakt med leger som mangler evne til å sette seg inn i deres problemer, og derfor har måttet bytte lege?

Manglende kontinuitet kan også i noen grad settes i sammenheng med egenskaper ved brukerne som er diskutert i litteraturen om "doktor-shopping". De som har universitets eller høyskoleutdanning befinner seg noe oftere blant de som sjelden eller aldri bruker samme lege. Denne sammenhengen kan tolkes som uttrykk for en økende forbrukerbevissthet når det gjelder offentlige tjenester. Klienter med høy utdanning stiller i større grad enn andre krav til helsetjenesten, og skifter relativt ofte lege hvis de ikke er fornøyd. Det kan også være slik at høyt utdannede mennesker velger et mer differensiert helsetilbud. Alt etter hva problemet gjelder velges spesialister som best kan ivareta pasientens behov.

Samtidig får ikke "doktor-shopping"-hypotesen noen støtte når det gjelder svarpersoner med nervøse lidelser, eller for de som har barn med uavklarte diagnoser knyttet til funksjonshemninger.

I diskusjonen over er sykkelighet relatert til kontinuitet på ulike måter. Behovet for å ha fast lege antas å være større for relativt syke mennesker, med det kan også argumenteres for at personer med helsemessige problemer oftere enn andre bytter lege, eller ikke ønsker å knytte seg til en fast lege. I den grad vår undersøkelse peker i noen retning, har de som ofte er hos legen, eller som har barn med funksjonshemninger, en mer kontinuerlig legerelasjon. Denne sammenhengen har statistisk sett liten betydning.

Tabell 4.5 antyder at kronisk syke har en mer kontinuerlig legekontakt. I den multivariate analysen er ikke denne sammenhengen signifikant. Heller ikke personer med hyppige symptomer på somatiske eller psykiske lidelser skiller seg ut når det gjelder kontinuitet. At personer med mange legekontakter har et mer kontinuerlig legetilbud kan tolkes som et utslag av at disse har relativt store helseproblemer, og dermed større behov for en fast legekontakt. I og med at variablene som måler sykkelighet direkte ikke er signifikante, framstår denne tolkningen som mindre rimelig. En alternativ tolkning av sammenhengen mellom kontakthypighet og kontinuitet kan være at de som bruker en fast lege har bedre tilgjengelighet, og at dette resulterer i flere legekontakter for denne gruppen.

Undersøkelsen har også vist at de som oppgir at de ikke har noen nære og fortrolige venner utenom familien,

har en noe mindre stabil legerelasjon. Dette dreier seg altså om mennesker med relativt distanserte relasjoner til sine sosiale omgivelser. Siden helsemessige spørsmål ofte har en privat og fortrolig karakter, er det kanskje ikke overraskende at mennesker med relativt distanserte sosiale relasjoner har en mindre stabil legerelasjon. Mangel på sosialt nettverk minsker også mulighetene til å få informasjon om legetilbudet.

Dersom manglende kontinuitet i legetjenesten er et problem man ønsker å gjøre noe med, er resultatene interessante, fordi manglende kontinuitet først og fremst kobles til organisatoriske forhold. Problemet er i mindre grad pasienter som ikke er trofaste mot sin faste lege, men kan relateres til forhold som det helsepolitiske systemet har muligheter til å gjøre noe med: Turnuskandidatordningen, fastlønnsordningen og ubesatte stillinger. Et fastlegesystem vil ikke løse problemene med gjennomtrekk og ustabile legestillinger. Fastlegesystemet knytter pasientene til en fast lege, men forplikter ikke legen til å holde seg til de samme pasientene. Diskusjonen om de kommunalt ansatte legenes situasjon er viktig, og antyder at det for legene som yrkesgruppe eksisterer et hierarki av posisjoner med ulike betingelser når det gjelder lønn, arbeidsoppgaver, faglige utfordringer og faglig nettverk. Dersom spennet mellom "topp" og "bunn" i dette hierarkiet er stort, og tilgangen på leger i arbeidsmarkedet er begrenset, vil det nødvendigvis bli stor gjennomtrekk i de mindre attraktive posisjonene.

Referanser

- Bomann-Larsen, Petter og Hans Knut Otterstad (1990): Hva betyr det for pasienten å ha fast lege? En undersøkelse av pasientadferd og pasienters synspunkter på tilgjengeligheten til de alternative legetilbud i Bergen. *Tidsskrift for den Norske lægeforening* nr. 7
- De Facto/Kunnskapssenter for fagorganiserte (1993): *Hvor stor ulikhet skal vi tåle? En undersøkelse om bemanningssituasjonen i sykehjem og hjemmesykepleien i norske kommuner*
- Elstad, Jon Ivar (1989): *Distribution of welfare services in the decentralized welfare state: the case of primary health services in Norway*. Rapport 89:5, Institutt for sosialforskning
- Elstad, Jon Ivar (1991): *Flere leger, større bruk? Artikler om bruk av allmennlegetjenester*. Rapport 91:11, Institutt for sosialforskning
- Elstad, Jon Ivar (1992): Om «doktor-shopping» blant kvinner. Paper til forum for helsetjenesteforskning, Bergen 1992
- Finnvold, Jon Erik (1993): Personellinnsatsen i helsetjenesten: behov eller økonomi avgjør? *Samfunnspeilet* nr. 2, Statistisk sentralbyrå
- Finnvold, Jon Erik (1994): *Brukerkontakter i helsesøstertjenesten. En utvalgsundersøkelse*, Rapporter 94/22, Statistisk sentralbyrå
- Hansen, Tore (1988): "Finansiell utvikling i kommunene". I Kjellberg, red: *Nytt inntektssystem. Nye utfordringer for kommune og stat*. Kommuneforlaget/NORAS
- Hewitt, Martin (1990): *Welfare, Ideology and need. Developing perspectives on the welfare state*. Hemel Hempstead, Harvester
- Hjordahl, Per (1992): Continuity of care: General practitioners knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Family practice* vol.9 no.1, 1992
- Hjordahl, Per (1994): *Continuity of care in general practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice*. Universitetet i Oslo
- Hjordahl, Per og Even Lærum (1992): Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *British medical journal*, vol 304, 1992
- Johnsen, Elin og Anne Grete Sandaune (1995): *Tillit, aksess og risiko. Erfaringer blant fastlegens brukere og samarbeidspartnere etter to år med fastlegeforsøk i Tromsø kommune*. Rapport 5/95, NORUT Samfunnsforskning
- Johnsen, Elin (1991): *Med trygghet og trivsel som mål. Utredning om primærlegetjenesten i Tromsø kommune*. Rapport, NORUT Samfunnsforskning 1991
- Kasteler, Josephine m.fl. (1976): Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behaviour. *Journal of health and social behaviour* 1976, 17, 328-39
- Marquis, Susan m.fl. (1985): Change in medical care provider: A causal analysis of the consequences of patient dissatisfaction. *Advances in consumer research*, 12, 263-264
- Kommunaldepartementet (1990): *Personminutter. Nytt mål på befolkningens geografiske fordeling*.
- Kommunal- og arbeidsdepartementet (1993): Rapport fra det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi, juni 1993
- NOU 1992:10, *Finansieringsordninger for allmennlege- og fysioterapitjeneste*
- Opdahl Mo, Tone (1995): *Evaluering av fastlegeforsøket. Årsrapport fra andre forsøksår i Trondheim kommune*. SINTEF/Norsk Institutt for Sykehusforskning
- Oslo Kommune (1994): Byrådets årsmelding for bydelene 1994
- Paulsen, Bård (1989): *Hva dreier det seg om? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester*. Norsk institutt for sykehusforskning, Rapport 4-89
- Paulsen, Bård (1990): *Snakk med de på helsestasjonen. En analyse av bruk av helsesøstertjenesten*. Norsk institutt for sykehusforskning, Rapport 3-90

Romøren, Tor Inge (1992): «Forebyggende arbeid i kommunene», i Tor Bjerkedal (red): *Forebyggende medisin*. Universitetsforlaget 1992

Romøren, Tor Inge (1987): Hjemmesykepleien og helsesøstertjenesten i endring. *Sykepleien* nr 6. 1987

Romøren, Tor Inge (1989): Kommunehelsetjenestens fem første år. Vedlegg til Sosialdepartementet, 1990

Rutle, Olav (1983): Pasienten fram i lyset. *Analyse av legekontakter i primærhelsetenesta*. Rapport nr. 1 1993, Statens Institutt for Folkehelse

Rutle, Olav (1986): Kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr. 23, 1986, **106**, 1845-9

Salisbury, Christopher J. (1989): How do people choose their doctor? *British medical journal*, vol **299**, 1989

Sosialdepartementet (1983): Forskrift for helsestasjonsvirksomhet

Sosialdepartementet (1990): *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*. St.meld.nr.36, 1989-90

Sosialdepartementet (1995): Styrings- og informasjonshjulet for helse og sosialsektoren i kommunene. Sammenligningstall for kommunene 1995

Statistisk sentralbyrå (1987): *Helseundersøkelse 1985*. NOS B 692

Statistisk sentralbyrå (1994): Ukens statistikk 3

Statistisk sentralbyrå (1992): Ukens statistikk 48

Statistisk sentralbyrå (1985): *Standard for kommunklassifisering*. Standarder for norsk statistikk 4

Sørensen, Rune J. (1992): Kommunal ulikhet: Variasjoner i tjenestetilbud og inntektsnivå 1965-1989. *Tidsskrift for samfunnsforskning* **33**, 327-352

Sørensen, Rune J., Gunnar Rongen og Jostein Grytten (1995): Local government decision making and access to primary physician services in Norway. «Paper» til Third european conference on health economics, Stockholm.

Behovskorrigerede mål for personellinnsats i deltjenester**Vedlegg 1**

På bakgrunn av resultatene fra analysene av fysioterapitjenesten er det ikke hensiktsmessig å utarbeide behovskorrigerede mål for personellinnsats. For lege- og fysioterapitjenesten er dette gjort med utgangspunkt i modell 3, dvs. at det er benyttet regresjon som standardiseringsmetode, se tabell 3.5 og 3.7. I kommuneoversiktene gjengis både årsverk pr. 10 000 innbyggere, og den standardiserte verdien som uttrykker årsverksinnsatsen kontrollert for faktiske sammenhenger mellom personellinnsats og behovsskapende forhold

Vedleggstabell 1. Legetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994.
Hele landet = 10,0

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
01 Østfold			04 Hedmark		
I alt.....	9,2	7,4	I alt.....	9,6	9,5
Rømskog.....	13,4	6,1	Tolga.....	12,2	10,2
Aremark.....	12,3	10,9	Stor-Elvdal.....	12,2	11,9
Hobøl.....	11,6	6,1	Engerdal.....	12,1	17,7
Skiptvet.....	10,9	7,2	Rendalen.....	11,7	8,3
Marker.....	10,8	7,9	Os.....	11,6	14,7
Hvaler.....	10,8	7,7	Follidal.....	11,6	15,6
Spydeberg.....	10,0	7,4	Alvdal.....	10,9	7,5
Trøgstad.....	9,7	7,4	Åmot.....	10,6	9,2
Våler.....	9,5	7,5	Våler.....	10,4	9,1
Råde.....	9,0	8,8	Eidskog.....	9,8	8,1
Rakkestad.....	8,8	8,2	Nord-Odal.....	9,7	8,0
Eidsberg.....	8,3	6,0	Trysil.....	9,6	9,3
Askim.....	8,0	7,3	Tynset.....	9,4	5,6
Rygge.....	7,9	6,4	Grue.....	9,2	12,9
Moss.....	7,0	8,2	Løten.....	9,0	8,1
Halden.....	6,5	6,7	Sør-Odal.....	9,0	5,3
Sarpsborg.....	5,5	6,5	Åsnes.....	8,8	8,4
Fredrikstad.....	5,3	6,7	Kongsvinger.....	7,7	8,0
02 Akershus			05 Oppland		
I alt.....	7,1	7,2	I alt.....	9,6	9,8
Hurdal.....	11,3	12,0	Etnedal.....	12,6	12,6
Gjerdrum.....	9,7	7,2	Vang.....	12,0	10,7
Enebakk.....	8,5	6,2	Vestre Slidre.....	11,9	11,3
Nannestad.....	8,5	6,4	Lesja.....	11,3	11,2
Fet.....	8,0	6,8	Dovre.....	11,2	9,7
Sørum.....	7,6	8,0	Sør-Fron.....	10,9	8,8
Vestby.....	7,4	6,2	Sør-Aurdal.....	10,9	13,6
Aurskog-Høland.....	7,4	7,3	Lom.....	10,8	11,4
Frogn.....	7,4	7,1	Skjåk.....	10,6	12,0
Rælingen.....	7,4	5,4	Øystre Slidre.....	10,4	8,7
Nesodden.....	7,4	7,9	Øyer.....	9,7	8,5
Ås.....	7,3	7,3	Vågå.....	9,6	11,3
Nes.....	7,3	6,3	Sel.....	9,6	8,6
Eidsvoll.....	6,9	8,4	Ringebu.....	9,6	8,5
Nittedal.....	6,7	4,5	Jevnaker.....	9,5	7,6
Ullensaker.....	6,7	8,0	Søndre Land.....	9,4	17,1
Ski.....	5,7	5,8	Nord-Fron.....	9,4	7,0
Oppegård.....	5,7	11,8	Nordre Land.....	9,4	10,0
Lørenskog.....	5,6	5,5	Nord-Aurdal.....	9,0	9,9
Skedsmo.....	4,9	6,6	Gausdal.....	8,7	6,0
Bærum.....	4,6	7,7	Lunner.....	8,6	8,0
Asker.....	4,3	6,5	Vestre Toten.....	7,7	9,1
03 Oslo			05 Oppland		
I alt.....	5,7	8,0	Gran.....	7,5	9,8
Oslo.....	5,7	8,0	Østre Toten.....	6,9	9,1
			Gjøvik.....	6,4	8,2
			Lillehammer.....	5,9	7,4

Vedleggstabell 1. (forts.). Legetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994.
Hele landet = 10,0

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
06 Buskerud			08 Telemark		
I alt.....	8,9	9,1	I alt.....	9,8	10,2
Flå.....	12,7	13,7	Nissedal.....	12,9	13,4
Rollag.....	11,9	12,4	Fyresdal.....	12,3	14,7
Hemsedal.....	11,3	10,9	Hjartdal.....	11,9	17,9
Krødsherad.....	11,2	6,5	Siljan.....	11,3	8,8
Nore og Uvdal.....	10,6	9,3	Tokke.....	11,1	11,7
Flesberg.....	10,5	9,4	Kviteseid.....	10,8	7,3
Sigdal.....	10,4	9,3	Drangedal.....	10,7	10,6
Nes.....	9,8	10,9	Vinje.....	10,4	12,0
Hol.....	9,7	12,9	Seljord.....	10,3	11,3
Ål.....	9,6	12,1	Sauherad.....	9,9	6,9
Hole.....	9,5	8,8	Tinn.....	9,8	11,7
Gol.....	9,4	10,5	Bø.....	9,3	8,9
Hurum.....	8,7	6,4	Nome.....	9,2	10,8
Modum.....	7,7	6,7	Kragerø.....	8,8	6,2
Øvre Eiker.....	7,2	8,7	Notodden.....	7,9	9,8
Røyken.....	6,9	4,9	Bamble.....	7,6	6,3
Nedre Eiker.....	6,8	6,7	Porsgrunn.....	5,9	7,3
Lier.....	6,4	7,0	Skien.....	5,5	7,0
Ringerike.....	6,1	7,5	09 Aust-Agder		
Kongsberg.....	6,0	7,7	I alt.....	10,8	11,8
Drammen.....	5,2	8,1	Åmli.....	13,7	10,8
07 Vestfold			Iveland.....	13,3	21,2
I alt.....	8,5	7,1	Bykle.....	13,1	24,3
Lardal.....	11,0	8,5	Bygland.....	13,0	14,7
Hof.....	10,8	8,1	Valle.....	12,3	13,8
Ramnes.....	10,6	8,4	Vegårshei.....	11,8	13,6
Tjøme.....	10,0	7,0	Gjerstad.....	11,7	9,8
Våle.....	9,7	8,3	Evje og Hornnes.....	10,9	11,2
Andebu.....	9,6	5,5	Froland.....	10,4	5,9
Svelvik.....	9,5	7,3	Birkenes.....	10,2	8,3
Sande.....	9,0	9,3	Risør.....	9,8	8,6
Holmestrand.....	8,7	7,6	Tvedestrand.....	9,6	12,0
Stokke.....	8,7	4,7	Lillesand.....	8,5	7,2
Borre.....	6,8	6,2	Grimstad.....	7,6	8,4
Nøtterøy.....	6,8	5,0	Arendal.....	5,6	8,0
Tønsberg.....	5,6	8,1	10 Vest-Agder		
Sandefjord.....	5,3	6,4	I alt.....	9,8	10,9
Larvik.....	5,0	6,9	Åseral.....	14,1	23,9
			Audnedal.....	12,2	15,4
			Marnardal.....	12,1	13,4
			Hægebostad.....	12,1	10,6
			Sirdal.....	11,2	17,3
			Songdalen.....	10,1	9,8
			Lindesnes.....	10,0	8,3
			Kvinesdal.....	9,4	7,7
			Lyngdal.....	9,0	9,4
			Vennesla.....	8,5	6,8
			Flekkefjord.....	8,4	8,4
			Søgne.....	8,3	7,8
			Farsund.....	8,2	8,0
			Mandal.....	7,8	9,2
			Kristiansand.....	5,7	7,9

Vedleggstabell 1. (forts.). Legetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 10,0

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
11 Rogaland			Vaksdal.....	9,9	10,0
I alt.....	9,0	7,6	Austevoll.....	9,8	7,3
Utsira.....	16,0	3,8	Etne.....	9,7	10,1
Kvitsøy.....	14,0	4,8	Radøy.....	9,5	8,3
Forsand.....	13,4	9,2	Meland.....	9,2	8,4
Bokn.....	12,9	7,8	Sund.....	9,0	7,3
Finnøy.....	10,6	10,9	Osterøy.....	8,6	8,4
Bjerkreim.....	10,5	11,4	Odda.....	8,6	9,4
Hjelmeland.....	10,5	9,8	Kvam.....	8,4	10,8
Rennesøy.....	10,3	9,2	Kvinnherad.....	7,8	8,5
Lund.....	10,2	10,7	Lindås.....	7,6	8,3
Sokndal.....	9,6	9,7	Bømlø.....	7,5	5,7
Suldal.....	9,5	8,0	Fjell.....	7,2	5,1
Sauda.....	9,4	8,8	Voss.....	7,0	8,2
Vindafjord.....	9,0	7,6	Os.....	7,0	7,4
Gjesdal.....	8,4	6,6	Stord.....	6,8	6,7
Tysvær.....	8,3	7,9	Askøy.....	6,4	7,7
Randaberg.....	7,8	7,5	Bergen.....	5,6	6,9
Strand.....	7,7	4,4	14 Sogn og Fjordane		
Klepp.....	7,4	6,8	I alt.....	10,3	9,8
Eigersund.....	7,3	5,8	Solund.....	13,6	9,1
Time.....	7,2	6,8	Hornindal.....	12,2	8,2
Hå.....	7,2	8,1	Balestrand.....	12,2	10,9
Sola.....	6,3	5,8	Hyllestad.....	12,0	17,6
Haugesund.....	6,0	6,7	Gulen.....	11,8	12,1
Karmøy.....	5,6	6,0	Aurland.....	11,5	15,8
Stavanger.....	5,1	6,8	Bremanger.....	11,5	4,6
Sandnes.....	4,7	5,9	Lærdal.....	11,0	13,3
12 Hordaland			Fjaler.....	10,9	10,3
I alt.....	9,8	10,7	Askvoll.....	10,7	12,2
Modalen.....	15,9	29,8	Naustdal.....	10,7	11,2
Eidfjord.....	14,1	18,6	Jølster.....	10,5	11,1
Fedje.....	12,6	19,1	Selje.....	10,3	7,1
Granvin.....	12,5	19,1	Leikanger.....	10,2	11,1
Ulvik.....	12,5	14,3	Gaular.....	10,2	9,5
Jondal.....	12,2	13,0	Høyanger.....	10,0	6,6
Masfjorden.....	11,7	10,8	Vik.....	9,9	9,3
Austrheim.....	11,0	12,2	Luster.....	9,3	11,4
Tysnes.....	10,9	11,5	Årdal.....	9,0	8,4
Samnanger.....	10,8	12,1	Eid.....	8,8	8,8
Øygarden.....	10,6	11,7	Gloppen.....	8,7	8,4
Fitjar.....	10,5	7,6	Sogndal.....	8,7	8,2
Sveio.....	10,4	8,4	Stryn.....	8,5	8,0
Ullensvang.....	10,0	13,2	Vågsøy.....	8,5	7,4
Fusa.....	10,0	11,0	Førde.....	8,1	7,5
Ølen.....	9,9	7,6	Flora.....	8,0	7,3

Vedleggstabell 1. (forts.). Legetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994.
Hele landet = 10,0

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
15 Møre og Romsdal			16 Sør-Trøndelag		
I alt.....	9,6	9,6	I alt.....	10,2	9,1
Tustna	13,3	10,1	Snillfjord	13,3	17,3
Stordal	12,2	18,7	Tydal	13,2	20,6
Sandøy	12,1	14,2	Osen.....	13,1	16,5
Halsa	11,4	10,3	Roan.....	..	..
Smøla	11,2	11,4	Agdenes	12,2	11,0
Ørskog	11,0	10,5	Hitra	12,0	9,6
Norddal	11,0	10,3	Frøya	11,2	11,1
Midsund	11,0	11,4	Holtålen.....	10,9	12,7
Aure.....	10,9	14,7	Rennebu	10,9	10,4
Rindal	10,9	6,1	Åfjord	10,6	7,9
Eide.....	10,8	13,0	Bjugn.....	10,5	7,6
Tingvoll	10,8	11,9	Hemne	10,0	6,5
Nesset	10,6	12,2	Ørland	10,0	9,1
Gjemnes.....	10,5	10,5	Meldal	9,8	4,3
Sande.....	10,4	6,9	Klæbu	9,7	11,1
Skodje	10,1	8,9	Selbu	9,6	8,3
Aukra	10,1	10,8	Midtre Gauldal.....	9,4	7,7
Vanylven	9,7	10,0	Rissa	9,2	7,6
Hareid	9,6	9,9	Rørros.....	9,2	9,3
Frei.....	9,5	7,7	Skaun	9,2	4,3
Averøy.....	9,3	8,9	Oppdal	9,1	8,3
Vestnes	9,3	8,5	Orkdal	8,5	6,1
Stranda	9,2	11,0	Malvik	8,0	7,7
Giske.....	8,7	9,2	Melhus	7,6	5,7
Surnadal.....	8,7	8,5	Trondheim.....	5,4	7,4
Sunnidal.....	8,6	5,7			
Rauma.....	8,6	8,5	17 Nord-Trøndelag		
Sula.....	8,4	8,6	I alt.....	10,8	11,0
Ulstein.....	8,4	8,2	Leka	13,9	12,5
Fræna.....	8,4	7,2	Mosvik.....	13,6	10,9
Volda	8,4	8,7	Fosnes.....	13,6	11,8
Sykkylven	8,3	6,7	Røyrvik	13,4	18,1
Haram	8,2	7,0	Namsskogan	13,3	12,4
Herøy	8,0	8,6	Flatanger	13,0	14,6
Ørsta	7,8	9,1	Lierne	12,2	12,2
Kristiansund.....	7,5	6,7	Høylandet.....	11,7	14,6
Molde	6,3	7,1	Namdalseid.....	11,7	15,4
Ålesund.....	5,3	6,9	Verran	11,7	12,2
			Meråker.....	11,6	11,0
			Snåsa.....	11,3	12,2
			Frosta	11,2	12,6
			Grong.....	11,1	12,0
			Vikna	10,8	8,0
			Leksvik.....	10,7	11,5
			Nærøy	10,2	11,0
			Overhalla	9,7	4,8
			Inderøy	8,9	8,4
			Namsos	7,7	7,7
			Verdal.....	7,6	9,2
			Levanger.....	7,1	6,9
			Steinkjer	6,8	5,9
			Stjørdal.....	6,6	7,4

Vedleggstabell 1. (forts.). Legetjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 10,0

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
18 Nordland			19 Troms		
I alt	11,5	11,1	I alt	11,5	11,8
Rødøy	15,9	12,1	Bjarkøy	15,4	15,7
Træna	15,6	20,1	Torsken .....	..	..
Røst	14,6	14,4	Berg	14,6	24,6
Tysfjord	14,2	8,1	Gratangen	14,3	14,1
Vevelstad	14,2	15,0	Kvæangen	13,4	18,7
Skjerstad	14,0	11,7	Lavangen	13,3	17,9
Værøy	13,9	12,0	Tranøy	13,3	16,6
Tjeldsund	13,6	12,5	Karlsøy	12,8	15,1
Beiarn	13,4	6,9	Dyrøy	12,7	13,6
Lurøy	13,3	9,1	Gáivuotna-Kåfjord	12,5	11,2
Herøy	13,3	15,5	Storfjord .....	..	..
Evenes	13,2	12,3	Ibestad	12,4	14,6
Dønna	13,2	17,3	Skjervøy	11,8	9,8
Vega	12,9	13,4	Salangen	11,5	14,7
Bindal	12,8	14,7	Lyngen	11,2	8,6
Grane	12,6	11,9	Kvæfjord	11,2	11,7
Sørfold	12,5	13,8	Nordreisa	10,7	7,6
Moskenes	12,4	14,1	Sørreisa	10,5	10,3
Ballangen	12,4	13,6	Skånland	10,3	13,8
Nesna	12,3	11,1	Bardu	9,9	12,0
Flakstad	12,3	12,2	Balsfjord	9,8	10,6
Hamarøy	12,2	9,8	Målselv	8,8	10,4
Hattfjelldal	12,1	12,0	Lenvik	8,6	8,6
Gildeskål	12,0	15,9	Harstad	6,4	8,4
Steigen	11,9	8,2	Tromsø	5,9	6,5
Leirfjord	11,8	8,6			
Lødingen	11,7	10,0	20 Finnmark		
Sømna	11,6	12,5	I alt	12,3	15,0
Bø	11,1	8,5	Loppa	16,7	20,1
Hemnes	10,7	8,1	Lebesby	15,2	19,0
Saltdal	10,3	9,7	Hasvik	14,7	22,5
Øksnes	10,0	12,5	Måsøy	14,0	18,2
Meløy	9,7	10,2	Unjárga-Nesseby	13,8	19,1
Andøy	9,7	9,3	Berlevåg	13,7	15,1
Brønnøy	9,6	10,5	Kvalsund	13,5	15,8
Alstahaug	9,3	6,9	Gamvik	13,4	22,5
Hadsel	9,1	9,3	Båtsfjord	12,3	16,5
Vågan	9,0	8,3	Guovdageaidnu-		
Sortland	8,9	8,5	Kautokeino	12,1	12,7
Fauske	8,7	9,4	Karášjohka-Karasjok	12,1	14,2
Vestvågøy	8,3	8,3	Deatnu-Tana	12,0	13,7
Vefsn	7,5	8,1	Vardø	12,0	11,8
Narvik	7,1	9,4	Nordkapp	11,7	15,3
Rana	6,7	6,4	Porsanger	10,9	12,2
Bodø	5,0	7,0	Vadsø	9,4	9,6
			Hammerfest	9,0	10,2
			Sør-Varanger	8,9	8,8
			Alta	7,8	8,3

Vedleggstabell 2. Skole- og helsestasjonstjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 6,3

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
01 Østfold			04 Hedmark		
I alt.....	5,7	5,3	I alt.....	5,8	5,6
Rømskog	7,5	6,5	Tolga	7,6	6,3
Aremark	7,4	7,5	Os	7,3	4,4
Skiptvet	6,8	4,7	Engerdal	7,3	8,4
Hobøl	6,5	4,3	Folldal.....	7,0	6,5
Hvaler.....	6,3	3,1	Alvdal	6,8	5,9
Våler	6,3	8,7	Stor-Elvdal	6,5	4,5
Marker	6,3	5,1	Rendalen	6,3	5,0
Spydeberg	6,2	3,9	Tynset.....	6,1	8,3
Trøgstad	5,9	3,9	Åmot.....	5,9	5,3
Råde.....	5,7	5,8	Våler.....	5,8	3,5
Rakkestad.....	5,6	5,5	Eidskog.....	5,8	8,0
Rygge.....	5,4	3,8	Trysil.....	5,7	3,9
Eidsberg	5,4	4,5	Løten	5,7	6,1
Askim	5,1	5,4	Sør-Odal	5,5	4,6
Moss	4,6	5,8	Grue.....	5,3	6,9
Halden	4,5	5,6	Nord-Odal.....	5,3	5,3
Sarpsborg	3,8	5,6	Åsnes	5,1	5,7
Fredrikstad.....	3,8	4,8	Kongsvinger.....	4,8	4,1
02 Akershus			Elverum	4,8	5,6
I alt.....	5,1	5,6	Stange.....	4,6	5,5
Hurdal	6,7	5,6	Ringsaker.....	4,1	4,9
Gjerdrum	6,4	4,3	Hamar	4,1	4,9
Enebakk	5,7	6,1	05 Oppland		
Nannestad	5,6	5,7	I alt.....	5,9	5,1
Frogn	5,6	5,1	Vang	7,2	7,1
Fet.....	5,5	7,0	Vestre Slidre.....	7,0	5,6
Nesodden	5,4	7,0	Etnedal	6,9	8,6
Ås	5,4	6,5	Dovre	6,9	4,9
Rælingen.....	5,3	2,7	Lesja	6,8	5,1
Sørum	5,3	6,1	Sør-Aurdal	6,6	6,0
Vestby	5,2	6,1	Øystre Slidre	6,6	7,8
Nittedal	5,0	6,7	Lom.....	6,6	6,2
Nes.....	4,9	4,3	Øyer	6,4	6,2
Aurskog-Høland.....	4,9	4,5	Sør-Fron.....	6,3	3,6
Ullensaker	4,8	3,8	Skjåk	6,2	5,2
Oppegård	4,7	6,0	Jevnaker	5,9	5,6
Eidsvoll.....	4,7	5,8	Søndre Land	5,8	4,6
Ski.....	4,6	6,5	Ringebu	5,7	4,2
Lørenskog.....	4,4	6,9	Sel.....	5,7	5,6
Skedsmo	4,0	4,3	Nord-Aurdal.....	5,7	4,7
Bærum	4,0	6,4	Lunner	5,7	4,6
Asker.....	3,8	6,5	Nord-Fron	5,7	4,7
03 Oslo			Vågå.....	5,7	5,6
I alt.....	4,0	5,5	Gausdal	5,6	4,9
Oslo	4,0	5,5	Nordre Land.....	5,6	3,2
			Vestre Toten	5,0	4,5
			Gran	4,8	4,3
			Østre Toten.....	4,6	4,2
			Lillehammer.....	4,3	1,8
			Gjøvik.....	4,2	4,5

Vedleggstabell 2.(forts.) Skole- og helsestasjonstjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 6,3

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
06 Buskerud			08 Telemark		
I alt.....	5,8	6,2	I alt.....	5,9	6,5
Flå.....	7,3	10,4	Nissedal.....	7,6	8,0
Hemsedal.....	7,2	7,8	Fyresdal.....	7,5	10,9
Rollag.....	7,1	4,8	Siljan.....	7,0	6,8
Krødsherad.....	6,8	5,4	Hjartdal.....	6,9	6,7
Flesberg.....	6,7	5,7	Vinje.....	6,5	6,5
Nes.....	6,6	6,8	Tokke.....	6,5	13,5
Nore og Uvdal.....	6,4	7,9	Kviteseid.....	6,3	7,5
Sigdal.....	6,2	8,8	Drangedal.....	6,0	7,6
Ål.....	6,2	10,0	Seljord.....	6,0	6,5
Gol.....	6,2	5,6	Sauherad.....	6,0	3,7
Hole.....	6,2	5,9	Bø.....	5,9	5,3
Hol.....	6,1	10,6	Tinn.....	5,7	5,5
Hurum.....	5,4	6,0	Nome.....	5,5	5,5
Røyken.....	4,9	4,3	Kragerø.....	5,4	3,9
Modum.....	4,9	3,1	Bamble.....	5,1	5,7
Nedre Eiker.....	4,9	4,4	Notodden.....	4,9	5,4
Øvre Eiker.....	4,9	4,1	Porsgrunn.....	4,1	4,2
Lier.....	4,8	5,0	Skien.....	4,0	4,7
Ringerike.....	4,3	3,5	09 Aust-Agder		
Kongsberg.....	4,3	5,1	I alt.....	6,6	7,1
Drammen.....	3,8	4,5	Bykle.....	8,2	22,1
07 Vestfold			Iveland.....	7,9	5,0
I alt.....	5,6	5,0	Valle.....	7,4	9,5
Ramnes.....	6,8	5,8	Bygland.....	7,3	8,7
Hof.....	6,8	3,9	Åmli.....	7,2	9,1
Lardal.....	6,6	6,3	Vegårshei.....	7,0	8,8
Tjøme.....	6,5	4,5	Froland.....	6,8	5,5
Våle.....	6,3	6,7	Gjerstad.....	6,8	5,6
Andebu.....	6,2	4,1	Evje og Hornnes.....	6,6	5,9
Stokke.....	6,0	5,1	Birkenes.....	6,6	6,1
Svelvik.....	6,0	5,6	Tvedestrand.....	6,0	4,6
Sande.....	5,9	5,7	Risør.....	5,9	3,2
Holmestrand.....	5,5	4,4	Lillesand.....	5,6	4,2
Nøtterøy.....	4,7	3,4	Grimstad.....	5,3	3,8
Borre.....	4,7	5,1	Arendal.....	4,0	5,3
Tønsberg.....	4,1	4,6	10 Vest-Agder		
Sandefjord.....	4,0	4,0	I alt.....	6,3	6,2
Larvik.....	3,8	5,5	Åseral.....	8,3	13,8
			Marnardal.....	7,3	4,4
			Audnedal.....	7,3	4,6
			Sirdal.....	7,1	11,0
			Hægebostad.....	7,0	7,4
			Songdalen.....	6,8	5,9
			Lindesnes.....	6,2	6,1
			Kvinesdal.....	6,1	4,3
			Lyngdal.....	6,0	5,7
			Søgne.....	5,9	5,1
			Vennesla.....	5,6	5,4
			Flekkefjord.....	5,6	4,8
			Farsund.....	5,3	4,8
			Mandal.....	5,2	5,2
			Kristiansand.....	4,3	5,3

Vedleggstabell 2.(forts.) Skole- og helsestasjonstjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 6,3

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
11 Rogaland			Meland.....	6,4	5,0
I alt.....	6,3	5,6	Fusa.....	6,3	3,7
Utsira.....	9,6	11,8	Radøy.....	6,3	5,3
Kvitsøy.....	8,6	2,3	Ullensvang.....	6,2	5,0
Forsand.....	8,4	8,0	Etne.....	6,2	5,7
Bokn.....	8,0	4,5	Vaksdal.....	6,2	4,6
Bjerkreim.....	7,1	5,2	Osterøy.....	6,1	6,8
Rennesøy.....	7,1	4,6	Sund.....	6,0	5,6
Lund.....	7,0	3,9	Kvam.....	5,7	5,8
Finnøy.....	6,9	5,4	Bømlo.....	5,5	4,3
Gjesdal.....	6,7	4,6	Fjell.....	5,5	3,9
Hjelmeland.....	6,6	6,4	Odda.....	5,5	5,2
Sokndal.....	6,6	6,3	Stord.....	5,4	5,2
Suldal.....	6,3	5,5	Lindås.....	5,4	6,1
Sauda.....	6,1	7,9	Kvinnherad.....	5,4	5,9
Vindafjord.....	6,1	5,1	Os.....	5,4	5,1
Tysvær.....	6,0	5,3	Voss.....	5,0	3,7
Randaberg.....	6,0	6,9	Askøy.....	4,7	3,9
Klepp.....	5,9	4,8	Bergen.....	4,4	4,2
Strand.....	5,7	6,3	14 Sogn og Fjordane		
Time.....	5,6	6,5	I alt.....	6,6	6,0
Hå.....	5,5	5,8	Solund.....	8,0	5,9
Eigersund.....	5,3	5,0	Hornindal.....	7,9	6,0
Sola.....	5,3	4,7	Balestrand.....	7,6	11,7
Haugesund.....	4,5	4,9	Hyllestad.....	..	..
Karmøy.....	4,4	3,8	Aurland.....	7,2	7,9
Sandnes.....	4,3	4,6	Lærdal.....	7,0	4,9
Stavanger.....	4,2	5,7	Gulen.....	7,0	7,3
12 Hordaland			Naustdal.....	6,9	4,2
I alt.....	6,4	5,4	Gaular.....	6,9	6,7
Modalen.....	8,8	9,5	Jølster.....	6,8	6,0
Eidfjord.....	8,4	6,7	Fjaler.....	6,7	6,2
Jondal.....	8,0	7,4	Leikanger.....	6,6	7,1
Granvin.....	7,8	7,9	Selje.....	6,6	3,6
Ulvik.....	7,8	4,4	Bremanger.....	6,5	5,6
Masfjorden.....	7,3	8,1	Askvoll.....	6,5	4,2
Fedje.....	7,2	5,5	Høyanger.....	6,4	8,8
Øygarden.....	7,0	3,7	Sogndal.....	6,4	8,0
Fitjar.....	7,0	3,8	Vik.....	6,3	5,1
Tysnes.....	7,0	5,1	Førde.....	6,2	4,4
Austrheim.....	6,9	5,6	Luster.....	6,1	5,4
Samnanger.....	6,9	5,0	Eid.....	6,0	6,1
Austevoll.....	6,6	5,8	Flora.....	5,8	5,0
Ølen.....	6,5	3,8	Stryn.....	5,8	8,1
Sveio.....	6,4	6,3	Gloppen.....	5,8	5,3
			Vågsøy.....	5,7	5,5
			Årdal.....	5,7	5,4

Vedleggstabell 2.(forts.) Skole- og helsestasjonstjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 6,3

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
15 Møre og Romsdal			16 Sør-Trøndelag		
I alt.....	6,2	6,2	I alt.....	6,4	5,7
Tustna	7,9	7,6	Osen.....	7,8	1,7
Stordal.....	7,7	6,3	Tydal.....	7,7	9,3
Sandøy.....	7,4	7,7	Snillfjord.....	7,6	8,7
Ørskog.....	7,2	8,7	Roan.....	7,4	6,9
Norddal.....	7,0	8,1	Agdenes.....	7,3	7,0
Midsund.....	6,9	5,8	Hitra.....	6,8	4,3
Skodje.....	6,9	5,3	Klæbu.....	6,8	8,0
Eide.....	6,8	8,4	Rennebu.....	6,7	5,1
Neset.....	6,8	6,2	Hemne.....	6,6	7,8
Rindal.....	6,7	5,3	Ørland.....	6,6	7,4
Smøla.....	6,7	5,1	Åfjord.....	6,6	4,9
Halsa.....	6,6	6,8	Frøya.....	6,6	6,4
Hareid.....	6,5	5,2	Bjugn.....	6,5	5,9
Aure.....	6,5	7,1	Holtålen.....	6,3	5,3
Frei.....	6,4	5,4	Rissa.....	6,1	6,1
Aukra.....	6,4	7,1	Skaun.....	6,1	4,0
Tingvoll.....	6,3	6,6	Oppdal.....	5,9	5,3
Vanylven.....	6,3	7,3	Røros.....	5,9	5,5
Vestnes.....	6,3	5,0	Selbu.....	5,9	4,6
Gjemnes.....	6,2	4,4	Midtre Gauldal.....	5,9	4,7
Sande.....	6,2	6,0	Meldal.....	5,9	5,3
Ulstein.....	6,2	5,4	Malvik.....	5,6	3,8
Stranda.....	6,2	7,5	Orkdal.....	5,4	6,0
Averøy.....	6,2	6,0	Melhus.....	5,4	4,3
Giske.....	6,0	5,8	Trondheim.....	4,2	5,1
Sykkylven.....	5,9	7,0			
Sula.....	5,9	4,9	17 Nord- Trøndelag		
Volda.....	5,9	5,8	I alt.....	6,7	8,0
Fræna.....	5,8	5,0	Røyrvik.....	8,4	22,0
Surnadal.....	5,8	7,5	Fosnes.....	8,1	8,6
Rauma.....	5,7	6,5	Mosvik.....	8,0	7,9
Sunndal.....	5,6	8,3	Leka.....	7,9	16,5
Herøy.....	5,6	5,4	Flatanger.....	7,7	6,8
Haram.....	5,5	4,9	Namsskogan.....	7,5	9,8
Ørsta.....	5,5	6,5	Namdalseid.....	7,3	6,8
Kristiansund.....	4,8	4,2	Snåsa.....	7,0	10,8
Molde.....	4,7	6,1	Grong.....	6,9	5,7
Ålesund.....	4,1	4,3	Lierne.....	6,9	9,8
			Frosta.....	6,9	6,5
			Meråker.....	6,9	7,0
			Høylandet.....	6,9	8,1
			Leksvik.....	6,8	5,9
			Vikna.....	6,7	9,0
			Verran.....	6,6	4,1
			Nærøy.....	6,2	3,9
			Overhalla.....	6,1	7,3
			Inderøy.....	5,9	5,4
			Namsos.....	5,5	6,3
			Verdal.....	5,4	5,9
			Levanger.....	5,2	6,9
			Steinkjer.....	4,8	5,7
			Stjørdal.....	4,8	5,0

Vedleggstabell 2.(forts.) Skole- og helsestasjonstjenesten. Årsverk pr. 10 000 innbyggere. Ustandardisert og standardisert for behov. 1994. Hele landet = 6,3

Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert	Kommune	Standardisert for behov	Ustandardisert
18 Nordland			19 Troms		
I alt.....	6,9	6,8	I alt.....	6,9	7,9
Røst.....	9,3	2,7	Bjarkøy.....	8,9	9,2
Træna.....	8,9	22,2	Torsken.....	8,2	0,9
Rødøy.....	8,7	4,0	Berg.....	8,0	8,6
Værøy.....	8,5	12,6	Gratangen.....	7,8	9,7
Vevelstad.....	8,3	3,6	Karlsøy.....	7,5	10,5
Nesna.....	8,2	6,0	Kvænangen.....	7,4	10,9
Skjerstad.....	8,2	5,5	Skjervøy.....	7,3	10,0
Lurøy.....	8,0	5,7	Tranøy.....	7,3	7,3
Bindal.....	7,7	8,2	Lavangen.....	7,3	10,1
Herøy.....	7,7	6,4	Dyrøy.....	7,2	7,4
Flakstad.....	7,7	7,8	Storfjord.....	7,1	8,0
Tysfjord.....	7,5	8,0	Salangen.....	7,0	11,6
Grane.....	7,5	9,5	Gáivuotna-Kåfjord.....	6,9	1,8
Tjeldsund.....	7,4	7,6	Ibestad.....	6,8	6,9
Evenes.....	7,4	6,2	Nordreisa.....	6,7	10,0
Vega.....	7,3	9,1	Kvæfjord.....	6,7	7,9
Sømna.....	7,3	7,2	Sørreisa.....	6,6	13,2
Moskenes.....	7,3	6,4	Lyngen.....	6,6	7,5
Beiarn.....	7,3	7,9	Bardu.....	6,5	6,1
Dønna.....	7,2	6,3	Balsfjord.....	6,1	7,8
Hamarøy.....	7,2	13,4	Målselv.....	6,1	7,5
Leirfjord.....	7,2	4,1	Skånland.....	5,9	7,1
Gildeskål.....	7,0	6,8	Lenvik.....	5,6	5,0
Lødingen.....	7,0	6,2	Harstad.....	4,9	6,1
Sørfold.....	6,9	4,4	Tromsø.....	4,7	6,4
Ballangen.....	6,8	4,8	20 Finnmark		
Hattfjellidal.....	6,8	6,6	I alt.....	7,4	9,0
Steigen.....	6,8	10,4	Hasvik.....	8,5	4,7
Øksnes.....	6,7	7,0	Lebesby.....	8,3	10,8
Bø.....	6,4	4,2	Loppa.....	8,3	13,2
Hemnes.....	6,2	5,0	Berlevåg.....	8,2	11,8
Meløy.....	6,2	8,0	Karášjohka-Karasjok.....	8,0	8,4
Saltdal.....	6,2	8,4	Måsøy.....	8,0	12,4
Brønnøy.....	6,2	5,8	Unjárga-Nesseby.....	8,0	12,5
Alstahaug.....	6,1	6,3	Båtsfjord.....	8,0	6,0
Sortland.....	6,1	3,8	Guovdageaidnu-Kautokeino ...	7,9	7,6
Andøy.....	6,0	5,3	Garnvik.....	7,8	8,5
Vågan.....	5,7	5,9	Kvalsund.....	7,7	9,3
Hadsel.....	5,7	6,5	Vardø.....	7,2	6,8
Fauske.....	5,6	6,6	Nordkapp.....	7,1	6,5
Vestvågøy.....	5,5	4,4	Deatnu-Tana.....	7,0	8,4
Vefsn.....	5,0	4,6	Porsanger.....	6,7	8,4
Narvik.....	5,0	6,4	Vadsø.....	6,4	7,8
Rana.....	4,5	5,1	Hammerfest.....	6,4	10,9
Bodø.....	4,3	5,2	Sør-Varanger.....	5,9	5,5
			Alta.....	5,9	11,3

Tallgrunnlag for figurer

Figur 2.2. Utførte årsverk i kommunehelsetjenesten i utvalgte virksomhetsområder¹. 1987 - 1994

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Legepraksis	2462	2465	2486	2510	2561	2610	2722	2760
Fysikalsk behandling.....	2271	2294	2239	2351	2394	2376	2414	2486
Skole- og helsestasjonstjeneste.....	1413	1640	1693	1744	1855	1872	2062	2363

¹For virksomhetsområdene legepraksis og fysikalsk behandling er det kun legenes og fysioterapeutenes arbeidsinnsats som er tatt med. Det vil også være hjelpepersonell knyttet til disse virksomhetene, f.eks legesekretærer. Det totale omfanget av årsverksinnsats er derfor noe undervurdert. Sammenlignbarhet over tid for skole- og helsestasjonstjenesten: Arbeid utført av personell uten helsefaglig utdanning ble inkludert i statistikkgrunnlaget fra 1988 for helsestasjonstjenesten, for skolehelsetjenesten fra 1994. I 1994 ble innhentingen av opplysninger om personellinnsatsen i skole- og helsestasjonstjenesten forenklet og gjort mer oversiktlig. Dette har i endel tilfeller avslørt en viss underrapportering av årsverksinnsatsen for tidligere år.

Figur 2.3. Antall ubesatte stillinger¹ for utvalgte yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten. 1986 - 1994

	1986	1988	1990	1992	1994
Leger med avtale	34	45	28	26	19
Fastlønnede leger.....	105	107	93	155	117
Fysioterapeuter med avtale.....	53	59	55	52	50
Fastlønnede fysioterapeuter.....	91	204	232	237	147
Helsesøstre	99	129	129	109	132
Jordmødre	14	23	15	17	37

¹Ubesatte stillinger inkluderer de stillinger eller avtalehjemler pr. 31.12. som hadde vært ubesatt i 4 måneder eller mer.

Figur 2.4. Antall kommuner som var uten årsverksinnsats av jordmødre, fysioterapeuter og helsesøstre. 1987 - 1994

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Jordmødre	277	271	263	274	260	232	204	210
Helsesøstre	49	42	46	41	41	39	31	15
Fysioterapeuter	59	58	52	35	39	37	35	29

Figur 2.8. Utførte årsverk av leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre. 1987 - 1994

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Med avtale.....	1581	1537	1531	1531	1564	1619	1717	1826
Fast lønn.....	1057	1046	1098	1159	1157	1160	1142	1061
Turnuskanidater.....	210	223	199	182	185	166	177	187
Uten avtale	147	132	139	154	172	184	187	191

Figur 2.9. Utførte årsverk av fysioterapeuter med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre. 1987 - 1994

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Med avtale.....	2110	2104	2079	2071	2041	2052	2059	2001
Fast lønn.....	300	302	357	420	528	567	608	689
Turnuskanidater.....	25	15	15	32	57	56	72	73
Uten avtale	47	76	99	102	121	144	153	158

Figur 2.10. Utførte årsverk av leger og fysioterapeuter i skole- og helsestasjonstjenesten. 1987 - 1994

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Leger	212	200	199	209	209	213	222	210
Fysioterapeuter	77	88	102	118	147	158	186	237



Kongens gt. 6
P.b. 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Tel.: +47-22 86 45 00
Fax: +47-22 86 49 73

Postgiro/ Postal account:
0801 5053004
Bankgiro/ Bank account:
8200 01 32450

Oslo, 14. oktober 1994
Saksbehandler: Jon Erik Finnvoid
Seksjon for helse, trygd og sosiale forhold

Undersøkelse om erfaringer med helsetjenesten

Statistisk sentralbyrå gjennomfører nå en undersøkelse om folks erfaringer med kommunenes lege- og helsetjeneste. Det er trukket et utvalg på 10 000 kvinner som fikk barn i 1993 til undersøkelsen, og du er en av disse. Derfor håper vi at du vil fylle ut det vedlagt spørreskjemaet og returnere det til Statistisk sentralbyrå innen 14 dager.

Det finnes mye statistikk om hvilke lege- og helsetjenester som finnes, men lite om hva brukerne synes om tilbudet. Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge brukernes erfaringer, slik at de som planlegger lege- og helsetilbudet i kommunene får bedre kunnskap om hva slags tjenester det er behov for.

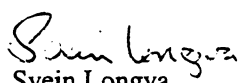
Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men dersom vi skal få et korrekt bilde av situasjonen i forskjellige kommuner, er vi avhengige av at de som er trukket ut, svarer. Vi har ikke anledning til å erstatte en som ikke svarer med en ny person. Dersom du likevel ikke ønsker å delta, ber vi om at du notere dette på skjemaet og returnerer det til oss. Da slipper du å få påminningsbrev senere.

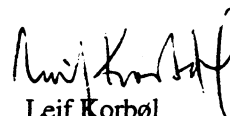
Svarene du gir er undergitt taushetsplikt. Det vil aldri bli kjent utenfor Statistisk sentralbyrå hva den enkelte har svart. Opplysningene vil bli overført til EDB. Deretter vil svarskjemaene bli tilintetgjort. Dette vil senest skje i løpet av et halvt år. I tillegg til de svarene du gir i spørreskjemaet, vil vi hente noen opplysninger fra registre som Statistisk sentralbyrå har. Dette er blant annet opplysninger om fødselsår, inntekt og utdanning. Når disse opplysningene kobles sammen med svarene på spørreskjemaet, vil det imidlertid skje maskinelt og med et registernummer som ikke forteller hvem som har svart. Opplysningene vil heller ikke senere bli lagret på en slik måte at det framgår hvem som har gitt hvilke svar.

Resultatene fra undersøkelsen skal brukes til å lage statistikk som aldri vil være så detaljert at det går an å gjenkjenne svarene fra enkeltpersoner. Dersom du ønsker mer informasjon om undersøkelsen, kan du henvende deg til førstekonsulent Jon Erik Finnvoid i Statistisk sentralbyrå på telefon 22 86 45 46

Vi håper du vil delta i denne viktige undersøkelsen og takker på forhånd for hjelpen.

Vennlig hilsen


Svein Longva
Administrerende direktør


Leif Korbøl
Seksjonssjef

<p>2.12 Hvis ja, synes du legen gir deg tilfredstillende råd om hva du bør gjøre for å holde deg frisk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>	<p>4. Erfaringer med helsestasjonen. Spørsmålene som følger gjelder barn du fikk i 1993</p> <p>4.1 Hvor mange besøk i hjemmet av helsesøster fikk du før barnet var 4 uker? <input type="checkbox"/> 2 eller flere besøk <input type="checkbox"/> 1 besøk <input type="checkbox"/> fått tilbud, men ønsket ikke besøk <input type="checkbox"/> ikke fått tilbud om besøk <input type="checkbox"/> ikke aktuelt</p>
<p>2.13 Hvor lang tid tar det å få time hos legen eller legekantoret du vanligvis bruker? <input type="checkbox"/> 0-2 dager <input type="checkbox"/> 3-4 dager <input type="checkbox"/> 5-6 dager <input type="checkbox"/> 7 dager eller mer <input type="checkbox"/> vet ikke</p>	<p>4.2 Hvor mange besøk i hjemmet av helsesøster har du hatt etter at barnet var 4 uker? <input type="checkbox"/> ingen besøk <input type="checkbox"/> 1 besøk <input type="checkbox"/> 2 eller flere besøk</p>
<p>3. Erfaringer med legekontakter på grunn av sykdom hos barn du fikk i 1993</p> <p>3.1 Hvor mange ganger det siste året har barn du fikk i 1993 hatt legebesøk eller besøkt lege på grunn av sykdom? <input type="checkbox"/> ingen ganger <input type="checkbox"/> 1-2 ganger <input type="checkbox"/> 3-4 ganger <input type="checkbox"/> 5-6 ganger <input type="checkbox"/> 7 ganger eller flere</p>	<p>4.3 Synes du det har vært for mange eller for få hjemmebesøk? <input type="checkbox"/> for få <input type="checkbox"/> passe <input type="checkbox"/> for mange</p>
<p>Spørsmål 3.2 til 3.6 skal du bare svare på dersom barnet har vært syk og hatt besøk av lege eller oppsøkt lege</p> <p>Angi hvor enig eller uenig du er i utsagnene: 3.2 "Det tar altfor lang tid å få legehjelp når barna er syke" <input type="checkbox"/> helt enig <input type="checkbox"/> enig <input type="checkbox"/> uenig <input type="checkbox"/> helt uenig</p>	<p>4.4 Var barnet til legek kontroll hos helsestasjonslegen i løpet av de tre første månedene? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<p>3.3 "Legen gir meg tilfredstillende informasjon om hva som feiler barnet" <input type="checkbox"/> helt enig <input type="checkbox"/> enig <input type="checkbox"/> uenig <input type="checkbox"/> helt uenig</p>	<p>4.5 Har barnet vært til ettårskontroll hos helsestasjonslegen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei, men har avtale om kontroll <input type="checkbox"/> nei, har <u>ikke</u> avtale om kontroll</p>
<p>3.4 Har det hendt at legen har gitt barnet medisiner du <u>ikke</u> syntes det hadde behov for? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>	<p>4.6 Hvor mange ganger har du besøkt helsesøster på helsestasjonen etter at barnet ble født (for å få vaksiner, kontroller e.l.)? <input type="checkbox"/> ingen besøk <input type="checkbox"/> 1-2 besøk <input type="checkbox"/> 3-4 besøk <input type="checkbox"/> 5-6 besøk <input type="checkbox"/> 7-8 besøk <input type="checkbox"/> 9-10 besøk <input type="checkbox"/> 11 besøk eller mer</p>
<p>3.5 Har det hendt at legen <u>ikke</u> har gitt barnet medisiner du syntes det hadde behov for? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>	<p>4.7 Hvor mange av disse besøkene tok du selv initiativ til? <input type="checkbox"/> ingen av besøkene <input type="checkbox"/> 1 besøk <input type="checkbox"/> 2 besøk <input type="checkbox"/> 3 eller flere besøk</p>
<p>3.6 Bruker barnet alltid den samme legen? <input type="checkbox"/> ja, nesten alltid <input type="checkbox"/> ja, som oftest <input type="checkbox"/> nei, ikke alltid <input type="checkbox"/> nei, bruker aldri samme lege</p>	<p>4.8 Synes du det har vært for mange eller for få besøk på helsestasjonen? <input type="checkbox"/> for få <input type="checkbox"/> passe <input type="checkbox"/> for mange</p>
	<p>4.9 Har du deltatt i samtalegrupper, foreldregrupper eller andre gruppeaktiviteter arrangert av helsestasjonen? (ikke regn med svangerskapskurs) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>



<p>Hvor enig eller uenig er du i utsagnene som er satt opp under?</p> <p>4.10 "Helsestasjonen gjør meg trygg på at alt er i orden med barnet"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;"> Undergitt taushetsplikt </div> <p>() 1 (—) 2</p>																																
<p>4.11 "Helsesøster tar seg vanligvis tid til å svare på spørsmålene mine"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<p>5.4 Hvis ja, hvor mange døgn har barnet vært på sykehus?</p> <p>() 1 - 6 døgn () 7 - 29 døgn () 30 døgn eller flere</p>																																
<p>4.12 "Jeg opplever kontakten med helsesøster som negativ fordi samtalen stort sett er om problemer og avvik"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<p>5.5 Har <u>helsestasjonslegen</u> eller <u>helsesøster</u> henvist barnet til almennlege, spesialist, barnelege eller sykehus for nærmere undersøkelse?</p> <p>() Ja () Nei</p>																																
<p>4.13 "Helsestasjonen har bidratt til at jeg fungerer bedre som mor"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<p>5.6 Har <u>helsepersonell utenfor helsestasjonen</u> henvist barnet til spesialist, barnelege eller sykehus for nærmere undersøkelse?</p> <p>() Ja () Nei</p>																																
<p>4.14 Hvor fornøyd er du med informasjonen du har fått av helsesøster om de tema som er nevnt under (en avmerking i hver linje)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">svært fornøyd</th> <th style="text-align: center;">mis- fornøyd</th> <th style="text-align: center;">mis- fornøyd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Barns utvikling/vekst</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Barns kosthold/amming</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ulykkesforebyggende tiltak</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lek og stimulering</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Søvnproblemer hos barn</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vaksiner</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sykdom hos barn</td> <td style="text-align: center;">() () ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		svært fornøyd	mis- fornøyd	mis- fornøyd	Barns utvikling/vekst	() () ()			Barns kosthold/amming	() () ()			Ulykkesforebyggende tiltak	() () ()			Lek og stimulering	() () ()			Søvnproblemer hos barn	() () ()			Vaksiner	() () ()			Sykdom hos barn	() () ()			<p>5.7 Er det konstatert funksjonshemming eller langvarig/kronisk sykdom hos barnet ditt?</p> <p>() nei () vet ikke ennå, venter på svar () ja, astma/bronkitt/luftveissykdom () ja, eksem/hudproblem () ja, øre/øyeproblemer () ja, skjelett/muskel/nervesykdom () ja, medfødte lidelser () ja, annen lidelse</p>
	svært fornøyd	mis- fornøyd	mis- fornøyd																														
Barns utvikling/vekst	() () ()																																
Barns kosthold/amming	() () ()																																
Ulykkesforebyggende tiltak	() () ()																																
Lek og stimulering	() () ()																																
Søvnproblemer hos barn	() () ()																																
Vaksiner	() () ()																																
Sykdom hos barn	() () ()																																
<p>5. Spørsmål om barn du fikk i 1993</p> <p>5.1 Hva var barnets fødselsvekt?</p> <p>() under 1500 gram () 1500 - 2500 gram () over 2500 gram</p>	<p>6. Meninger om helse og helsevesen Vurder utsagnet</p> <p>6.1 "Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>																																
<p>5.2 Synes du barnet ditt viser en tilfredsstillende utvikling ?</p> <p>() ja () nei () usikker</p>	<p>6.2 Alt i alt, ut fra dine erfaringer, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsetjenesten i kommunen din?</p> <p>() svært fornøyd () fornøyd () middels () misfornøyd () svært misfornøyd</p>																																
<p>5.3 Har barnet vært innlagt på sykehus etter at du kom hjem fra fødeavdelingen?</p> <p>() ja () nei</p>	<p>6.3 Ta stilling til om du synes ressursene til følgende helsetjenester i din kommune bør økes eller minskes (en avmerking i hver linje)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">bør økes</th> <th style="text-align: center;">bra som det er</th> <th style="text-align: center;">bør minskes</th> <th style="text-align: center;">vet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Legetjenesten</td> <td style="text-align: center;">() () () ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Helsestasjonstjenesten</td> <td style="text-align: center;">() () () ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eldreomsorgen</td> <td style="text-align: center;">() () () ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		bør økes	bra som det er	bør minskes	vet ikke	Legetjenesten	() () () ()				Helsestasjonstjenesten	() () () ()				Eldreomsorgen	() () () ()															
	bør økes	bra som det er	bør minskes	vet ikke																													
Legetjenesten	() () () ()																																
Helsestasjonstjenesten	() () () ()																																
Eldreomsorgen	() () () ()																																

<p>Under er det gjengitt ulike meninger om helse-og sosialpolitikken. Hvor enig er du i utsagnene som er satt opp?</p> <p>6.4 "Vi bør satse mer på privat drevet helsetjeneste"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<p>7.5 Har du nå langvarige sykdommer som du har hatt i mer enn 1/2 år, f.eks. sukkersyke, rygglidelser, leddlidelser, epilepsi, mavesår, bronkitt, migrene, lammelse i deler av kroppen eller lignende?</p> <p>() ja () nei</p>																																			
<p>6.5 "Det må bevilges mer penger til kontantstøtte og omsorgslønn, slik at bama og de syke i større grad kan bli tatt hånd om av familien"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<p>7.6 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?</p> <p>() svært fornøyd () meget fornøyd () nokså fornøyd () nokså misfornøyd () meget misfornøyd () svært misfornøyd</p>																																			
<p>6.6 "Det må brukes flere skattepenger på offentlig helsetjeneste"</p> <p>() helt enig () enig () uenig () helt uenig</p>	<p>8. Andre opplysninger</p> <p>8.1 Har du noen gode venner eller nær familie som arbeider i helsesektoren?</p> <p>() ja () nei</p>																																			
<p>7. Egen sykdom og livskvalitet</p> <p>7.1 Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet? Vil du si at den er god eller dårlig?</p> <p>() meget god () god () middels () dårlig () meget dårlig</p>	<p>8.2 Utenom familien, kjenner du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?</p> <p>() ja () nei</p>																																			
<p>7.2 Hvis du tenker på den siste måneden, hadde du på grunn av sykdom eller skade redusert aktivitet i forhold til noen av de tingene du vanligvis gjør i huset, på jobben eller i fritiden?</p> <p>() ja () nei</p>	<p>8.3 Er det noen i omgangskretsen din du diskuterer din egen eller bamas helseproblemer med?</p> <p>() ja () nei</p>																																			
<p>7.3 Har du i løpet av siste måned merket noe til plagene som er listet opp under? (en avmerking i hver linje)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>nesten</td> <td>av</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>hele tida</td> <td>ofte</td> <td>og til</td> <td>aldri</td> </tr> <tr> <td>Nervøsit, indre uro</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Nedtrykt, tungsindig</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Mye bekymret eller urolig</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Stadig redd eller engstelig</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Følelse av håpløshet mht. fremtida</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>		nesten	av				hele tida	ofte	og til	aldri	Nervøsit, indre uro	()	()	()	()	Nedtrykt, tungsindig	()	()	()	()	Mye bekymret eller urolig	()	()	()	()	Stadig redd eller engstelig	()	()	()	()	Følelse av håpløshet mht. fremtida	()	()	()	()	<p>8.4 Hvis ja, hvem snakker du med (evt. flere avmerkinger)?</p> <p>() nabo () venn () kollega () familie</p> <p>8.5 Hvem bor barnet du fikk i 1993 hos?</p> <p>() barnet bor hos mor og far () barnet bor vekselvis hos mor og far (delt omsorg) () barnet bor hos mor (enslig forsørger) () barnet bor hos mor og ny samboer (ikke barnets far) () barnet bor hos far (enslig forsørger) () barnet bor hos far og ny samboer (ikke barnets mor) () barnet bor hos besteforeldre/på barnehjem/ fosterforeldre/andre</p>
	nesten	av																																		
	hele tida	ofte	og til	aldri																																
Nervøsit, indre uro	()	()	()	()																																
Nedtrykt, tungsindig	()	()	()	()																																
Mye bekymret eller urolig	()	()	()	()																																
Stadig redd eller engstelig	()	()	()	()																																
Følelse av håpløshet mht. fremtida	()	()	()	()																																
<p>7.4 Har du i løpet av siste måned merket noe til plagene som er listet opp under? (en avmerking i hver linje)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td>noen</td> <td>sjel-</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ofte</td> <td>ganger</td> <td>den</td> <td>aldri</td> </tr> <tr> <td>Hodepine</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Fordøyelsesproblemer</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Søvnproblemer</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Forkjølelse/influensa</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Smerter i nakke/rygg/bekken /ben</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>			noen	sjel-			ofte	ganger	den	aldri	Hodepine	()	()	()	()	Fordøyelsesproblemer	()	()	()	()	Søvnproblemer	()	()	()	()	Forkjølelse/influensa	()	()	()	()	Smerter i nakke/rygg/bekken /ben	()	()	()	()	<p>8.6 Er du for tiden yrkesaktiv, under utdanning, hjemmевærende eller arbeidsløs? (evt. flere avmerkinger)</p> <p>() i omsorgspermisjon () hjemmевærende () sykemeldt () arbeidsløs () arbeider heltid () under utdanning til helseyrke () arbeider deltid () under annen utdanning</p>
		noen	sjel-																																	
	ofte	ganger	den	aldri																																
Hodepine	()	()	()	()																																
Fordøyelsesproblemer	()	()	()	()																																
Søvnproblemer	()	()	()	()																																
Forkjølelse/influensa	()	()	()	()																																
Smerter i nakke/rygg/bekken /ben	()	()	()	()																																
	<p>8.7 Har du flyttet eller endret adresse etter at du fikk barn i 1993?</p> <p>() ja () nei</p>																																			
	<p>8.8 Har barnets far vært arbeidsledig mer enn 3 måneder det siste året?</p> <p>() ja () nei</p>																																			

Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten 1994

Del I. Leger og fysioterapeuter

2 eksemplarer av de utfylte skjemaene sendes fylkeslegen innen 1. februar 1995

Opgavene hentes inn med hjemmel i lov om helsetjenestene i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlede oppgaver anvendes til utarbeidelse av styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegenes medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk

Kommune	Kommunenr.
Kontaktperson/statistikkansvarlig	Telefonnr.

A. Leger

- Medregnet leger som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenesten
- Ikke medregnet legevakt
- Ikke medregnet fengselshelsetjene

1. Utførte timer pr. uke, leger

1.1 Leger med avtale om driftstilskudd med kommunen.

Rettledning:

- "Leger med avtale om driftstilskudd" omfatter også leger med kombinasjoner av fastlønnnet deltidsstilling og deltids avtalepraksis. Arbeid som utføres av leger med avtale om driftstilskudd på fast avtalt timebasis i f.eks skole- eller helsestasjonstjenesten regnes som arbeid utført av leger med avtale om driftstilskudd.
- "Annen kommunalt lønnet legevirkosmhet" omfatter blant annet bedriftshelsetjeneste etter lov om helsetjenesten i kommunene, administrasjon og samfunnsmedisinsk arbeid. Fengselshelsetjeneste skal *ikke* medregnes.
- Overtidsarbeid skal ikke medregnes

	Antall timer pr. uke pr. 31.12.94 Oppgis med en desimal			
	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Sum klasse 1+2+3
Legepraksis (legevakt holdes utenfor)				
Skole- og helsestasjonstjeneste				
Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie				
Annen kommunalt lønnet legevirkosmhet, jfr. lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3				
Sum timer pr. uke				

1.2 Fastlønnsleger og turnuskandidater

Rettledning:

- "Fastlønnsleger" omfatter bare leger med fast lønn som *ikke* har avtale om driftstilskudd med kommunen.
- "Annen kommunalt lønnet legevirkosomhet" omfatter blant annet bedriftshelsetjeneste etter lov om helsetjenesten i kommunene, administrasjon og samfunnsmedisisk arbeid. Fengselshelsetjeneste skal *ikke* medregnes.
- Overtidsarbeid skal ikke medregnes

	Antall timer pr. uke pr. 31.12.94 Oppgis med en desimal	
	Fastlønnsleger	Turnuskandidater
Legepraksis (legevakt holdes utenfor)		
Skole- og helsestasjonstjeneste		
Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie		
Annen kommunalt lønnet legevirkosomhet, jfr. lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3		
Sum timer pr. uke		

1.3 Leger uten avtale om driftstilskudd med kommunen.

Rettledning:

- "Leger uten avtale om driftstilskudd" omfatter leger som ikke har avtale med kommunen om driftstilskudd. Disse plikter å gi melding om sin virksomhet til det lokale trygdekontor og den medisinsk faglig ansvarlige rådgiver/kommunelege l.
- "Annen kommunalt lønnet legevirkosomhet" omfatter blant annet bedriftshelsetjeneste etter lov om helsetjenesten i kommunene, administrasjon og samfunnsmedisinsk arbeid. Fengselshelsetjeneste skal *ikke* medregnes.
- Overtidsarbeid skal ikke medregnes

	Timer pr. uke pr. 31.12.94 Oppgis med en desimal
Legepraksis (legevakt holdes utenfor)	
Skole- og helsestasjonstjeneste	
Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie	
Annen kommunalt lønnet legevirkosomhet, jfr. lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3	
Sum timer pr. uke	

2. Antall leger i kommunehelsetjenesten etter heltid og deltid

	Mer enn 18,7 timer pr. uke	18,7 timer pr. uke eller mindre	Antall i alt pr. 31.12.94
Leger med avtale om driftstilskudd			
Fastlønnsleger			
Turnuskandidater			
Leger uten avtale om driftstilskudd			
I alt			

3. Ubesatte legestillinger

Rettledning: -Hjemler/stillinger skal bare regnes som ubesatte hvis de pr. 31.12. har vært ubesatt i 4 måneder eller mer. -Hjemler/stillinger som har vært besatt med vikar skal <i>ikke</i> regnes som ubesatt. -Hjemler/stillinger skal omregnes til hele stillinger og oppgis med en desimal. For leger regnes 37,5 timer pr. uke som en hel stilling	
	Ubesatte stillinger omregnet til hele stillinger med en desimal pr. 31.12.94
Leger med avtale om driftstilskudd	
Fastlønnsleger	
I alt	

B. Fysioterapeuter

- Medregnet fysioterapeuter som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenesten
- Ikke medregnet fengselshelsetjeneste

1. Utførte timer pr. uke, fysioterapeuter

Rettledning: -"Fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd" omfatter også fysioterapeuter med kombinasjoner av fastlønnet deltidsstilling og deltids avtalepraksis. Arbeid som utføres av fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd på fast avtalt timebasis i f.eks skole- eller helsestasjonstjenesten regnes som arbeid utført av fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd. -"Fysioterapeuter uten avtale om driftstilskudd" omfatter fysioterapeuter som ikke har avtale med kommunen om driftstilskudd. Disse plikter å gi melding om sin virksomhet til det lokale trygdekontor og den medisinske faglige rådgiver/kommunelege i -"Fastlønnede fysioterapeuter" omfatter bare fysioterapeuter med fast lønn som <i>ikke</i> har avtale om driftstilskudd med kommunen. -"Fysioterapipraksis" er kurativ og forebyggende fysioterapi utenfor skole- og helsestasjonstjenesten, sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie. -"Annen kommunalt lønnet fysioterapivirksomhet" omfatter blant annet bedriftshelsetjeneste etter lov om helsetjenesten i kommunene, administrasjon, samarbeid i team og miljørettet helsevern. Fengselshelsetjeneste skal <i>ikke</i> medregnes. -Overtidsarbeid skal ikke medregnes				
	Antall timer pr. uke pr. 31.12.94. Oppgis med en desimal			
	Fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd	Fysioterapeuter uten avtale om driftstilskudd	Fastlønnede fysioterapeuter	Turnuskandidater
Fysioterapipraksis				
Skole- og helsestasjonstjeneste				
Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie				
Annen kommunalt lønnet fysioterapivirksomhet, jfr. lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3				
Sum timer pr. uke				

2. Antall fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten etter heltid og deltid

	Mer enn 18 timer pr. uke	18 timer pr. uke eller mindre	Antall i alt pr. 31.12.94
Fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd			
Fysioterapeuter med fast lønn			
Turnuskandidater			
Fysioterapeuter uten avtale om driftstilskudd			
I alt			

3. Ubesatte fysioterapistillinger

Rettledning:

- Hjemler/stillinger skal bare regnes som ubesatte hvis de pr. 31.12. har vært ubesatt i 4 måneder eller mer.
- Hjemler/stillinger som har vært besatt med vikar skal *ikke* regnes som ubesatt.
- Hjemler/stillinger skal omregnes til hele stillinger og oppgis med en desimal. For fysioterapeuter regnes 36 timer pr. uke som en hel stilling

	Antall stillinger omregnet til hele stillinger med en desimal pr. 31.12.94
Fysioterapeuter med avtale om driftstilskudd	
Fysioterapeuter med fast lønn	
I alt	

MERKNADER

Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten 1994

Del II. Teknisk/hygienisk personell, annet personell

2 eksemplarer av de utfylte skjemaene sendes fylkeslegen innen 1. februar 1995

Opgavene hentes inn med hjemmel i lov om helsetjenestene i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegenes medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk

Kommune	Kommunenr.
Kontaktperson/statistikkansvarlig	Telefonnr.

1. Teknisk/hygienisk personell

Rettledning:

Teknisk/hygienisk personell i interkommunale samarbeidsordninger skal føres opp av den kommunen som har arbeidsgiveransvaret

	Timer pr. uke pr. 31.12.94 Oppgis med en desimal
Helserådsinspektører/teknisk/hygienisk personell	
Veterinærer	
Ingeniører	
Annet personell	
I alt	

2. Annet personell

Rettledning:

Personell i kommunehelsetjenesten som skal registreres i denne tabellen omfatter personell og yrkesgrupper som *ikke* er registrert i øvrige deler av skjemasettet "Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten", og som ikke faller inn under pleie- og omsorgstjenesten i kommunene eller helsetjenester til psykisk utviklingshemmede.

Vi ønsker en oversikt over personell/yrkesgrupper som arbeider i virksomheter som faller inn under lov om helsetjenesten i kommunene, men som faller *utenfor* følgende virksomheter og yrkesgrupper: Legevakt, fengselshelsetjeneste, hjemmetjenester, sykehjem, boformer med heldøgns tilbud, skole og helsestasjonstjeneste, teknisk/hygienisk personell, leger og fysioterapeuter.

	Antall timer pr. uke pr. 31.12.94. Oppgis med en desimal
Psykiatriske sykepleiere	
Andre sykepleiere (ikke i skole/helsestasjonstjeneste)	
Psykologer (ikke i skole/helsestasjonstjeneste, PPT)	
Ergoterapeuter	
Vernepleiere	
Hjelpepleiere (ikke i skole/helsestasjonstjeneste)	
Legesekretærer	
Jordmødre (ikke i skole/helsestasjonstjeneste)	
Helsesøstre (Ikke i skole/helsestasjonstjeneste)	
Annet personell med helsefaglig utdanning	
Annet personell uten helsefaglig utdanning	
I alt	

MERKNADER

Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten 1994

Del III. Personell og aktivitet i skole- og helsestasjonstjenesten

2 eksemplarer av de utfylte skjemaene sendes fylkeslegen innen 1. februar 1995

Oppgavene hentes inn med hjemmel i lov om helsetjenestene i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlede oppgaver anvendes til utarbeidelse av styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegenes medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk

Kommune	Kommunenr.
Kontaktperson/statistikkansvarlig	Telefonnr.

1. Utførte timer pr. uke av ulike yrkesgrupper (leger og fysioterapeuter registreres i del I)

	Timer pr. uke pr. 31.12.94 Oppgis med en desimal
Helsesøstre	
Sykepleiere	
Jordmødre	
Psykologer (ikke PPT)	
Hjelpepleiere	
Annet personell (ikke leger og fysioterapeuter)	
I alt	

2. Antall ubesatte stillinger ved utgangen av året (31.12.94)

Rettledning:

- Hjemler/stillinger skal bare regnes som ubesatte hvis de pr. 31.12.94 har vært ubesatt i 4 måneder eller mer.
- Hjemler/stillinger som har vært besatt med kvalifisert vikar skal ikke regnes som ubesatt.
- Hjemler/stillinger skal omregnes til hele stillinger og oppgis med en desimal. Hel stilling regnes som 37,5 time pr. uke

	Antall stillinger omregnet til hele stillinger med en desimal pr. 31.12.94
Helsesøstre	
Jordmødre	
Psykologer (ikke PPT)	
I alt	

3. Vaksinasjoner og aktivitet

1. Antall nyinnskrevne gravide kvinner som har møtt til svangerskapskontroll ved helsestasjonen	
2. Antall førstegangs hjemmebesøk til nyfødte innen 4 uker etter fødsel	
3. Antall fullstendige helseundersøkelser/legekontroller av spedbarn innen utgangen av 8. leveuke	
4. Antall fullførte 2-årskontroller	
5. Antall fullførte 4-årskontroller	
Antall barn som har fått følgende vaksinasjoner før fylte 2 år:	
6. 3. kikhostevaksinasjon	
7. 3. tetanusvaksinasjon	
8. 3. difterivaksinasjon	
9. 3. poliovaksinasjon	
10. 1. MMR-vaksinasjon	
11. 3. HIB-vaksinasjon	
12. Antall gravide som fullførte fødselsforberedende kurs (kurs organisert av både kommunen og det private skal medregnes)	

4. Etablering av fast organisert samarbeid med ulike instanser (sett kryss)

	Regelmessige møter	Annen fast organisering	Samarbeid etter behov
Fødeavdeling/barneavdeling/habiliteringsteam			
Barnehager			
Skolehelsetjenesten			
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk			
Pedagogisk-psykologisk tjeneste			
Barnevernstjenesten			
Sosialtjenesten			
Offentlig tannhelsetjeneste			
Andre (Spesifiser i MERKNAD)			

MERKNADER

5. Vaksinasjoner i grunnskolen 1994

1. Antall elever som begynte i 1. klasse i grunnskolen (ikke 6 årstilbud)	
Herav antall som ikke har fått følgende vaksiner før opptak i grunnskolen:	
2. 3. difteri-, tetanusvaksine	
3. 3. poliovaksine	
4. MMR-vaksine	
5. Antall elever som gikk ut av 9. klasse+elever som ble utskrevet av ungdomsskolen før fullført 9. klasse	
Antall personer som avsluttet grunnskoleopplæringen uten å ha fått følgende vaksinasjoner:	
6. 5. poliovaksine	
7. Av disse heller ikke 4. poliovaksine	
8. Difteri-, tetanusvaksine	
9. MMR-vaksine	

6. Etablering av fast organisert samarbeid, grunnskole (kryss av)

	Regelmessige møter	Annen fast organisering	Samarbeid etter behov
Skolen			
Pedagogisk-psykologisk tjeneste			
Barneavdeling/sykehus			
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk			
Barnevernstjenesten			
Sosialtjenesten			
Offentlig tannhelsetjeneste			
Andre (spesifiser i MERKNAD)			

MERKNADER

Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten 1994

Del IV. Organisering av medisinsk (re)habilitering

2 eksemplarer av de utfylte skjemaene sendes fylkeslegen innen 1. februar 1995

Oppgavene hentes inn med hjemmel i lov om helsetjenestene i kommunene av 19. november 1982 § 6-3. De innsamlende oppgaver anvendes til utarbeidelse av styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og fylkeslegenes medisinalmelding. Statistisk sentralbyrå vil i medhold av statistikklovens § 3.2 og § 3.3 benytte oppgavene til fremstilling av offisiell statistikk

Kommune	Kommunenr.
Kontaktperson/statistikkansvarlig	Telefonnr.

Med medisinsk (re)habilitering forstås helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

1. Organisering av medisinsk (re)habilitering

- | | ja | nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Formelt organisert team | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Fast koordinator/kontaktperson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Annet fast organisert samarbeid (regelmessige møter e.l.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Samarbeid etter behov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Hvilke faste personellgrupper deltar? (hvis ja på spm. 1a, b eller c)

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Lege | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapeut | <input type="checkbox"/> |
| Sykepleier | <input type="checkbox"/> |
| Helsesøster | <input type="checkbox"/> |
| Psykiatrisk sykepleier | <input type="checkbox"/> |
| Sosionom | <input type="checkbox"/> |
| Vernepfleier | <input type="checkbox"/> |
| Hjelpfleier | <input type="checkbox"/> |
| Psykolog | <input type="checkbox"/> |
| Logoped | <input type="checkbox"/> |
| andre | <input type="checkbox"/> |

3. Etablering av fast organisert samarbeid med ulike instanser

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Representant for trygdeetat | <input type="checkbox"/> |
| Representant for skoleetat | <input type="checkbox"/> |
| Representant for brukerne | <input type="checkbox"/> |
| Representant for arbeidsmarkedsetat | <input type="checkbox"/> |
| Andre etater (spesifiser i MERKNAD) | <input type="checkbox"/> |

4. Samarbeid med team i 2.linjetjenesten

Samarbeider kommunehelsetjenesten med (re)habiliteringsteam i 2.linjetjenesten?
ja nei team ikke tilgjengelig

Samarbeider kommunehelsetjenesten med ambulerende psykiatrisk team?
ja nei team ikke tilgjengelig

MERKNADER

De sist utgitte publikasjonene i serien Rapporter

Recent publications in the series Reports

- 95/15 O.F. Vaage: Kultur- og mediebruk 1994. 1995. 68s. 95 kr. ISBN 82-537-4159-6
- 95/16 T. Austbø: Kommunale avløp: Økonomi. 1995. 39s. 80 kr. ISBN 82-537-4162-6
- 95/17 J.E. Lystad: Camping i Norge 1984-1994. 1995. 80s. 95 kr. ISBN 82-537-4170-7
- 95/18 T. Bye, T.A. Johnsen og M.I. Hansen: Tilbud og etterspørsel av elektrisk kraft til 2020: Nasjonale og regionale fram-skrivinger. 1995. 37s. 80 kr. ISBN 82-537-4171-5
- 95/19 M.W. Arneberg, H.A. Gravningsmyhr, K. Hansen, N. Langbraaten, B. Lian og T.O. Thoresen: LOTTE – en mikrosimuleringsmodell for beregning av skatter og trygder. 1995. 66s. 95 kr. ISBN 82-537-4173-1
- 95/20 R.H. Kitterød: Tid nok, - men hva så? Tidsbruk og tidsopplevelse blant langtids-arbeidsledige. 1995. 123s. 110 kr. ISBN 82-537-4177-4
- 95/21 N. Keilman and H. Brunborg: Household Projections for Norway, 1990-2020 Part I: Macrosimulations. 1995. 82s. 95 kr. ISBN 82-537-4178-2
- 95/22 R.H. Kitterød: Tidsbruk og arbeidsdeling blant norske og svenske foreldre. 1995. 100s. 110 kr. ISBN 82-537-4179-0
- 95/23 H. Rudlang: Bruk av edb i skolen 1995. 1995. 77s. 95 kr. ISBN 82-537-4181-2
- 95/24 L. Brubakk, M. Aaserud, W. Pellekaan and F. von Ostvoorn: SEEM - An Energy Demand Model for Western Europe. 1995. 66s. 95 kr. ISBN 82-537-4185-5
- 95/25 H. Lurås: Framskrivning av miljøindikatorer. 1995. 30s. 80 kr. ISBN 82-537-4186-3
- 95/26 G. Frengen, F. Foyn and R. Ragnarsøn: Innovation in Norwegian Manufacturing and Oil Extraction in 1992. 1995. 93s. 95 kr. ISBN 82-537-4189-8
- 95/27 K.H. Alfsen, B.M. Larsen og H. Vennemo: Bærekraftig økonomi? Noen alternative modellscenarier for Norge mot år 2030. 1995. 62s. 95 kr. ISBN 82-537-4190-1
- 95/28 L.S. Stambøl: Flytting og arbeidsstyrken: Flyttetilbøyelighet og flyttemønster hos arbeidsledige og sysselsatte i perioden 1988-1993. 1995. 66s. 95 kr. ISBN 82-537-4193-6
- 95/29 G. Dahl, E. Flittig, J. Lajord og D. Fredriksen: Trygd og velferd. 1995. 91s. 95 kr. ISBN 82-537-4198-7
- 95/30 T. Skjerpen: Seasonal Adjustment of First Time Registered New Passenger Cars in Norway by Structural Time Series Analysis. 1995. 35s. 80 kr. ISBN 82-537-4200-2
- 95/31 A. Bruvoll og K. Ibenholt: Norske avfallsmengder etter årtusenskiftet. 1995. 41s. 80 kr. ISBN 82-537-4208-8
- 95/32 S. Blom: Innvandrere og bokonsentrasjon i Oslo. 1995. 125s. 95 kr. ISBN 82-537-4211-8
- 95/33 T.A. Johnsen og B.M. Larsen: Kraftmarkedsmodell med energi- og effektdimensjon. 1995. 54s. 95 kr. ISBN 82-537-4212-6
- 95/34 F. R. Aune: Virkninger på de nordiske energimarkedene av en svensk kjernekraftutfasing. 1995. 58s. 95 kr. ISBN 82-537-4213-4
- 95/35 M.S. Bjerkseth: Engroshandelen i Norge 1985-1992. 1995. 43s. 95 kr. ISBN 82-537-4214-2
- 95/36 T. Kornstad: Vridninger i lønnstakernes relative brukerpriser på bolig, ikke-varige goder og fritid 1985/86 til 1992/93. 1995. 35s. 80 kr. ISBN 82-537-4216-9
- 95/38 G.J. Limperopoulos: Usikkerhet i oljeprojekter. 1995. 72s. 95 kr. ISBN 82-537-4222-3
- 96/1 E. Bowitz, N.Ø. Mæhle, V.S. Sasmitawidjaja and S.B. Widoyono: MEMLI - The Indonesian Model for Environmental Analysis: Technical Documentation. 1996. 70s. 95 kr. ISBN 82-537-4223-1
- 96/2 A. Essilfie: Investeringer, kostnader og gebyrer i den kommunale avløpssektoren: Resultater fra undersøkelsen i 1995. 1996. 36s. 80 kr. ISBN 82-537-4239-8

B

Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

Publikasjonen kan bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå
Salg-og abonnementservice
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 00 44 80
Telefaks: 22 86 49 76

eller:
Akademika – avdeling for
offentlige publikasjoner
Møllergt. 17
Postboks 8134 Dep.
N-0033 Oslo

Telefon: 22 11 67 70
Telefaks: 22 42 05 51

ISBN 82-537-4221-5
ISSN 0806-2056

Pris kr 95,00



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway