



“SØKELYS PÅ SAMFUNNSMEDISINEN”

Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste,  
offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i  
Fastlegeordningen.

*Betty Pettersen og Roar Johnsen*

*Tromsø 2005*



Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø



*ISM skriftserie  
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og  
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk  
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those  
of the authors and do not necessarily reflect the  
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN 82 - 90262 - 88 - 4  
2005





Illustrasjon: Ragnhild Gjerstad

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Innhold</b>   |           |
| <b>SAMMENDRAG</b> .....  | <b>5</b>  |
| Resultater.....  | 5         |
| Fortolkning.....   | 6         |
| Anbefaling.....  | 7         |
| <br>   |           |
| <b>KAPITTEL 1 INNLEDNING OG OPPSUMMERING</b> .....   | <b>9</b>  |
| Innledning.....  | 9         |
| Oppsummering.....  | 10        |
| Generelt.....  | 10        |
| Samfunnsmedisinernes forbruk.....  | 11        |
| Mobilitet i det samfunnsmedisinske arbeidsmarked.....  | 11        |
| Årsaker til å slutte i og betingelser for å vende tilbake til det samfunnsmedisinske stillinger..... | 13        |
| Offentlig legearbeide – dimensjonering, dekningsgrad og prioritering før og etter Fastlegereformen   | 14        |
| Det sammensatte forebyggende helsearbeidet.....  | 14        |
| Oppsummering av vedlegg 1.....   | 15        |
| Referanser.....  | 17        |
| <br>   |           |
| <b>KAPITTEL 2 BAKGRUNN</b> .....   | <b>19</b> |
| Samfunnsmedisinen som fag.....   | 19        |
| Leger og samfunnsmedisinsk arbeid inklusiv offentlig legetjenester.....                              | 19        |
| Kommunal samfunnsmedisin – en reformarena.....   | 21        |
| Kommunal samfunnsmedisin – i forskningens lys.....   | 22        |
| Kommunal samfunnsmedisin og fastlegereformen.....  | 23        |
| Referanser.....  | 25        |
| <br>   |           |
| <b>KAPITTEL 3 MATERIALE OG METODE</b> .....  | <b>28</b> |
| Spørreskjemaundersøkelser.....   | 28        |
| Telefonintervjuer.....   | 29        |
| <br>   |           |
| <b>KAPITTEL 4 ARBEIDSTIDSBRUK I KOMMUNAL SAMFUNNSMEDISIN</b> .....                                   | <b>37</b> |
| Bakgrunn.....  | 37        |
| Om materiale og metode.....  | 38        |
| Samfunnsmedisinsk arbeidstid.....  | 38        |
| Arbeidstid og type stilling.....   | 39        |
| Arbeidstid og individuell avlønningsform.....  | 40        |
| Arbeidstid og spesialisering.....  | 41        |
| Arbeidstid og befolkningsstørrelse.....  | 41        |
| Multivariatanalyse.....  | 42        |
| Diskusjon.....   | 42        |
| Om materialet.....   | 43        |
| Måling av arbeidstid.....  | 43        |
| Forventninger til samfunnsmedisinsk arbeidstid.....  | 43        |
| Kombinasjoner av fag.....  | 44        |
| Avlønning.....   | 45        |
| Etterspørsel etter kliniske tjenester.....   | 45        |
| Spesialisering.....  | 46        |
| Kommunestørrelser.....   | 46        |
| Konklusjon.....  | 47        |
| Referanser.....  | 48        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>KAPITTEL 5 MOBILITET I DET SAMFUNNSMEDISINSKE ARBEIDSMARKEDET.....</b>   | <b>57</b> |
| Bakgrunn.....   | 57        |
| Størrelse på det samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet.....  | 57        |
| Vakanser.....   | 58        |
| Hva har skjedd på dette arbeidsmarkedet? .....  | 59        |
| Hvem slutter og hvem blir? .....  | 59        |
| Hvilke yrkesmessige valg gjorde de som sluttet? .....   | 60        |
| Fremtidsplaner.....   | 61        |
| Hvem vil søke seg tilbake til kommunale samfunnsmedisinske stillinger? .....  | 62        |
| Hva kan gjøres for bedre å ivareta samfunnsmedisinske og offentlige legetjenester? .....  | 63        |
| Oppsummering og diskusjon: utviklingstrekk i det samfunnsmedisinske arbeidsmarked.....  | 64        |
| Referanser.....   | 67        |
| <br>  |           |
| <b>KAPITTEL 6 ÅRSAKER TIL Å GÅ UT AV BETINGELSER FOR Å VENDE TILBAKE<br/>TIL KOMMUNALE SAMFUNNSMEDISINSKE STILLINGER .....</b>  | <b>77</b> |
| Innledning.....   | 77        |
| Kategorisering av meningsinnholdet.....   | 78        |
| Historiene.....   | 78        |
| Struktur.....   | 79        |
| Organisasjon.....   | 80        |
| Interpersonelle forhold og sosial støtte .....  | 82        |
| Faglige forhold.....  | 82        |
| Personlige forhold.....   | 85        |
| Semikvantitative analyser av årsaker til å slutte.....  | 86        |
| Kvantitative data.....  | 87        |
| Hva er viktig for å vende tilbake til kommunal samfunnsmedisinsk stilling? .....  | 87        |
| Diskusjon.....  | 89        |
| Konklusjon.....   | 92        |
| Referanser .....  | 93        |
| <br>  |           |
| <b>KAPITTEL 7 OFFENTLIG LEGEARBEIDE - DIMENSJONERING, DEKNINGS-GRAD<br/>OG PRIORITERING FØR OG ETTER FASTLEGEREFORMEN .....</b> | <b>97</b> |
| Bakgrunn.....   | 97        |
| Om materiale og metode.....   | 97        |
| Dimensjonering og dekning av legearbeid i kommunene.....  | 98        |
| Dekning av lovpålagte oppgaver.....   | 100       |
| Dekningsgrad og ulike respondentgrupper.....  | 101       |
| Dekningsgrad og kommunistørrelse.....   | 102       |
| Oppsummering dekning av lovpålagte oppgaver.....  | 103       |
| Prioritering av hovedoppgaver.....  | 103       |
| Oppsummering prioritering av 5 oppgaver.....  | 105       |
| Prioritering av samfunnsmedisinske oppgaver.....  | 106       |
| Diskusjon.....  | 107       |
| Om materiale og metode.....   | 107       |
| Var Fastlegereformen et vendepunkt for kommunehelsetjenestene? .....  | 106       |
| Konklusjon.....   | 110       |
| Referanser .....  | 111       |



|  |            |
|--|------------|
| <b>KAPITTEL 8 DET SAMMENSATTE FOREBYGGENDE HELSEARBEID OG FASTLEGEREFORMEN.....</b>  | <b>119</b> |
| Bakgrunn.....  | 119        |
| Om materiale og metode.....  | 120        |
| Resultater.....  | 122        |
| Helseovervåkning.....  | 122        |
| Politikkutvikling.....   | 123        |
| Oppfølging og kontroll.....  | 123        |
| Total skår for kjernefunksjonene.....  | 123        |
| Hvem tok initiativ til og gjennomførte aktivitetene? .....   | 124        |
| Diskusjon.....   | 124        |
| Metode.....  | 124        |
| Samleskår.....   | 127        |
| Helseovervåkning.....  | 128        |
| Politikkutvikling.....   | 129        |
| Oppfølging og kontroll.....  | 130        |
| Hvem tok initiativ til og gjennomførte aktivitetene?.....  | 130        |
| Konklusjon.....  | 131        |
| Referanser.....  | 132        |
| <br>   |            |
| Vedlegg 1  |            |
| <i>Tom Solli. Er prioritering av samfunnsmedisin og offentlige legeoppgaver endret i kommunene etter moderniseringen av offentlig sektor og innføring av markedsmodeller i helsetjenesten?</i> |            |
| <i>Kandidatoppgave i Folkehelsevitenskap, ISM, UiTø, Høst 2003. ....</i>   | <b>139</b> |



## **”Søkelys på samfunnsmedisinen”**

### **Sammendrag av Forskningsrapport til Norges Forskningsråd 5. mai 2004 i forbindelse med Fastlegeevalueringen**

Betty Pettersen og Roar Johnsen, Institutt for Samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø ved Institutt for Samfunnsmedisin har gjennom tre spørreskjembaserte tverrsnittundersøkelser studert kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste i forhold til arbeidsinnhold og arbeidsforhold før og etter Fastlegereformen, og hvilke faktorer som har påvirket utviklingen. Prosjektet inkluderer også intervjuer før og etter introduksjonen av reformen av kommunale administratorene, politikere, samfunnsmedisinere og allmennmedisinere om forebyggende helsearbeid og offentlige allmennmedisinske oppgaver. Bakgrunnen for prosjektet var signaler om manglende rekruttering, stabilitet og tilpasning for leger i alle deler av primærhelsetjenesten og usikkerhet omkring effektene av reformen i forhold til dette og det forebyggende helsearbeidet.

#### *Resultater*

På tross av at flere leger var involvert i samfunnsmedisinsk arbeid, ble det totale samfunnsmedisinske arbeidet redusert fra 1994-1999 og til 2002, mens tid brukt til kurativt arbeid blant samfunnsmedisinere økte. Reduksjonene var størst for miljørettet helsevern og for administrativt arbeid. Disse forandringene i arbeidstidsbruk var avhengig av alder og kjønn, om samfunnsmedisinsk arbeid var kombinert med klinisk arbeid eller ikke, spesialitet i samfunnsmedisin, avlønningsform og kommunestørrelse.

I løpet av observasjonstiden økte antall vakanser; antall heltidsstillinger ble redusert og turnover i samfunnsmedisinske legestillinger økte. Det ble færre med spesialitet i samfunnsmedisin i aktuelle stillinger. De som sluttet i samfunnsmedisinske stillinger gikk stort sett til klinisk medisin, spesielt allmennmedisin. Begrunnelsene for å slutte i samfunnsmedisinske stillinger og premisser for å vende tilbake endret seg ikke fra 1999 til 2002. Årsaker til å slutte var gjerne manglende balanse mellom autonomi, kompetanse og ansvarsmengde og mellom krav og tilgjengelige ressurser. De avgjørende faktorene i forhold til å vende tilbake til slik stilling var gjerne knyttet til balansen mellom faglig identitet og utfordringer og organisatoriske og strukturelle forhold. Resultatene kan tolkes dithen at man fremover i stor grad må beregne å drive nyrekruttering og stabilisering av de nyrekrutterte for å dekke opp ledige stillinger.

Funnene fra spørreskjemaundersøkelsene samstemmer med resultatene fra intervjuundersøkelsene. De lovpålagte oppgaver og hovedoppgaver slik kommunehelsetjenesteloven definerer dem, som kurativt

arbeid, legevakt/beredskap og helsestasjonsarbeid, synes innenfor ett år etter oppstart av FLO å ha blitt opp-prioritert og tilsvarende dimensjonert, mens forebyggende arbeid for øvrig - som innbefatter skolehelsetjeneste og de samfunnsmedisinske områdene miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, smittevern og opplysningsarbeid, ble nedprioritert. Generelt kom de individrettede oppgavene og tjenestene ut som best dekket og høyest prioritert, mens de indirekte, grupperettede oppgaver ble dårligst dekket og lavest prioritert gjennom reformens første år.

Det var liten aktivitet i helseovervåking, politikktutvikling og oppfølging og kontroll, både før og etter introduksjonen av Fastlegereformen. Aktiviteter på både helseovervåking og evaluering ble gjort i begrenset grad, mens på politikktutvikling ble det gjort oftere, sannsynligvis knyttet til arbeidet med reformen. Knappe 40% av kommunene anga årlig å ha gjennomført undersøkelse av uvanlige, skadelige eller uheldige sykdomstilfeller.

#### *Fortolkning*

Resultatene viser at det er grunn til bekymring over folkehelsearbeidet på bredt kommunalt nivå. Tidsstudiene fra 1994, 1999 og 2002 samt de to intervjuundersøkelsene i 2001 og 2002 peker alle i samme retning. Både når det gjaldt tidsbruk, dekningsgrad og prioritering syntes det samfunnsmedisinske og forebyggende arbeidet å komme til kort.

Våre resultater tilsier at denne utviklingen startet før introduksjonen av fastlegereformen, og at reformen sannsynligvis ikke har endret eller stoppet, men heller akselerert en del av prosessene.

Samfunnsmedisinen var i krise før innføringen av fastlegeordningen (FLO). Dette tydeliggjøres blant annet gjennom lavere arbeidstid innen feltet, økt turnover i stillingene og ut fra begrunnelsene for å slutte og eventuelt komme tilbake til samfunnsmedisinske stillinger. FLO, som var rettet mot det individrettede, kliniske arbeidet, intenderte ikke endringer i kommunal organisering (utover samarbeidet med allmennmedisinerne), i maktfordeling i kommunene eller i kompetansekrav til samfunnsmedisineren, og kunne derfor ikke stoppe den utvikling som hadde begynt før reformen. Snarere synes det individualistiske, kliniske perspektiv i FLO å kunne dra fokus bort fra grupperettet og forebyggende arbeid, både for kommunens administrasjon, politikere og faglige aktører.

Fastlegereformen var også en økonomisk reform med honoreringsmekanismer rettet mot klinisk arbeid. På tross av at FLO er basert på statlig og legebaseret ansvar for økonomien i dette, representerte det i en del kommuner et innhogg i økonomi tilgjengelig for offentlige allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver, - i alle fall på kort og mellomlang sikt. Dette kan ha bidratt til manglende prioritet av disse fagområdene. På det individuelle legnivået er honoreringsordningen

fortsatt i favør av klinisk arbeid, ikke det forebyggende. Avlønning er klart en årsaksmekanisme i de prosessene vi har studert.

Ett år er ikke lang virketid for en stor reform, men hadde effekter i alle landets kommuner, for svært mange aktører og mange tjenester. For de tjenestene som var ordningens målgrupper har den vært vellykket, mens den har hatt bieffekter på andre tjenester som samfunnsmedisinsk og forebyggende arbeid. Det er imidlertid viktig å huske at utviklingen ikke er et resultat av fastlegereformen, men at reformen ikke har inneholdt virkemidler som har endret den pågående negative utviklingen innenfor disse feltene.

#### *Anbefalinger*

Fastlegereformens innflytelse på utviklingen av kommunal samfunnsmedisin må oppfattes som utilsiktete effekter, men må vurderes i forhold til eventuelle justeringer i reformopplegget. Ikke minst i forhold til øvrig helsepolitikk, hvor forebygging fremstår som viktige satsingsområder, blir det viktig å se på hvordan man i kommunene kan påvirke den posisjon forebyggingsaktiviteter og -tjenester har.

Alle aktivitetene vi har evaluert krever samarbeid mellom fag, administrasjon og politikk. Det er da nødvendig med både tverrfaglig kompetanse og kapasitet, og etterspørsel og aktiv bruk av resultatene av aktivitetene. Ansvar for bedre kapasitet, kompetanse og kvalitet i folkehelsearbeidet bør ligge på både statlig, faglig og kommunalt nivå. Strukturelle endringer kan være nødvendige, kanskje spesielt for mindre kommuner. Både utdanningsmessige satsinger, økonomiske incentiver for å endre lønnsforskjellene mellom de ulike kommunale helseopp gavene, kommunesamarbeid eller -sammenslåing, skifte i ansvarsforhold og endrede samarbeidsmønstre mellom aktører på lokal arena vurderes som viktige av politikere, administratorer og samfunnsmedisinere. Alle kommunale aktører hadde økende tro på utdanningsprogrammer, bedret faglig nettverk omkring samfunnsmedisin og offentlige legetjenester. Interkommunale ordninger var også ansett som positive, mens færre mente at intern omorganisering i kommunen kunne være av betydning for fagfeltet.



## KAPITTEL 1. INNLEDNING OG OPPSUMMERING

### *Innledning*

Siden Lov om Kommunehelsetjeneste ble iverksatt i 1984 har det vært uro i og omkring gruppen av leger i samfunnsmedisinske stillinger i kommunene. Den organisatoriske plassering, legens posisjon og gjennomslagskraft har vært diskutert med til dels stort engasjement (1-6). Dette er ikke nytt. Samfunnsmedisin og samfunnsmedisinere har historisk vært konfliktbærere i forholdet mellom fag og politikk og fag og øvrig forvaltning i helsesektoren (7-13), og har også hatt et visst spenningsforhold til den øvrige legeprofesjon (14-16).

Fastlegereformen er en omfattende reform av legetjenestene på kommunalt nivå. Leger i samfunnsmedisinske stillinger i kommunene står spesielt utfordrende til på grunn av den konfliktfylte forhistorien med en uavklart rolle som samfunnsmedisinere i lokal forvaltning og sin dobbelt-funksjon som samfunnsmedisinere og kliniker. Samtidig som det kommer bekymringsfulle signaler om manglende rekruttering, stabilitet og tilpasning i alle deler av primærhelsetjenesten blir samfunnsmedisinerne lansert som viktige i gjennomføringen av reformen og i forhold til folkehelsearbeidet (17-21). Effektene av reformen på det forebyggende helsearbeidet har vært diskutert og man har sett både muligheter og problemer for arbeidet under reformen. Ikke minst har man stilt spørsmål ved primærlegenes engasjement i dette arbeidet når fokus for reformen i stor grad har vært det kliniske arbeidet.

Evalueringsprosjektet vi har gjennomført er en del av en langsgående studie av samfunnsmedisinsk legetjeneste i kommunene, og har som målsetting å kartlegge utviklingen i arbeidsinnhold og arbeidsforhold før og etter fastlegereformen og å finne hvilke faktorer som har påvirket utviklingen. Prosjektet består av tre spørreskjemabaserte tverrsnittsundersøkelser og representerer derfor også en oppfølgingsundersøkelse med 3 målepunkter og kohortundersøkelser med opplysninger om og fra de som faller fra. Designet gir en mulighet til å studere utviklingen over tid og å sammenholde med nyrekrutterte. I tillegg inkluderer prosjektet intervju av kommunale administratorer, politikere, samfunnsmedisinere og allmenntmedisinere, hvor vi utvider perspektivet mer og ser på forebyggende helsearbeid og offentlige allmenntmedisinske oppgaver. Rapporten intenderer å gi kunnskap om effekter av fastlegereformen på en yrkesgruppe som har en sentral posisjon i kommunal helsetjeneste og

om fagområder som er viktige i en komplett og målrettet helsetjeneste og i helhetlig kommunal drift.

Rapporten diskuterer følgende problemstillinger:

1. Hvordan fordeler leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger sin arbeidstid mellom ulike virksomhetsområder?
2. Hvordan er mobiliteten i det kommunale samfunnsmedisinske arbeidsmarked?
3. Hvilke årsaker angir leger for å slutte i kommunale samfunnsmedisinske stillinger?
4. Hvilke betingelser er viktige for å vende tilbake til kommunal samfunnsmedisin?
5. Hvordan fordeles arbeidsoppgavene i kommunehelsetjenesten før og etter innføringen av Fastlegereformen? Ved eventuelle endringer: hvilke begrunnelser for endringene kan synliggjøres?
6. Hvordan fungerer det sammensatte forebyggende helsearbeidet i kommunen før og etter Fastlegereformen?

## **Oppsummering**

### *Generelt*

Resultatene fra denne studien viser at det er grunn til bekymring over folkehelsearbeidet på bredt kommunalt nivå. Tidsstudiene fra 1994, 1999 og 2002 samt de to intervjuundersøkelsene i 2001 og 2002 peker alle i samme retning. Både når det gjaldt tidsbruk, dekningsgrad og prioritering syntes det forebyggende arbeidet å komme til kort. Dette var det generelt bred enighet mellom rådmenn, ordførere og leger.

Det vi viser er sannsynligvis en utilsiktet effekt, som man må vurdere om det er mulig å gjøre justeringer for i reformopplegget. Ikke minst i forhold til øvrig helsepolitikk, hvor forebygging fremstår som viktige satsingsområder, blir det viktig å se på hvordan man på den lokale arena - i kommunene, kan påvirke den posisjon forebyggingsaktiviteter og -tjenester har.

Alle aktivitetene vi har evaluert krever samarbeide mellom fag, administrasjon og politikk. Det er da nødvendig med både tverrfaglig kompetanse og kapasitet, og etterspørsel og aktiv bruk av resultatene av aktivitetene. Slik sett er det nedslående resultatet for de samlede aktiviteter en oppfordring for flere aktører i kommunal sektor.



Det synes å være behov for betydelig kapasitets- og kompetanseøkning og kvalitetsforbedring i folkehelsearbeidet. Strukturelle endringer kan være nødvendige, kanskje spesielt for mindre kommuner. I praksis kan dette arte seg som både økonomiske incentiver, kommunesamarbeid eller -sammenslåing, utdanningsmessige satsinger, skifte i ansvarsforhold eller endrede samarbeidsmønstre mellom aktører på lokal arena.

#### *Kapittel 4. Samfunnsmedisineres tidsforbruk*

Fra 1994 til 1999 økte antallet leger som var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling. De brukte mindre tid til samfunnsmedisinske oppgaver slik at det totale samfunnsmedisinske arbeidet ble redusert. Reduksjonen av tid brukt til miljørettet helsearbeid og administrativt arbeid var størst. Samtidig økte tidsbruken til kurativt arbeid noe, men ikke tilsvarende reduksjonen i samfunnsmedisinen fordi total arbeidstid ble redusert. Forandringene var størst blant leger uten spesialitet i samfunnsmedisin, som arbeidet på stykkpris ordninger og i de større kommunene.

Fra 1999 til 2002 fortsatte reduksjonene i samfunnsmedisinsk arbeid og da mest uttalt for administrativt arbeid. For øvrig var det små endringer fra 1999 i fordelingen av tidsbruken. Det synes som utviklingen som startet før fastlegereformen fortsatte og for avviklingen av administrative oppgaver har den akselerert i den siste 3 årsperioden. Fastlegereformen har så langt ikke snudd den negative utvikling i legetid brukt til samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene.

#### *Kapittel 5. Mobilitet i det samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet*

Antall stillinger med samfunnsmedisinsk innhold økte fra 1994 til 1999, og var stabilt frem til 2002. Andelen heltids samfunnsmedisinske stillinger ble redusert fra 1999 til 2002. Andelen stillinger som var fastlønte gikk ytterligere ned fra 1999 til 2002 og fulgte utviklingen fra perioden 1994 til 1999. Nye måter å komponere samfunnsmedisinske stillinger og organisere kommunal samfunnsmedisin på blir utprøvd. Vakanser økte klart over undersøkelsesperioden, sammen med økt bruk av midlertidige ansettelsesløsninger. Turn-over i stillingene var på nærmere 47% mellom 1994 og 1999 og økte til 42% mellom 1999 og 2002, den perioden hvor FLO ble innført.

Både for perioden 1994-1999 og 1999-2002 var det flere kvinner enn menn som sluttet, de som sluttet var yngre, hadde vært kortere tid i stillingen og færre hadde spesialitet i allmenn- og samfunnsmedisin.

De som kom inn i stillingene var begge årene i større grad kvinner enn de som var i slik stilling fra før, de var yngre og hadde på undersøkelsestidspunktet selvsagt vært kortere tid i sin stilling og færre hadde spesialiteter i samfunns- og allmennmedisin. Av de nye hadde en større andel spesialitet i allmennmedisin enn i samfunnsmedisin, mens for de som hadde forblitt i stillingene var andelen lik for de to spesialitetene. Det var likevel slik at sammenlignet med de nye som kom inn i 1999 hadde en større andel av de nye som kom inn i 2002 spesialitet i samfunnsmedisin, men færre hadde spesialitet i allmennmedisin.

Leger som sluttet i samfunnsmedisinske stillinger gikk oftest over i en klinisk stilling. Før 1999 var andelen som valgte kommunal klinisk stilling mindre enn etter 1999. Kommunal klinisk medisin ser altså ut til å ha blitt mer aktuell å søke til for leger som slutter i samfunnsmedisinske stillinger i perioden da FLO ble etablert.

Sammenlignet med 1999 var det på den annen side i 2002 færre spesialister i samfunnsmedisin og leger som tidligere hadde vært i kommunale samfunnsmedisinske stillinger som planla å søke seg tilbake før pensjonsalder. Dette resultatet betyr at man må basere seg på nyrekruttering og stabilisering av de nyrekruttede.

På den annen side planla de som var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 2002 i større grad å bli - både på kort og lang sikt - lengre tid i stillingen enn de som var i slik stilling i 1999. Dette gir et signal om at det med FLO er kommet en viss stabilisering, som kanskje har vel så mye med sterkere anknytning i den kliniske delen av arbeidet å gjøre som det har noe med utviklingen innenfor selve det samfunnsmedisinske feltet å gjøre.

De faktorene som ble vurdert å ha størst betydning i forhold til styrking av det samfunnsmedisinske og offentlig allmennmedisinske fagfeltet var utdanningsprogrammer internt og regionalt, tilrettelegging for spesialisering og styrking av kontakten mellom sentrale ressursmiljøer og lokal samfunnsmedisinsk og offentlig legetjeneste. Disse faktorene syntes å ha fått økt betydning fra 2001 til 2002. Endret organisering gjennom

interkommunale samarbeidsavtaler ble også ansett som viktig og mange pekte på problemene med lønnsforskjellene mellom de ulike kommunale helseoppgavene.

### *Kapittel 6. Årsaker til å slutte i og betingelser for å vende tilbake til samfunnsmedisinske stillinger*

Grunnlagsmaterialet består av dels kvantitative data og dels kvalitative data som skriftlige utsagn i fri tekst. De siste er forsøkt fortolket inn varianter av kjente krav - kontroll modeller (Karasek).

Kommunale samfunnsmedisinere oppga å ha *sluttet* i sine stillinger på bakgrunn av manglende balanse mellom autonomi, kompetanse og ansvarsmengde. De hadde opplevd problemer med å finne balanse mellom krav og tilgjengelige ressurser, mellom ansvar og myndighet, mellom egen autonomi og den kommunale organisasjons krav, mellom faglige utfordringer, faglig ballast og faglig identitet i en sektor med varierende kompetanse i og støtte i og utenfor/utenfra organisasjonen. De opplevde rollekonflikter både i forhold til sine legekolleger i allmenmedisin, sitt eget forhold til allmenmedisin og i forhold til kolleger i kommuneorganisasjonen og politikere.

Alt i alt fremsto samfunnsmedisinerne med en sterk faglig orientering, hvor tilpasning til den kommunale struktur med administrative og politiske lag utenpå det faglige for mange hadde blitt så vanskelig at de valgte å slutte.

Når det gjelder *betingelsene for å vende tilbake* til samfunnsmedisinsk stilling viste kvantitative data ingen forskjell i fordelingen av betingelser for å vende tilbake mellom de to observasjonsperiodene 1994-1999 og 1999-2002. De avgjørende faktorene for å skulle vende tilbake hadde å gjøre med mulighetene til å bruke egne evner, bestemme hva som skal gjøres og ansvarsmengde, - spørsmål om balanse mellom faglige identitet og utfordringer og organisatoriske og strukturelle forhold. Det var likevel små forskjeller mellom angivelsene for de ulike årsakene. Med unntak av fysiske arbeidsforhold og kontroll over eget arbeidstempo vurderte mer enn 70% ansvarsmengde, faglig autonomi, lønnsforhold og innhold i stillingsinstruks som svært eller nokså viktig.

Det ser ikke ut til at FLO påvirket årsaksmønsteret som leger brukte som forklaring på hvorfor de hadde sluttet i kommunale samfunnsmedisinske stillinger eller de betingelser de satte for å

vende tilbake til slik stilling. Dette kan forstås ut fra at FLO har liten betydning for mange av årsakene som ble gitt for å slutte eller vende tilbake til i slik stilling. Kommunal organisering, maktfordeling og kompetansekrav til samfunnsmedisineren er i liten grad endret på grunn av eller samtidig med FLO.

#### *Kapittel 7. Offentlig legearbeide - dimensjonering, dekningsgrad og prioritering før og etter fastlegereformen*

Fastlegereformen betydde for det store flertall av de undersøkte kommuner ikke store forandringer i dekning av legetjenester fra tiden før reformen. For lovpålagte oppgaver og hovedoppgaver slik helsetjenesteloven definerer dem fremkom likevel et bilde av en reform som innenfor ett år etter oppstart var vellykket hva angikk kurativt arbeid, legevakt/beredskap og helsestasjon, mens forebyggende arbeid for øvrig - som innbefatter skolehelsetjeneste og de samfunnsmedisinske områdene miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, smittevern og opplysningsarbeid, kom svakere ut. Pleie- og omsorg kom ut med midlere resultat, mer avhengig av hvem som gjorde vurderingen og av kommunestørrelse. Slik sett kom de individrettede oppgavene og tjenestene ut som best dekket og høyest prioritert, mens de indirekte, grupperettede ble dårligst dekket og lavest prioritert gjennom reformens første år.

Dette tilsvarende funn vi har redegjort for omkring arbeidstid for samfunnsmedisinerne, - som altså også anga å ha redusert sin arbeidstid innenfor samfunnsmedisin til fordel for kurativt arbeid.

I den grad status quo ikke ble opprettholdt hadde altså reformen innenfor ett år etter innføringen ikke hatt noen positiv effekt på de samlede forebyggende oppgaver og tjenester i kommunene, med unntak av helsestasjon som syntes å komme godt ut. Som vi har skrevet tidligere var det ikke noen uttalt målsetting å styrke det forebyggende arbeidet heller. Og ett år er ikke lang virketid for en stor reform, - som altså enten man var klar over det eller ikke, hadde effekter i alle landets kommuner, for svært mange aktører og mange tjenester

#### *Kapittel 8. Det sammensatte forebyggende helsearbeidet*

Vi har ved hjelp av en serie spørsmål prøvd å få et samlet inntrykk av det sammensatte forebyggende helsearbeidet i kommunene. Vi har evaluert aspekter ved helseovervåkning, politikktutvikling og oppfølging og kontroll.

Det var liten aktivitet på alle feltene både før og etter etablering av FLO. Aktiviteter på både helseovervåkning og evaluering ble gjort i begrenset grad, mens på politikktutvikling ble det gjort oftere, sannsynligvis knyttet til arbeidet med fastlegereformen. I alle kommunestørrelser var det rom for forbedringer. Aktivitetene ble gjerne gjort i et samarbeid mellom kommunene og sentrale ressursmiljøer. Knappe 40% av kommunene angir årlig å ha gjennomført undersøkelse av uvanlig, skadelig eller uheldig sykdomstilfeller. Sannsynligvis er dette uttrykk for at det er ca 40% av kommunene som har kompetanse til å gjennomføre slike undersøkelser.

***Oppsummering av vedlegg 1.***

***Er prioriteringen av samfunnsmedisin og offentlige legetjenester endret i kommunene etter modernisering av offentlig sektor og med innføring av markedsmodeller i helsetjenesten?  
Tom Solli.***

I oppgaven er det stilt 3 viktige spørsmål:

1. Er det slik at oppgaver med New Public Management (NPM) elementer i seg, særlig insentivdelen, prioriteres foran andre oppgaver ?
2. Er det noen sammenheng mellom hvor man bor (helseregion, kommunestørrelse) og hvordan man prioriterer legeoppgaver ?
3. Er 1.6.2001 (oppstart av fastlegeordningen) noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte oppgaver blir dekket ?

Det er en klar forskjell i hvordan rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner og fastlege har svart på spørsmålet som ble stilt angående prioritering når det gjelder kurative oppgaver sammenliknet med forebyggende arbeid og tilsynslegetjenester. I 2001 er det for eksempel over 3,5 ganger så mange respondenter som mener at kurativt arbeid er høyt prioritert sett i forhold til forebyggende arbeid. Kurative oppgaver (diagnose, behandling) har mest NPM elementer i seg. Det kan dermed synes som om legeoppgaver som har innlagt mange NPM elementer har en høyere prioritering enn andre legeoppgaver. Undersøkelsen gir ikke svar på om den skjønsmessige vurderingen respondentene foretar sier noe om *for høyt* eller *for lavt*. Forskjell i prioriteringer mellom årene 2001 og 2002 slår ut for den politiske og administrative ledelse (bestiller), mens det er lite endringer når det gjelder produsent – siden (utøver). Dette kan tyde på at kommunens ledelse har et ønske om status quo når det gjelder prioritering av legeoppgaver, og at man dermed ikke kan forvente store endringer i disse prioriteringene i årene framover.

En hypotese om at modernisering av offentlig sektor har kommet lengst i sentrale strøk av Østlandet og at dette vil gi seg utslag i prioriteringer av kurative oppgaver, ser ikke ut å slå til.

Det er helseregion nord som har høyest andel som svarer høyt prioritert, og helseregion øst som har lavest andel. Det er de minste kommuner som har høyest andel som svarer høyt prioritert når det gjelder kurative oppgaver. Det kan synes som at modernisering av offentlig sektor, og NPM elementer, ikke er noen forklaringsvariabel her.

Svarene som er kommet inn når det gjelder dekningsgrad (lite, akseptabelt, godt) av lovpålagte legeoppgaver kan tyde på at innføringen av fastlegeordningen 1.juni 2001 ikke er noen milepæl. Den relative dekningsgraden mellom lovpålagte oppgaver opprettholdes stort sett sammenlignet med før fastlegeordningen ble innført, det skjer heller ikke store endringer første året etter. En dimensjon i en slik forklaring kan være at aktørene tilpasset seg strømmingene fra NPM tenkningen lenge før 1. juni 2001.

## REFERANSER

1. Jøssang O. Roller og status på godt og vondt! *Utposten* 1991; 20: 324-6.
2. Aanjesen T. Hvordan er hverdagen i en kommune? Fra regelverk til virkelighet. *Utposten* 1994; 23: 11-14.
3. Øgar P. Kommunelege I - hvem er det? *Utposten* 1994; 23: 48-50
4. Kolstrup N. Er kombilægen en udryddelsestruet art? En epistel med utgangspunkt i opplevelser fra et par ganske almindelige uger i en kombilæges liv. *Utposten* 1995; 24: 168-172.
5. Øgar P. Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur? *Utposten* 1995; 24: 248-253.
6. Brochmann H. Utsikt fra Nærøy. Kombinasjonslege i en utkantkommune. *Utposten* 1996; 25: 14-21.
7. Elvbakken KT. Hygiene som vitenskap: fra politikk til teknikk. Notat nr. 23/1995. Bergen: Universitetet i bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, 1995
8. Larsen Ø red. *The shaping of a profession*. Canton: Science History Publications/USA, 1996.
9. Larsen Ø. Historisk utvikling. I: Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
10. Nordby T. Profesjonskretsets periode i norsk helsevesen, - institusjoner, politikk og konfliktemner. *Historisk tidsskrift* 3: 301-323, 1987.
11. Nordby T. Det offentlige helsevesenet – et fagstyrets høyborg. I: Nordby T red. *Arbeiderpartiet og planstyret 1945-1965*. Gjøvik: Universitetsforlaget, 1993.
12. Berg O. Medikrati, hierarki og marked. Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse. I: Album D, Midre G red. *Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi*. Oslo: Ad notam, 1991.
13. Nordby T. *Karl Evang: en biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.
14. Eisenberg L. Rudolf Ludwig Karl Virchow, where are you now that we need you? *Am J Med* 1984; 77: 524-32.
15. Donaldson LJ. The changing face of public health. *Br J Hosp Med* 1990; 43: 103.
16. Mjell J, Folkvord B. Samfunnsmedisinen er død, leve allmenmedisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119:399-401.
17. St.meld. nr. 23 (1996-97). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

18. St.meld. nr. 23 (1996-97). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
19. Sosial- og helsedepartementet (1998): Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning.
20. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens Trykning, 1998
21. Ot prp nr 99 (1998-99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover (fastlegeordningen).
22. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. april 2000 i medhold av lov av 19. nov. 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene.



## KAPITTEL 2 BAKGRUNN

### *Samfunnsmedisinen som fag*

Samfunnsmedisin er vanskelig å definere og avgrense som fag (1-5), og flere yrkesgrupper og deler av politisk og administrativ forvaltning på alle nivåer har samfunnsmedisinske mål for sin virksomhet. WHO bruker følgende definisjon om folkehelsearbeidet ("public health"):

"Vitenskapen om og aktiv deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme livskvalitet og bedre helse" (6). Leger som arbeider innenfor folkehelsearbeidet kalles gjerne samfunnsmedisinere. Samfunnsmedisin er av disse definert som "et fagområde som har sin oppmerksomhet rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, samt på livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i" (7). En mer operasjonell definisjon er: "Samfunnsmedisinens hovedoppgave er å hjelpe samfunnet å treffe beslutninger om helsespørsmål. Det innebærer å sikre at gyldig og relevant medisinsk kunnskap kan opplyse den politiske og administrative beslutningsprosess både lokalt og nasjonalt." (8). En kunnskapskjerne for faget samfunnsmedisin synes derfor å være kunnskap om forholdet mellom helse og samfunn (8-10) og hvordan dette skal brukes i samfunnet og befolkningen. Den tradisjonelle inndeling av fag og fagområder i universitetene tilsier at samfunnsmedisinen ikke hører inn under et enkelt fagområde eller er en egen disiplin. Faget har imidlertid en klar forankring i medisinen, og har i tillegg et bredt vitenskapelig fundament som inkluderer både statistikk, samfunnsvitenskap, økonomi, statsvitenskap og jus (7).

Fagfeltet samfunnsmedisin slik det fremkommer i Norge har sine klare paralleller også internasjonalt (11, 12), og legespesialiteten i samfunnsmedisin og fremveksten av den finnes også i andre land. Det kan f.eks. se ut til at spesialiteten i England - som ble etablert 10 år før i Norge - har hatt tilsvarende vansker som her (13). Fagfeltet er under stadig diskusjon og forandring ettersom samfunnet endres, og dette går parallelt i Norge og i andre land (12, 14-18).

### *Leger og samfunnsmedisinsk arbeid inklusiv offentlig legetjenester*

Fra den tidlige utvikling av helsetjenesten i Norge har leger med samfunnsmedisinsk kunnskap og interesse deltatt aktivt både i direkte tjenesteproduksjon i forhold til befolkningen, organisering av helsetjenesten og forskning både på befolkningen og helsetjenestene. Dette gjorde de som stads-, distrikts- og bergverksleger fra 1600-tallet, som noen av de første professorer ved universitet i Norge (9), som sterke meningsbærere i forhold til utvikling av

forvaltning og politikk i det forrige århundre (9, 19-20) og senere (21-23), - med Karl Evang som den tydeligste (24). Nå finner vi dem som ansatte i Helsetilsyn, fylkeslegeetat, i fylkeshelsetjenesten og som kommuneleger.

Samfunnsmedisinen er gruppe- og miljørettet (7), i motsetning til den individorienterte kliniske medisin. Arbeidet preges av aktiv bruk av medisinsk kunnskap i utforming av samfunnet, ved arbeid opp mot både faglig, administrativ og politisk forvaltning og mot befolkningsgrupper (8, 9, 19). Man kan forstå dette slik at innen legeprofesjonen tar samfunnsmedisinerne hovedansvaret for å tjene samfunnet og grupper av syke, mens de øvrige legespesialistene tar hovedansvaret for å betjene de enkelte syke. Dette krever ulike kunnskaps- og teorigrunnlag og ulike arbeids- og samarbeidsmetoder. Samfunnsmedisinerne stilles derfor overfor utfordringer i sin yrkesutøvelse som er ulik kliniske legers.

Yrkesgruppen er også spesiell i forhold til resten av legeprofesjonen fordi den til dels blir å dele arbeidsmetoder, målsettinger, oppgaver og til dels utdanning med yrkesgrupper utenfor profesjonen (for eksempel helsesøstre, ingeniører og ledere i kommunal forvaltning). Profesjonssosiologisk representerer samfunnsmedisinen en yrkesgruppe som arbeider midt i og med en rekke konflikter mellom legeprofesjonen og samfunnet: profesjon/fag-politikk (9, 21), profesjon/fag-forvaltning (25, 26) liberalt erverv-offentlig ansettelse (26), forebygging-behandling, leder-ledet og folkehelse-individuell helse. Samtidig står samfunnsmedisinen i profesjonsinterne spenningsforhold omkring grunnleggende målsettinger for yrkesutøvelse; for eksempel organisatorisk lojalitet til profesjon eller til samfunn, leder-ledet og forskjell i kunnskapsforvaltningen: ekskluderende spesialisering kontra inkluderende kunnskapsdeling og tverrfaglighet. I denne sammenheng må profesjonssosiologiske begreper som regulering (27), deprofesjonalisering (28) og proletarisering (29) tas med som uttrykk for trekk i profesjonsutviklingen, kanskje av spesielt stor betydning for samfunnsmedisinen.

På kommunalt nivå utspiller sannsynligvis de fleste av disse konfliktene seg, - også fordi den kommunale samfunnsmedisiner oftest også er kliniker ved siden av sitt samfunnsmedisinske arbeid. De fleste helsepolitiske reformer kan sees i lys av disse konfliktene (9, 21-23, 30), og fastlegereformen bør også vurderes i forhold til disse.

### *Kommunal samfunnsmedisin – en reformarena*

Innenfor kommunehelsetjenesten har det over de siste 15-20 år blitt gjennomført flere reformer som har vist seg å ha betydning for samfunnsmedisinsk virksomhet. Spesielt gjelder dette Lov om helsetjeneste i kommunene (31), men også tillegg til denne, bl.a. om miljørettet helsevern og sykehjemsreformen. Reformen i den sentrale helseforvaltning med Lov om statlig tilsyn med helsetjenestene og den nye kommuneloven har også hatt betydning (21, 22, 30). Gjennom disse reformene har samfunnsmedisinernes posisjon både i forhold til stat, fylkeslegeetat, allmennlegetjeneste og øvrige lokal helsetjeneste og ikke minst i forhold til kommunal politisk og administrativ forvaltning blitt endret. Ansettelses-, ansvars- og myndighetsforhold er endret, og har til dels fått ulik utforming fra kommune til kommune. Med kommunehelsetjenestereformen mistet samfunnsmedisinerne sin status som embetsmenn (som ansatt av staten og som helserådsordførere) og gjennom dette mistet de den direkte kontakten til det øvrige statsapparat gjennom fylkeslege og helsedirektør. De kom gjerne i en for leger uvant posisjon som enten underordnede eller i alle fall underordnet i en større kommunal organisasjon med ukjente beslutningsregler. At kommunene kanskje hadde liten erfaring med personalforvaltning med en slik yrkeskategori, kan også ha bidratt til vanskeligheter (kfr. mange konflikter ved innføringen av loven i 1984).

På den annen side gav den samme reformen samfunnsmedisinerne mulighet til større ansvar og til dels myndighet gjennom ny stillingsstruktur og nye arbeidsområder. Dette representerte i første omgang økt tilgang til det lokale politiske og administrative forvaltningsapparatet gjennom både møte- og forslagsrett i for eksempel helse- og sosialstyre og bygningsråd (32). Senere har endringer blant annet i kommuneloven begrenset denne adgangen og gjort samfunnsmedisineren mer distansert, spesielt i forhold til det politiske apparatet. Parallelt med dette er arbeidsoppgaver og –metoder endret som følge av utviklingen innenfor fag og forvaltning.

Fastlegereformen representerer både en organisatorisk, faglig og økonomisk reform som får betydning for den samfunnsmedisinske legerollen og yrkesutøvelsen (33-37). Det blir viktig å vurdere hva som skjer med yrkesgruppen i forbindelse med reformen, og holde endringene opp mot både reformen og andre faktorer som påvirker utviklingen innenfor gruppen.

### *Kommunal samfunnsmedisin – i forskningens lys*

Det er gjort en del forskning på samfunnsmedisinen og dens tilpasning til sentral og kommunal forvaltning. Blant annet viser statsvitenskapelige og historiske studier av politiske og forvaltningsmessige prosesser på 1800- og 1900-tallet at legeprofesjonens betydning i den sentrale helseforvaltning og i forhold til politikk ble stadig redusert fra en nokså betydelig posisjon, med betydelig motstand (9, 21-23, 30). I en profesjonssosiologisk studie av helsereformer på 1980- og 90-tallet mener man å se at også lokalt tones dominansen til den medisinske ekspertisen ned, samtidig med at helsetjenestene på tjenesteplanet integreres mer i de øvrige velferdstjenestene (25).

Fra empiriske undersøkelser finnes noen data om samfunnsmedisinen i kommunal sektor. Romøren gjorde i 1988 en evaluering av Kommunehelsetjenestereformens fem første år (38), og fant ut fra egne og andres delundersøkelser at samfunnsmedisinen hadde tyngre kår enn allmennmedisinen under reformen, både hva gjaldt rekruttering, tilpasning og trivsel. Han konkluderte med at skifte av arbeidsgiver, organisasjonskonflikter og en svak posisjon i det kommunale beslutningssystemet var årsaker til at halvparten av et utvalg kommunelege I som ble undersøkt i 1986 hadde betydelige problemer med å tilpasse seg den nye situasjonen. Denne konklusjonen sammenfaller med anekdotiske beretningene referert tidligere (39-44). Kolstrup et al konkluderte med sannsynlig stor gjennomtrekk i stillingene for perioden 1988-91 (45) og at trivsel blant samfunnsmedisinerne var mest avhengig av faglig innhold i arbeidet, samarbeidsforhold og arbeidsbelastning (46). De har også funnet godt og høyt prioritert samarbeid med kommunalt helsepersonell, mens samarbeidet med kommunal administrasjon og politikere var mindre godt, avhengig av organisatorisk avstand mellom legen og administrasjonen slik at lang avstand gav større problemer i samarbeidet og mindre tilfredshet i arbeidet (47).

Enkelte forhold og trekk ved samfunnsmedisinerne er undersøkt i Legekårsundersøkelsen (48). I denne undersøkelsen fant man blant annet at kommuneleger oppga å arbeide noe mindre enn andre legegrupper, men at de sammen med andre legegrupper jobbet 40% flere timer i uken enn gjennomsnittsnordmannen og 25% mer enn andre akademikere (49). Man sammenlignet også allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger i forhold til blant annet sentrale trivselsmål i arbeidet (50). Kommuneleger skåret noe lavere på jobbtilfredshet, noe høyere på jobbstress og faglig usikkerhet og lavere på autonomi enn allmennpraktikerne.

Ut fra tverrsnittundersøkelsen av leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger i 1994 (51, 52) vet vi at denne legetjenesten var utformet ulikt, avhengig av blant annet kommunestørrelse, organisering, avlønningsform og trekk ved den enkelte lege, for eksempel spesialisering og tid i stillingen. Samfunnsmedisinerne arbeidet i hovedsak med miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og kurativt arbeid. De hadde et bredt administrativt spenn og samarbeidspekter, og syntes derfor ut fra arbeidsoppgaver og funksjon fortsatt å stå i en sentral posisjon i kommunehelsetjenesten. De hadde begrensede personell- og tekniske ressurser, men trivdes bra. Foreløpige analyser av tilsvarende undersøkelse i 1999 (se senere) tilsier endringer av både innhold og organisering, og det synes å ha vært betydelig gjennomtrekk i stillingene.

Forskningen på kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste tilsier altså så langt at denne tjenesten er i en utsatt posisjon hva angår både arbeidsinnhold, rammer, trivsel, rekruttering og stabilitet og at den er endring. Utover det her presenterte prosjekt er det imidlertid begrenset hva som finnes av empirisk forskning. I forhold til fastlegereformen er det ved vårt prosjekt mulig å følge utviklingen med empirisk forskning over flere år.

#### *Kommunal samfunnsmedisin og fastlegereformen*

Fastlegereformens sentrale målsetting er rettet mot lege-pasient-relasjonen. Imidlertid vil de tiltak som iverksettes på denne relasjonen kunne ha betydning for mye av den øvrige kommunehelsetjeneste (53), og ulike aktører har endog tenkt styrke samfunnsmedisinen gjennom reformen (33-35, 54).

For den samfunnsmedisinske legetjenesten er flere forhold ved reformen av spesiell betydning.

Reformen representerer endrede tilknytningsforhold til kommuneorganisasjonen for allmennlegene, - og med det også for samfunnsmedisineren for vedkommendes eventuelle kliniske virksomhet. Den representerer potensielt også endret arbeidsinnhold og arbeidsmengde avhengig av hvilken fordeling av arbeidsoppgaver de lokale forhandlinger mellom allmennleger, samfunnsmedisinere og kommunen resulterer i. Dette vil kunne gi endret organisering og endrede lojalitetsforhold for samfunnsmedisineren, av betydning for samfunnsmedisinerens eventuelle lederrolle. Blant annet vil dette kunne ha betydning i forhold til samlet planlegging, koordinering og oppfølging av både offentlig helsearbeid og folkehelsearbeid, hvor samarbeidsrelasjoner både er viktige og tidkrevende. Den medisinsk faglige rådgivning vil kanskje med dette bli tydeliggjort for flere aktører, men kan samtidig bli

marginalisert i forhold til arbeidstid. Det blir derfor viktig å følge hvilke konsekvenser innføringen av reformen får på både arbeidsinnhold, arbeidstidsbruk, organisering og samarbeid, og følge prosessene som leder frem til disse konsekvensene.

Dette kan ha betydning blant annet på rekruttering og stabilitet i både samfunnsmedisinske og allmennmedisinske stillinger, hvilket er sentrale utfordringer ved innføringen av reformen.

## REFERANSER

1. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2954-7.
2. Gogstad AC. Den samfunnsmedisinske begrepsverden. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1095-9.
3. The distinction between Public Health and Community/Social/Preventive Medicine. J Public Health Policy 1985 Dec; 6(4): 435-9.
4. Mellbye F. Hva er samfunnsmedisin? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3762-6.
5. Robberstad T, Siem H. Hva er samfunnsmedisin? Tidsskr Nor lægeforen 1977; 94: 1709-10.
6. DHSS (1989). Report of the committee of enquiry into the future development of the public health function (Acheson report). Cmnd 289, HMSO, London.
7. Spesialitetskomitéen i samfunnsmedisin. Målbeskrivelse og krav til spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. I: Nylenna M red. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1995: 13-27.
8. Bjørndal A. Mot en kunnskapsbasert samfunnsmedisin. Et program for forskning, fagutvikling og undervisning i anvendt samfunnsmedisin. Oslo: Universitetet i Oslo, 1997.
9. Elvbakken KT. Hygiene som vitenskap: fra politikk til teknikk. Notat nr. 23/1995. Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, 1995.
10. Bjørndal A. Samfunnsmedisinens kjerne. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 603-5.
11. Frenk J. The new public health. Annu Rev Public Health 1993; 14:469-90.
12. Guidotti TL. Preventive Medicine: Notes toward an agenda for change. Am J Prev Med 1996; 12: 165-71.
13. Donaldson LJ. The changing face of public health. Br J Hosp Med 1990; 43: 103.
14. Eisenberg L. Rudolf Ludwig Karl Virchow, where are you now that we need you? Am J Med 1984; 77: 524-32.
15. Evang K. "Public health" - social og administrativ medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1953; 767-777.
16. Fugelli P. Med Rudolf Ludwig Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1091-4.
17. Vandenbroucke JP. New public health and old rhetoric. BMJ 1994; 308: 994-5.
18. Summerton N. A new kind of public health doctor. J Public Health Med 1997; 19(2):239-240.

19. Larsen Ø red. The shaping of a profession. Canton: Science History Publications/USA, 1996.
20. Larsen Ø. Historisk utvikling. I: Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD red. Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
21. Nordby T. Profesjokratiets periode i norsk helsevesen, - institusjoner, politikk og konfliktemner. Historisk tidsskrift 3: 301-323, 1987.
22. Nordby T. Det offentlige helsevesenet – et fagstyrets høyborg. I: Nordby T red. Arbeiderpartiet og planstyret 1945-1965. Gjøvik: Universitetsforlaget, 1993.
23. Berg O. Medikrati, hierarki og marked. Noen historiske betraktninger om regulering av medisinsk yrkesutøvelse. I: Album D, Midre G red. Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad notam, 1991.
24. Nordby T. Karl Evang: en biografi. Oslo: Aschehoug, 1989.
25. Erichsen V. Reformer i helsetjenesten: "Profesjonsstatens" sammenbrudd? I: Lian OS red. Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys. Otta: Tano Aschehoug, 1996.
26. Torgersen U. Profesjoner og offentlig sektor. Otta: Tano, 1994.
27. Freidson E. The reorganization of the professions by regulation. Law and Human behavior 7: 279-290, 1983.
28. Haug MR. The deprofessionalization of everyone? Sociological focus 8: 197-213, 1975.
29. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. International Journal of health services, 15: 161-195, 1985.
30. Christensen T. Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Otta: Tano, 1994.
31. Lov av 19. november 1982, nr. 66. Om helsetjeneste i kommunene.
32. St.meld. nr. 23 (1996-97). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
33. Sosial- og helsedepartementet (1998): Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning.
34. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens Trykning, 1998
35. Ot prp nr 99 (1998-99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover (fastlegeordningen).
36. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. april 2000 i medhold av lov av 19. nov. 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene.



37. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie Rapport nr. 12, 1989.
38. Jøssang O. Roller og status på godt og vondt! Utposten 1991; 20: 324-6.
39. Aanjesen T. Hvordan er hverdagen i en kommune? Fra regelverk til virkelighet. Utposten 1994; 23: 11-14.
40. Øgar P. Kommunelege I - hvem er det? Utposten 1994; 23: 48-50
41. Kolstrup N. Er kombilægen en udryddelsestruet art? En epistel med utgangspunkt i opplevelser fra et par ganske almindelige uger i en kombilæges liv. Utposten 1995; 24: 168-172.
42. Øgar P. Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur? Utposten 1995; 24: 248-253.
43. Brochmann H. Utsikt fra Nærøy. Kombinasjonslege i en utkantkommune. Utposten 1996; 25:14-21.
44. Kolstrup N, Sønbo Kristiansen I. Gennemtræk i stillingerne som medicinsk fagligt ansvarlig læge i norske kommuner 1988-91. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2671-4.
45. Kolstrup N, Sønbo Kristiansen I. Trivsel blandt læger i kommunale samfunnsmedicinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481-6.
46. Kolstrup N, Sønbo Kristiansen I. Samfunnsmedicinerens vurdering af samarbejde og arbeidsbelastning i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1970-3.
47. Aasland OG. Legekårsundersøkelsen. Nord Med 1995; 110: 65-67.
48. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3059-63.
49. Førde R, Aasland OG, Akre V. Allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger - hvor forskjellige er de? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2781-6.
50. Pettersen B. Søkelys på samfunnsmedisinen. Arbeidsrapport nr. 1/1996. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Seksjon for helsetjenesteforskning, 1996.
51. Pettersen B. Vedlegg 4 Søkelys på samfunnsmedisin. I: Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens Trykning, 1998.
52. Heen H, Johnsen E, Opdahl Mo T, Lurås H. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 1996.
53. Inst.O. nr. 49 (1999-2000). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).



### KAPITTEL 3. MATERIALE OG METODE

Rapporten baseres på data innsamlet fra flere undersøkelser, i tiden rundt og etter introduksjon av FLO. Data som beskriver utviklingen fra 1994 til 1999 er brukt for å vurdere hvilke forandringer som kan tilskrives innføringen av FLO og hvilke som har pågått siden 1994. Det er brukt forskjellige metoder for ulike målgrupper i datainnsamlingene. I det følgende gis en oversikt over materialet og metoder. I de enkelte kapitler gis utfyllende informasjon om variabler og metoder spesifikt for kapitlet.

#### *Spørreskjemaundersøkelser*

Vi har gjennomført spørreundersøkelser blant leger ansatt i kommunale samfunnsmedisinske stillinger i alle landets kommuner i 1994, 1999 og 2002. Undersøkelsene har inkludert kommunelege I, kommuneoverlege, bydelsoverlege, distriktsoverlege og stedfortreder for disse, helsesjefer som er leger, smittevernleger og ellers alle leger som vi har fått opplyst arbeidet med samfunnsmedisinske oppgaver.

For å finne navn og adresse til de aktuelle legene i 1994 fikk vi tilgang til adresselisten til MSIS, - meldesystemet for smittsomme sykdommer. Vi kontaktet også ca. 20% av kommunene direkte per telefon for å bekrefte opplysningene og for å få navn på andre leger innen målgruppen. I 1999 var MSIS-databasen endret, og fordi vi også skulle ha navn på andre leger enn de som da var registrert innenfor smittevernet, fikk vi opplysninger om målgruppene fra Den Norske Legeforenings (Dnlf) adresseregister. Dette registeret har oppdatert informasjon om blant annet nåværende stilling og geografisk lokalisering for hvert medlem. Vi holdt den samlede informasjonen opp mot andre kilder og kontaktet i tillegg omtrent halvparten av kommunene per telefon for å bekrefte eller supplere opplysningene. I 2002 oppdaterte vi den tidligere adresselisten gjennom informasjon fra Dnlf, men igjen kontaktet vi nærmere halvparten av kommunene for å bekrefte opplysningene.

Spørreskjema til kommunale samfunnsmedisinere i 1994 var mer omfattende enn tilsvarende i 1999 og 2002, men en rekke elementer går igjen i alle tre skjemaene. Spørreskjema til leger som hadde sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling og for spesialister i samfunnsmedisin var stort sett like i 1999 og 2002. Skjema ble distribuert per post, med én puring i alle studiene.

I 1994 fant vi 510 kommunale samfunnsmedisinske stillinger hvorav 5 var vakante, i 1999 fant vi 578 hvorav 20 var vakante og i 2002 fant vi 589<sup>1</sup> stillinger hvorav 35 var vakante (tabell 3.1). I 1999 fant vi at 2 av de registrerte stillingene var dekket av 1 lege. I 2002 var tilsvarende 23 stillinger dekket av 11 leger, slik at 10 leger dekket to stillinger hver, mens en lege dekket 3 stillinger.

Svarprosenten på spørreskjema var for 1994, 1999 og 2002 henholdsvis 66, 70 og 64%.

Vi fant i 1999 og i 2002 at 172 og 190 leger hadde sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling etter henholdsvis 1994 og 1999. Blant de som sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling fra 1994 og 1999 var svarprosentene hhv. 79 og 68%.

Antall yrkesaktive spesialister som ikke var i kommunale samfunnsmedisinske stillinger fant vi å være 269 i 1999 og 314 i 2002. Svarprosenten blant disse var henholdsvis 81 og 85%.

Kvinneandelen i kommunal samfunnsmedisin ble tredoblet over studieperioden, fra 6% i 1994 og 12% i 1999 til 18% i 2002. Aldersspredningen var omtrent lik ved alle tre undersøkelsene. Gjennomsnittsalderen økte med 3.2 år fra 44.9 år i 1994 til 48.1 år i 1999 og videre med 0.6 år til 48.7 i 2002, med bare små forskjeller mellom respondere og non-respondere. Kvinner var gjennomgående yngre enn menn, fra 3,3-4,2 år..

Blant respondere hadde flere spesialisert i samfunnsmedisin og i allmenntilleggsmedisin enn non-respondere alle tre årene (tabell 3.2).

Av alle landets kommuner og bydeler var hhv. 65, 70 og 61 % representert med minst én samfunnsmedisiner. Alle tre årene var mindre kommunestørrelser (opp til 1999 innbyggerer) underrepresentert (tabell 3.3).

---

<sup>1</sup> 542 + 10 leger som dekker 20 stillinger i ulike kommuner/bydeler + 1 lege som dekket 3 stillinger + 35 vakante.

### *Telefonintervjuer*

I materialet inngår også data fra telefonintervjuer i 2001 og 2002. Deltakere var rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner<sup>2</sup> og fastlege fra et stratifisert randomisert utvalg av landets kommuner ut fra størrelse og geografi. Kapasitetshensyn bestemte total antallet ved de to undersøkelsene, henholdsvis 90 og 60 kommuner. Antall kommuner ble fordelt på helseregionene, med likt antall kommuner fra hver region. I hver region ble én av de største kommunene uansett randomisert eller tatt med. Innenfor hver helseregion ble det foretatt et stratifisert, randomisert utvalg etter kommunestørrelse i regionen (tabell 3.4). I tillegg var Oslo, Stavanger og Bergen representert med hhv 7, 3 og 2 bydeler i 2001 og hhv. 6, 2 og 2 bydeler i 2002.

For å finne intervjuobjektene ringte vi sentralbordet i hver kommune. Her ba vi om navn og telefonnummer til rådmann, ordfører og kommunelege I eller tilsvarende, og bad om navnet og telefonnummeret til inntil tre fastleger vedkommende visste om. Vi sendte informasjonsbrev om undersøkelsen 2 uker før antatt første telefonhenvendelse, med kort beskrivelse av spørreskjema. Deretter tok vi kontakt med intervjuobjektene direkte for enten å få gjort intervjuet med en gang eller få en avtale om senere intervju. En del av intervjuobjektene viste seg meget vanskelige å få utført intervju med og vi måtte tilpasse datainnsamlingen til dette. Det ble gjort ulikt antall henvendelser til de inkluderte, og vi har av samme grunn i noen tilfeller valgt å akseptere at skjema er utfylt som postalt skjema og sendt oss enten per post eller faks (13% av besvarelsene i 2001, 0% i 2002).

Enkelte rådmenn og ordførere mente at andre kunne svare bedre på spørsmålene. Vi ba dem i slike tilfeller om å bemyndige en annen person innenfor henholdsvis administrativt og politisk felt/linje. Vedkommende bestemte selv hvem vi heller skulle intervju. I 2001 bemyndiget 23 % av rådmennene og 1 % av ordførerne annen person, i 2002 gjorde 2% av rådmennene og ingen ordførere dette.

Rådmenn bemyndiget i de aller fleste tilfeller leder på helse, sosial og/eller oppvekst/omsorgssektor. Ordføreren bemyndiget en annen politiker.

Vi mener derfor at alle som i presentasjonen blir kalt Rådmenn og Ordførere tilhører henholdsvis det (høyt) administrative og politiske nivå.

---

<sup>2</sup> I dette tilfelle kommunelege I eller tilsvarende, eller den person innenfor fagområdet som denne bemyndiget.

Dersom den samfunnsmedisinske stillingen var vakant gjennomførte vi intervjuene med så mange som mulig av de tre andre yrkesgruppene men inkluderte likevel en ny kommune med tilsvarende størrelse, hvor alle 4 yrkesgruppene ble forsøkt intervjuet.

For at en kommune skulle anses representert måtte rådmann og samfunnsmedisiner la seg intervju. Fordi det i noen tilfeller ikke var mulig å få dette til (de reserverte seg fra deltagelse, klarte ikke få til intervju innenfor vår tidsramme, med mer) randomiserte vi inn kommuner fra tilsvarende helseregion/tilsvarende kommunestørrelse. Vi har likevel beholdt alle gjennomførte intervjuer i materialet.

Vi har henholdsvis 75 og 60 kommuner/bydeler hvor i hvert fall rådmann og samfunnsmedisiner er intervjuet (tabell 3.5). Dette betyr at materialet dekker hhv 84 og 94% av de planlagt inkluderte kommuner/kommunestørrelser.

På individnivå har vi inkludert alle gjennomførte intervjuer selv om ikke alle tilhører kommuner hvor alle yrkesgrupper lot seg intervju (tabell 3.6). Vi hadde høyest prioritet på rådmann og samfunnsmedisiner. Vi hadde gjennomført et varierende antall av de øvrige intervjuer når én yrkesgruppe viste seg å bli non-responder og det er derfor et varierende totalt antall gjennomførte intervjuer i gruppene. Dette gir at vi for to av gruppene har et høyere antall inkluderte intervjuer enn opprinnelig planlagt ved randomiseringsprosessen.

Begge år var rådmenn spesielt velvillige til deltagelse, mens fastleger var de vanskeligst å få gjennomført intervjuer med (tabell 3.6). Dette på tross at vi hadde navn på tre fastleger i hver kommune og brukte til dels alle for å sikre et slikt intervju fra hver inkluderte kommune. Det ble brukt store ressurser uten å lykkes i å få større svarprosent.

Fordelingen av respondenter i forhold til vårt utvalg av kommune- og bydelsstørrelser er akseptabel (tabell 3.7. Det er flere deltagere fra kommuner/bydeler med 2000-14999 innbyggere fordi det i Norge er flest slike. ). I presentasjonene samler vi kommuner og bydeler. Vi finner samme akseptable fordeling av respondentene i forhold til helseregion (data ikke vist). Region Øst og Vest har flest deltagere (henholdsvis 133 og 119), fordi de inkluderte bydelene finnes i disse to regionene. Region Nord har av samme grunn færrest deltagere med (93).

Vi mener at det samlede intervjumaterialet er representativt for landet i forhold til kommunestørrelser og i forhold til helseregioner. Fastlegene har en mindre deltakelse enn de øvrige yrkesgruppene, men svarprosenten er likevel så høy at vi mener at undersøkelsen er representativ for også denne yrkesgruppen.

Tabell 3.1. Kommunale samfunnsmedisinere i 1994, 1999 og 2002. Responsrater, kjønn og vakanser. Antall og prosent.

|            | 1994 |     | 1999 |     | Rekruttert etter 1994 |     | 2002 |     | Rekruttert etter 1999 |     |
|------------|------|-----|------|-----|-----------------------|-----|------|-----|-----------------------|-----|
|            | n    | %   | n    | %   | n                     | %   | n    | %   | n                     | %   |
| Inkludert  |      |     |      |     |                       |     |      |     |                       |     |
| totalt     | 505  | 100 | 555  | 100 | 286                   | 100 | 553  | 100 | 230                   | 100 |
| Kvinner    | 51   | 10  | 90   | 16  | 67                    | 23  | 99   | 18  | 51                    | 22  |
| Respondere |      |     |      |     |                       |     |      |     |                       |     |
| Kvinner    | 332  | 66  | 391  | 70  | 185                   | 65  | 354  | 64  | 128                   | 56  |
| Kvinner    | 30   | 59  | 66   | 73  | 49                    | 73  | 71   | 72  | 34                    | 67  |
| Vakanser   | 5    | 1   | 20   | 3.5 |                       |     | 35   | 6   |                       |     |

Tabell 3.2 Spesialitet i samfunnsmedisin og allmenntmedisin for kommunale samfunnsmedisinere i 1994, 1999 og 2002. Antall og prosent, i hele populasjonen og blant respondere.

| Spesialitet     | 1994<br>N=498 |    |            |    | 1999<br>N=552 |    |            |    | 2002<br>N=553 |    |            |    |
|-----------------|---------------|----|------------|----|---------------|----|------------|----|---------------|----|------------|----|
|                 | Alle          |    | Respondere |    | Alle          |    | Respondere |    | Alle          |    | Respondere |    |
|                 | n             | %  | n          | %  | n             | %  | n          | %  | n             | %  | n          | %  |
| Samfunnsmedisin | 179           | 36 | 126        | 39 | 200           | 36 | 157        | 40 | 223           | 40 | 162        | 46 |
| Allmenntmedisin | 235           | 46 | 162        | 50 | 305           | 55 | 228        | 59 | 252           | 46 | 168        | 47 |

Tabell 3.3. Representasjon i undersøkelsene i forhold til kommunestørrelse. Norge totalt sammenlignet med totalt antall respondenter og antall kommuner med minst én respondent, inkludert bydeler (Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim). 1994, 1999 og 2002, antall og prosent.

| Kommune-<br>størrelse | Norge<br>totalt |     | 1994<br>Resp<br>totalt<br>N=505 |     |                 |     | 1999<br>Resp<br>totalt<br>N=555 |     |                 |     | 2002<br>Resp<br>totalt<br>N=552 |     |                 |     |     |     |     |     |
|-----------------------|-----------------|-----|---------------------------------|-----|-----------------|-----|---------------------------------|-----|-----------------|-----|---------------------------------|-----|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
|                       |                 |     | Minst<br>én resp                |     | Norge<br>totalt |     | Minst<br>én resp                |     | Norge<br>totalt |     | Minst<br>én resp                |     | Norge<br>totalt |     |     |     |     |     |
|                       | n               | %   | n                               | %   | n               | %   | n                               | %   | n               | %   | n                               | %   | n               | %   |     |     |     |     |
| 0-1999                | 91              | 19  | 42                              | 13  | 42              | 13  | 95                              | 20  | 55              | 14  | 55                              | 16  | 96              | 20  | 44  | 13  | 43  | 15  |
| 2000-4999             | 155             | 33  | 108                             | 32  | 105             | 34  | 151                             | 31  | 100             | 26  | 98                              | 29  | 147             | 31  | 88  | 25  | 84  | 29  |
| 5000-14999            | 140             | 29  | 105                             | 32  | 101             | 33  | 140                             | 29  | 114             | 29  | 107                             | 32  | 140             | 29  | 97  | 27  | 89  | 30  |
| 15000-49999           | 83              | 18  | 60                              | 18  | 56              | 18  | 89                              | 19  | 96              | 25  | 72                              | 21  | 85              | 18  | 92  | 26  | 67  | 23  |
| 50000+                | 5               | 1   | 17                              | 5   | 5               | 2   | 6                               | 1   | 24              | 6   | 6                               | 2   | 6               | 2   | 33  | 9   | 10  | 3   |
| Totalt                | 474             | 100 | 332                             | 100 | 309             | 100 | 481                             | 100 | 389             | 100 | 338                             | 100 | 478             | 100 | 354 | 100 | 293 | 100 |

Tabell 3.4. Kommuner randomisert til deltagelse i intervjuundersøkelser i 2001 og 2002, etter kommunestørrelse og helseregion. Antall.

|             | Region øst |      | Region sør |      | Region Vest |      | Region Midt-<br>Norge |      | Region Nord |      | Totalt |      |
|-------------|------------|------|------------|------|-------------|------|-----------------------|------|-------------|------|--------|------|
|             | 2001       | 2002 | 2001       | 2002 | 2001        | 2002 | 2001                  | 2002 | 2002        | 2002 | 2001   | 2002 |
| 0-1999      | 1          | 1    | 3          | 2    | 3           | 2    | 3                     | 2    | 6           | 4    | 16     | 11   |
| 2000-4999   | 4          | 3    | 5          | 3    | 6           | 4    | 6                     | 4    | 5           | 3    | 26     | 17   |
| 5000-14999  | 5          | 3    | 4          | 3    | 5           | 3    | 5                     | 3    | 3           | 2    | 22     | 14   |
| 15000-49999 | 3          | 2    | 2          | 2    | 1           | 1    | 1                     | 1    | 1           | 1    | 8      | 7    |
| 50000+      | 1          | 1    | 1          | 1    | 1           | 1    | 1                     | 1    | 1           | 1    | 5      | 5    |
| Totalt      | 14         | 10   | 15         | 11   | 16          | 11   | 16                    | 11   | 16          | 11   | 77     | 54   |

Tabell 3.5. Kommuner i intervjuundersøkelser i 2001 og 2002, planlagt inkludert, ansett inkludert etter intervjuer og ikke ansett inkludert. Etter helseregion og antall.

|            | 2001   |  |  | 2002   |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|
|            | Opprinnelig<br>randomisert<br>antall<br>kommuner | Antall<br>kommuner<br>representert med<br>minst RM* og<br>SM** | Ikke<br>representert<br>med<br>nødvendig<br>antall<br>intervjuer | Opprinnelig<br>randomisert<br>antall<br>kommuner | Antall<br>kommuner<br>representert med<br>minst RM* og<br>SM** | Ikke<br>representert<br>med<br>nødvendig<br>antall<br>intervjuer |
| Øst        | 14   | 11   | 4  | 10   | 8  | 4  |
| Sør        | 15   | 13   | 3  | 11   | 11   | 2  |
| Vest       | 16   | 14   | 2  | 11   | 12   | 2  |
| Midt-Norge | 16   | 14   | 3  | 11   | 10   | 3  |
| Nord       | 16   | 13   | 3  | 11   | 12   | 1  |
| Bydeler    | 12   | 10   | 2  | 10   | 7  | 4  |
| Totalt     | 89   | 75   | 17   | 64   | 60   | 16   |

\* rådmann

\* samfunnsmedisiner



Tabell 3.6. Svarprosent i intervjuundersøkelser i 2001 og 2002, per yrkesgruppe. Antall og prosent.

| Yrkesgruppe       | 2001                  |                            |    | 2002                  |                            |     |
|-------------------|-----------------------|----------------------------|----|-----------------------|----------------------------|-----|
|                   | Antall<br>randomisert | Gjennomførte<br>intervjuer |    | Antall<br>randomisert | Gjennomførte<br>intervjuer |     |
|                   | Antall                | Ant                        | %  | Antall                | Ant                        | %   |
| Rådmann           | 89                    | 87                         | 98 | 64                    | 68                         | 106 |
| Ordfører          | 89                    | 74                         | 83 | 64                    | 65                         | 102 |
| Samfunnsmedisiner | 89                    | 77                         | 87 | 64                    | 65                         | 102 |
| Fastlege          | 89                    | 53                         | 60 | 64                    | 48                         | 75  |
| Totalt antall     | 89                    | 291                        |    | 64                    | 246                        |     |

Tabell 3.7 . Oversikt over randomiserte kommuner og respondenter etter kommunestørrelse (bydeler i parentes i kolonne 2). 2001 og 2002 samlet, antall og prosent.

| Kommune/<br>bydels-<br>størrelse | Randomisert<br>antall<br>kommuner og<br>bydeler<br>samlet<br>2001 + 2002 | Prosentvis<br>fordeling<br>randomiserte<br>kommuner<br>(ikke bydeler)<br>2001 + 2002 | Prosentvis<br>fordeling<br>randomiserte<br>kommuner og<br>bydeler<br>2001 + 2002 | Respondenter<br>fordelt mellom<br>kommune<br>størrelse<br>2001 + 2002 | Prosentvis<br>fordeling<br>respondere<br>mellom<br>kommune<br>størrelse |
|----------------------------------|--|--|--|---|---|
| 0-1999                           | 27   | 21   | 17   | 92  | 17  |
| 2000-4999                        | 43   | 32   | 28   | 159   | 30  |
| 5000-14999                       | 36 (+ 5)   | 27   | 27   | 139   | 26  |
| 15000-49999                      | 15 (+ 17)  | 12   | 21   | 112   | 21  |
| 50000+                           | 10   | 8  | 7  | 34  | 6   |
| Totalt                           | 131 (22)   | 100  | 100  | 536   | 100   |



## KAPITTEL 4. ARBEIDSTIDSBRUK I KOMMUNAL SAMFUNNSMEDISIN

### *Bakgrunn*

Økningen i både livsstilsrelaterte og infeksjonssykdommer og økningen i sosial ulikhet og helse og i tilgang til helsetjenester krever mer enn noen gang et sterkt og effektivt folkehelsearbeide. Innenfor epidemiologien er det også en debatt om behovet for å snu fokus fra individuell risiko til populasjonsperspektiv (1-3).

Infrastrukturen for folkehelsearbeidet er imidlertid under press i vestlige land (4-6). I Norge har infrastrukturen blitt forandret som følge av flere reformer i primærhelsetjenesten. Viktigst var Kommunehelsetjenestereformen i 1984, som formulerte at hver kommune, uavhengig av størrelse, skulle gi innbyggerne helsetjenester som inkluderte både forebyggende og helsefremmende tjenester (7). Loven krevde at hver kommune skulle ha en medisinsk ansvarlig lege, de første årene gjerne kalt kommunelege I. Arbeidsoppgavene var delvis formulert gjennom loven, noe som også påvirket organiseringen av kommunenes folkehelsearbeid. Andre oppgaver og ansvarsforhold var det opp til kommunene og legen å bestemme. Med endringer av loven på 80- og 90-tallet, spesielt på miljørettet helsevern og organisering men også andre juridiske endringer, ble posisjonen til kommunelege I redefinert. En del studier av konsekvensene av reformene har blitt gjennomført. Man har blant annet pekt på problemer med tilpasning til de nye organisatoriske rammene, uttrykt både som manglende tilfredshet i arbeidssituasjonen og manglende kontinuitet i stillingene (8-11).

Forsøkene med Fastlegeordning ble imøtesett med positive holdninger fra det samfunnsmedisinske miljø, i det man så nye muligheter for folkehelsearbeidet (12-13). Befolkningsansvar, kontinuitet i lege-pasientforholdet og større stabilitet i legedekningen som følge av tettere anknytning for legen i stillingen ble spesielt trukket frem som positive muligheter i ordningen. Det har imidlertid også vært trukket frem negativt potensial i ordningen gjennom fokus på individ og sykdom, ordningens grunnleggende premiss omkring en individuell relasjon mellom lege og pasient, økt fokus på pasientrettigheter og svakt rammeverk for ordningens relasjon til samfunnsmedisinsk og øvrig folkehelsearbeid.

I dette kapitlet legger vi frem analyser av arbeidstid til samfunnsmedisinske oppgaver, før og etter at FLO ble innført. Målsettingen har vært å finne eventuelle endringer i bruken av arbeidstid blant kommunelege I og tilsvarende i landets kommuner og bydeler over perioden

fra 1994 til 2002. Dataene fra 1999 betraktes som representative for situasjonen umiddelbart før FLO ble innført.

#### *Om materiale og metode*

Et tidligere kapittel beskriver på en overordnet måte materiale og metode. For dette kapittel beskrives følgende detaljer i hovedvariablene vi benytter.

Før vi utformet spørreskjema i 1994 gjorde vi intervjuer med 6 samfunnsmedisinere og analyserte to ukers selv-rapporterte dagbøker for alle arbeidsrelaterte aktiviteter for disse legene. Basert på dette ble arbeidsinnholdet klassifisert i 9 kategorier ulike virksomheter som fulgte definisjoner i Kommunehelsetjenesteloven. Kategoriene er kjente for primærhelsetjenesten, vanlig brukt og anerkjent som gjensidig ekskluderende. På grunn av små tall i noen av kategoriene har vi også laget fem hovedkategorier i analysene. Vi definerte miljørettet helsevern, inkludert smittevern, administrasjon og ledelse og annet forebyggende arbeid som samfunnsmedisinsk arbeid. Arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, syke/aldershjem, bedriftshelsetjeneste og eventuelt annet arbeid ble rubrisert som offentlig allmenntilleggsmedisinsk arbeid.

I tillegg til selv-rapportert arbeidstid innenfor de ni ulike kategoriene, har vi spurt om administrativ bredde (definert som antall tjenester eller avdelinger vedkommende har budsjett- og personalansvar for, for eksempel allmenntilleggsmedisinsk tjeneste, helsesøstre, fysioterapeuter og avd. for miljørettet helsevern), tid i stillingen og hvorvidt det samfunnsmedisinske og kliniske arbeidet var fastlønt eller betalt som liberalt erverv.

#### *Samfunnsmedisinsk arbeidstid*

Nedgangen i total samfunnsmedisinsk arbeid for hver samfunnsmedisiner som ble observert fra 1994 til 1999, til fordel for klinisk arbeid, fortsatte fram mot 2002, til fordel for redusert arbeidstid (tabell 4.1). Klinisk arbeid økte fra 49% av total arbeidstid til 55% i 2002. Den største endringen fant sted fra 1994 til 1999, men samme tendens fortsatte altså fra 1999 til 2002. For totalt samfunnsmedisinsk arbeid og total arbeidstid var det signifikante endringer mellom 1999 og 2002.

Reduksjonen i samfunnsmedisinsk arbeid fra 1999 til 2002 var spesielt uttalt for administrasjon og ledelse, mens den største reduksjonen for miljørettet helsevern foregikk fra 1994 til 1999.

For å få et estimat av størrelsen på det totale samfunnsmedisinske arbeidet som ble gjort i landet som helhet for de tre periodene har vi benyttet to metoder. Vi multipliserte gjennomsnittlig total samfunnsmedisinsk arbeidstid i hver kommunestørrelse med antall slike kommuner i landet. Denne metoden gav totalt 7684 t/uke i 1994, med en 14% reduksjon til 1999 til 6611 t/uke, og ytterligere 15% reduksjon fra 1999 til 2002 til 5641 t/uke. Dette er et konservativt estimat, i det man med denne metoden forutsetter én samfunnsmedisinsk stilling i hver kommune. Dette vet vi jo ikke er korrekt.

Den andre metoden var å bruke gjennomsnittlig total samfunnsmedisinsk arbeidstid blant alle responderende samfunnsmedisinere og multiplisere det med totalt antall registrerte stillinger. Vi fant da en tilsvarende reduksjon i totalt utført samfunnsmedisinsk arbeide i kommunal sektor for årene 1994 til 2002, fra 8737 t/uke i 1994 til 8426 t/uke i 1999 (4% reduksjon), 7257 t/uke i 2002 (14% reduksjon fra 1999).

#### *Arbeidstid og type stilling*

I 1994 arbeidet 12% av responderende samfunnsmedisinere i fulltids samfunnsmedisinsk stilling, uten klinisk arbeid. I 1999 arbeidet 13% heltid, og i 2002 9%. Resten kombinerte deltids samfunnsmedisinsk stilling med klinisk arbeide som allmennpraktiker/fastlege.

Leger i kombinerte stillinger brukte i gjennomsnitt 35% av sin totale arbeidstid på samfunnsmedisinske oppgaver i 1994 og 30% i 1999 og 2002. I tillegg brukte de henholdsvis 10, 10 og 11 prosent på offentlige allmennmedisinske oppgaver. Heltids samfunnsmedisinere brukte signifikant mer tid på miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, annet forebyggende arbeid enn samfunnsmedisinere i kombinerte stillinger både i 1994, 1999 og 2002 (tabell 4.2). I 1994 og i 1999 var det signifikante forskjeller mellom stillingstypene i total arbeidstid, ved at de i kombinerte stillinger hadde lengre arbeidstid. Dette var ikke tilfelle i 2002. Det var små forskjeller i offentlige allmennmedisinske tjenester, spesielt skolehelsetjeneste, i 1999 og i syke/aldershjem i 2002.

For heltids samfunnsmedisinere var det ingen signifikante endringer fra 1994 til 1999 og fra 1999 til 2002 i fordelingen mellom arbeidstid på virksomhetsområdene.

For leger i kombinerte posisjoner endret arbeidstidsbruken seg fra 1994 til 2002 (tabell 4.2). Fra 1994 til 1999 ble tid brukt til totalt samfunnsmedisinsk arbeide redusert med 16% fra 14.8

til 12.5 t/uke mens tid til klinisk arbeide økte ( $p < 0.05$ ). Reduksjonen var mest uttalt for administrasjon og ledelse. Fra 1999 til 2002 fortsatte reduksjonen i totalt samfunnsmedisinsk arbeid (ikke signifikant), og da spesielt med en signifikant reduksjon i administrasjon og ledelse samtidig som også total arbeidstid ble ytterligere redusert ( $p < 0.05$ ).

#### *Arbeidstid og individuell avlønningsform*

Alt samfunnsmedisinsk arbeid har tradisjonelt vært lønnet med fast lønn fra kommunen. Det kliniske arbeidet som samfunnsmedisinerne har utført har vært fastlønnet eller i økende grad på noen form for stykkpris.

I 1994 var 70% av samfunnsmedisinerne på fast lønn både for det samfunnsmedisinske og det kliniske arbeidet, resten hadde en kombinasjon av fast lønn og stykkpris for klinisk arbeid. Andelen var sunket til 45% i 1999, og reduksjonen fortsatte til 33% i 2002 ( $p < 0.05$ ). Når vi holdt heltids-samfunnsmedisinere utenfor (de var uansett fastlønte) var det en endring fra 48% i 1999 til 24% i 2002. Selv om økningen i stykkprisfinansiering av klinisk arbeid sees i alle kommunestørrelser er den absolutt størst i de mellomstore kommuner og minst i de minste kommunestørrelser.

Arbeidstidsbruken var forskjellige for fastlønte og for de på kombinert avlønnning (tabell 4.3). For alle tre årene arbeidet de med kombinert finansiering mer klinisk og mer med miljørettet helsevern enn de på fast lønn. De på fastlønn arbeidet de to siste årene mer med totalt samfunnsmedisinsk arbeid og offentlig allmenntilrettelstelse enn de på kombinasjonslønn. Spesielt var det signifikante forskjeller for administrasjon og ledelse og syke/aldershjem i 1999 og for administrasjon og ledelse, helsestasjon og skolehelsetjeneste i 2002 (tabell 4.3). For administrasjon og ledelse kom det mellom 1999 og 2002 en større reduksjon for de kombinasjonsavlønte og en økt forskjell mellom disse og de fastlønte.

Begge gruppene reduserte sin totale arbeidstidsinnsats med henholdsvis 4.0 og 5.1 timer per uke fra 1994 til 2002, med den største forandring fra 1999 til 2002 for dem på fastlønn (3.1 t/uke). For totalt samfunnsmedisinsk arbeid var reduksjonen fra 1994 til 2002 på 2,7 t/uke for de på fastlønn og 3,7 for de på kombinert finansiering, hvilket sier at størstedelen av arbeidstidsreduksjonen ble tatt ut på samfunnsmedisinsk arbeid, mindre på klinisk arbeid.

### *Arbeidstid og spesialisering*

Spesialister i samfunnsmedisin i forhold til ikke-spesialister, utførte signifikant mer samfunnsmedisinsk arbeid alle tre årene, spesielt miljørettet helsevern og administrasjon og ledelse og mindre klinisk arbeid (tabell 4.4). Ikke-spesialister i samfunnsmedisin arbeidet mer innenfor offentlige allmenntjenestene, men signifikant bare for helsestasjon alle tre årene og for skolehelsetjeneste i 2002. Forskjellen mellom spesialist og ikke-spesialist økte fra 1994 til videre til 2002.

Mens begge gruppene økte omfanget av klinisk arbeid fra 1994 til 1999, så reduserte spesialistene klinisk arbeid, i motsetning til ikke-spesialister. Begge gruppene reduserte total arbeidstid fra 1999 til 2002, for spesialister var reduksjonen signifikant. Oppsummert vil dette si at spesialister reduserte sin totale arbeidstid ved reduksjon både i samfunnsmedisinsk og klinisk arbeid, mens ikke-spesialister reduserte sin arbeidstid gjennom en forholdsmessig (mye) større andel reduksjon i samfunnsmedisinsk arbeid og en mindre økning i klinisk arbeid. Spesialister endret prioriteringen av tid til klinisk arbeid fra 1999 til 2002, mens de reduserte samfunnsmedisinsk arbeid begge observasjonsperiodene.

### *Arbeidstid og befolkningsstørrelse*

Fordeling av arbeidstid mellom virksomhetsområdene er avhengig av kommunistørrelse målt ved antall innbyggere. I mindre kommuner arbeidet samfunnsmedisineren mindre i samfunnsmedisinske virksomhetsområder enn i større kommuner (tabell 4.5), mens det motsatte var tilfellet for de offentlige allmenntjenestene.

I de minste kommunene var reduksjonen i totalt samfunnsmedisinsk arbeid størst i perioden 1999-2002, mens reduksjonen i de øvrige kommunene var lik eller større i første observasjonsperiode.

Arbeidstid innenfor klinisk arbeid var også klart større for de mindre kommunene (<14999 innbyggere) enn de større i 1994 og 1999, mens dette endret seg betydelig for de største kommunene i 2002. Mens den kliniske arbeidstiden ble redusert mellom 1999 og 2002 i de tre minste kommunistørrelsene, økte den i de to største størrelsene. FLO kan derfor ha virket forskjellig avhengig av kommunistørrelse. For klinisk arbeid har fastlege-ordningen medført en økning i klinisk arbeid i de største kommunene, og reduksjonen i samfunnsmedisinsk arbeid fortsatte i samme omfang som fra perioden 1994, med unntak av de minste. I de minste

kommunene var det en aksentuering i reduksjonen av samfunnsmedisinsk arbeid i siste periode fra 1999.

De største forandringene foregikk altså i de største kommunestørrelsene (>15000 innbyggere), gjennom en 30% reduksjon i total samfunnsmedisinsk arbeidstid hvori ligger 40% reduksjon i tid til administrasjon og ledelse, og en 50% økning i klinisk andel for de aller største kommunene. Reduksjonene i de mindre kommunestørrelser var relativt sparsom men når denne sees sammen med endringene fra 1994 dreier det seg om en 17-50% reduksjon i total samfunnsmedisinsk arbeidstid og fra en reduksjon på 1% til en økning på 222% i klinisk arbeid avhengig av kommunestørrelse.

#### *Multivariatanalyse*

I regresjonsanalysen har vi brukt samlevariabelen for totalt samfunnsmedisinsk arbeid i antall timer per uke for 2002. De uavhengige variablene som forklarer det meste av observert variasjon var spesialitet i samfunnsmedisin, kommunestørrelse og administrativ bredde (tabell 4.6). Mønsteret for 1994 og 1999 var noe forskjellig i det spesialitet i allmennmedisin og hvorvidt man var fastlønnet eller ikke forklarte ytterligere en del av variasjonen.

#### *Diskusjon*

Fordelingen av samfunnsmedisineres arbeidstid indikerer hvordan dette arbeidet er organisert og dekkes mellom andre oppgaver, og hvordan arbeidstakerne og kommunene prioriterer samfunnsmedisin. Arbeidstid innenfor samfunnsmedisin gikk ned fra 1999 til 2002, både for den individuelle lege i slikt arbeid og når vi ser på landet som helhet. Reduksjonen denne perioden var omtrent lik reduksjonen for den lengre perioden 1994 til 1999. Reduksjonen mellom 1999 og 2002 besto av en liten reduksjon i miljørettet helsevern, en klar reduksjon i administrasjon og ledelse og en liten økning i annet forebyggende arbeide, med reduksjon i total arbeidstid og stabil andel klinisk arbeid. Dette var noe forskjellig fra perioden fra 1994 til 1999, der det var reduksjon både for miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og total arbeidstid, mens klinisk andel økte. Disse forandringene i arbeidstidsbruk er som vi har vist avhengig av alder og kjønn, om samfunnsmedisinsk arbeid er kombinert med klinisk arbeid eller ikke, spesialitet i samfunnsmedisin, avlønningsform og kommunestørrelse. Dette vil vi i det følgende diskutere nærmere.



### *Om materialet*

Svarprosenten var 66% i 1994, 70% i 1999 og 64% i 2002, og er sammenlignbar med andre arbeidstidsstudier (14-16). Inklusjonskriteriene var de samme alle tre årene og ordlyden i spørreskjema var den samme ved alle tre undersøkelsene.

I alle studiene hadde respondenter oftere spesialitet i samfunnsmedisin enn ikke-respondenter, noe som kan overestimere gjennomsnittlig samfunnsmedisinsk virksomhet. Alle tre årene var mindre kommunestørrelser (opp til 1999 innbyggere) underrepresentert (tabell 3.3), noe som også kan overestimere gjennomsnittlig samfunnsmedisinsk virksomhet.

Antallet samfunnsmedisinere økte noe mer fra 1994 til 1999 enn antallet inkluderte kommuner eller bydeler. Antallet forble på 1999-nivå i 2002. Størstedelen av det økte antallet stillinger/stillingsinnehavere var å finne i de større kommuner/bydeler. Noen større bykommuner gjorde ferdig bydelsreform i den første perioden, med nye stillinger for samfunnsmedisinere. Imidlertid forklarer dette lite av økningen i antall stillinger.

### *Måling av arbeidstid*

Arbeidsbelastning kan måles ved ulike spørre-instrumenter (17-21). De fleste er utviklet for klinisk arbeid i sykehus eller allmennmedisin. Selv-rapportert, estimert arbeidstid i timer per uke representerer tilnærmede verdier (15-16), men estimatene er sammenlignbare med daglig rapportert arbeidstid (15). Styrken i denne metoden ligger i at den er enkel å bruke, er allment brukbar, enkel å analysere og enkelt tillater sammenligning over tid.

### *Forventet samfunnsmedisinsk arbeid*

Mellom 1994 og 1999 ble ingen endringer i juridiske eller organisatoriske rammer for samfunnsmedisinsk arbeid foreslått eller gjennomført, utover at FLO var diskutert og etter hvert ble ferdig forhandlet mellom partene. Den ble også markedsført som en reform kun for lege-pasientforholdet, - som ikke skulle få vesentlig betydning for øvrig primær- eller annen helsetjeneste. I rammeverket for reformen var det fortsatt etter 1999 få elementer som hadde klar betydning/relevans for samfunnsmedisinen. Imidlertid gave Helsedepartementet politiske signaler om at det samfunnsmedisinske arbeidet skulle beholdes på samme nivå eller økes med reformen, uten at man sa noe spesifikt om hvilke oppgaver eller arbeidsmetoder som skulle brukes.

Utfordringene innenfor folkehelsearbeidet økte over denne perioden i Norge som i andre land, samtidig som bevisstheten om forebyggende medisin og miljørelaterte risikofaktorer økte. Man kunne forventet at kunnskapsbasen for og de mange aksjonsprosjekter innenfor folkehelsearbeide skulle gi økte muligheter og ansvar for samfunnsmedisineren - som for andre profesjonelle involvert i folkehelsearbeid.

Over disse årene har det nok skjedd en endring i fordeling av arbeidsoppgaver innen folkehelsearbeidet, ved at andre yrkesgrupper enn leger blir involvert. Dette tror vi imidlertid ikke har hatt betydning i forhold til samfunnsmedisinsk arbeid over perioden før og etter FLO, fordi disse legene fortsatt i stor grad angir at de har for lite personellressurser (upubliserte data) og det er ikke mange kommuner som rapporterer at de har ansatt folkehelsekoordinatorer el. lignende, selv om tallet nok er økende.

Men denne bakgrunn mener vi at det ikke skulle forventes redusert samfunnsmedisinsk arbeid, heller det motsatte.

#### *Kombinasjoner av fag*

Samfunnsmedisinere kombinerer ofte samfunns- og allmenmedisin. Disse legene opplever da spenningen og antipatiene mellom folkehelsearbeid og medisin (22), noe vi også omtaler i andre kapitler. Dette kan gi økt stress på takling av arbeidsoppgaver og tidsplanlegging, men enda mer profesjonelt stress fordi de representerer to distinkte vitenskapelige områder med ulike mål og arbeidsmetoder, og som krever betydelig profesjonell oppfølging og oppdatering. I denne forståelsesramme kan en (liten) deltids stilling i samfunnsmedisin være lettere å redusere eller dele i enda mindre stillingsandeler enn en større stilling der man kan benytte mer tid og krefter til å takle utfordringene.

Et eksempel er engasjementet i administrasjon og ledelse, hvor vi så størst forandringer i perioden da FLO ble innført. Disse mer organisatoriske virksomhetsområdene er kanskje de som er faglig svakest fundamentert i medisinen og der man tradisjonelt har hatt størst og flest konfliktflater for samfunnsmedisinerne. De som var heltidsansatte mellom 1999 og 2002 økte det faglige (miljørettet helsevern) og konsoliderte dette organisatoriske engasjementet, mens leger i kombinerte stillinger konsoliderte det faglige og reduserte det organisatoriske engasjementet.

### *Avlønning*

Legers samfunnsmedisinske arbeide har i lang tid vært fastlønn. Allmennmedisinsk arbeid har vært betalt enten med ulike former for stykk-pris eller med fastlønn. Det sistnevnte ble spesielt anbefalt både av myndigheter og Den Norske Lægeforening og i økende grad brukt over noen år etter 1984. Samfunnsmedisinere har derfor kunnet ha en todelt avlønningsform når de har hatt klinisk arbeid.

Frem til 1984 var lønnen for samfunnsmedisinerne ansett som gunstig i forhold til lønn for klinisk arbeid. Fra 1984 til 1999 endret dette seg betydelig fordi de økonomiske incentivene for klinisk allmennmedisin ble stadig bedre enn for samfunnsmedisin (23), både fra legers og kommunenes perspektiv. For perioden fra 1999 til 2002 finnes ingen sikker statistikk for lønnsutviklingen, men i en spørreundersøkelse utført av Den norske Lægeforening (Dnlf) i 2002 har man funnet 6% lønnsøkning for kommunale samfunnsmedisinere i perioden rundt introduksjonen av Fastlegereformen. Dette anses å være et lønnshopp for gruppen, men langt lavere enn for allmennmedisinere i fastlegestillinger. Lønnsnivået antas å være 20-30% lavere enn i NAVO og opp til 50% lavere enn for fastleger (muntlig meddelelse Ola Jøsendal, OLL/Dnlf).

Dette - som ble påbegynt som et mulig valg for kommuner og allmennleger, men videreført i FLO som hovedavlønningsform, kan ha gitt en sterk motivasjon i retning liberalisering av klinisk arbeide og manglende legitimering av ikke-liberalt arbeid. Dette kan forklare den store endringen i fordeling mellom fastlønn og kombinasjonsavlønning mellom 1999 og 2002, som en fortsettelse av prosessen fra 1994 til 1999. Den samme drivkraft antas å ha gjort seg gjeldende for de enkelte samfunnsmedisinere i forhold til enten økning av klinisk arbeidstid eller kontinuering av klinisk arbeidstid men reduksjon i total arbeidstid - mot sannsynligvis samme eller kanskje bedre lønn.

### *Etterspørsel etter kliniske tjenester*

Den store og økende etterspørselen etter klinisk arbeid i primærhelsetjenesten over en lang periode (15) kan også ha influert balansen mellom samfunnsmedisin og klinisk praksis for samfunnsmedisinerne. Befolkningen og myndighetenes etterspørsel etter mer klinisk arbeid sammen med økonomiske incentiver, kan ha bidratt til at disse legene prioriterte klinisk arbeid på bekostning av samfunnsmedisinsk arbeid, slik vi spesielt så det i perioden 1994 til 1999. Denne tendensen er mindre tydelig i perioden 1999 til 2002.

### *Spesialisering*

Spesialisering i samfunnsmedisin viste seg å være en sterk kraft i forhold til fordeling av arbeidstid gjennom at det klart begrenset noen av kreftene for redusert samfunnsmedisinsk arbeidstid. Dette er hva man kan forvente ut fra at spesialisering bør representere en høyere grad av engasjement i fagområdet man er spesialisert i.

Norske leger synes per tiden lite ivrige på spesialisering i samfunnsmedisin, vurdert ut fra antall leger som har gjort ferdig spesialisering over de siste år. I 2003 ble det godkjent 3 nye spesialister i samfunnsmedisin.

### *Kommunestørrelse*

Samfunnsmedisinsk arbeid utgjorde en liten andel av arbeidstiden i små kommuner, og økte med økende kommunestørrelse, for alle tre observasjonsårene. Dette følger forventet mønster i antatte folkehelseproblemer og størrelse på og antall samfunnsmedisinske oppgaver. I tillegg har mindre kommuner gjerne færre leger til å dekke legeoppgaver, noe som kan bidra til å gi prioritet til klinisk arbeid. Det var færre spesialister i samfunnsmedisin i mindre kommuner, noe som kan ha bidratt til en tendens til mindre samfunnsmedisinsk arbeidstid i disse.

På den annen side var det i de større kommunene de største forandringene fant sted både mellom 1994 og 1999 og mellom 1999 og 2002, hvor spesielt administrasjon og ledelse ble redusert. Det kom til en økning av antall samfunnsmedisinere i disse kommunene i 1999, kun i begrenset grad forårsaket av økning i antall bydeler. Sannsynligvis er hovedforklaringen at heltidsstillinger eller store samfunnsmedisinske stillinger i de større kommunene ble delt og omgjort til stillinger med mer klinikk i forbindelse med endringer før og ved igangsetting av fastlegereformen. Dette skjedde i en slik grad at landets totale arbeidstidsinnsats fra leger i samfunnsmedisin gikk ned fra 1994 til 1999. Selv om antallet stillinger ikke økte fra 1999 til 2002 fortsatte tendensen til lavere arbeidstidsandel innen samfunnsmedisin. Dette er spesielt tankevekkende fordi man altså på tross av at man i de største kommunene hadde både samfunnsmedisinske problemstillinger og oppgaver av en slik art og et omfang at det skulle være mulig å arbeide meningsfullt og på en kompetent måte, ikke klarte å opprettholde innsatsen.

### *Konklusjon*

Studien av arbeidstid viser at samfunnsmedisinen var på stress i 90-årene og dette fortsatte i 2002.

Antall kommunale samfunnsmedisinske stillinger økte mellom 1994 og 1999, og holdt seg på omtrent samme nivå i 2002. Imidlertid ble antall heltidsstillinger redusert og fra 1999 til 2002 økte antall i deltidsstilling i samfunnsmedisin. En betydelig overgang til liberalt avlønnet klinisk arbeid fant sted fra 1994 til 2002.

Hver samfunnsmedisiner arbeidet i observasjonsperioden fra 1994 til 2002 stadig mindre i samfunnsmedisin til fordel for klinisk arbeid og redusert arbeidstid og totalt samfunnsmedisinsk legearbeid i kommunal sektor ble redusert denne perioden. Reduksjonen var størst i administrasjon og ledelse, men i relativ andel var reduksjonen størst i miljørettet helsevern. De største forandringene fant sted i de største kommunene, i begge observasjonsperioder.

Samfunnsmedisinsk arbeidstid ble redusert til fordel for klinisk arbeid, og til fordel for redusert arbeidstid. Spesialisering i samfunnsmedisin synes å kunne være en sterk faktor for å begrense den negative utviklingen.

FLO har ikke stoppet den negative utviklingen som man så i perioden 1994 til 1999. Målsettingene om å opprettholde eller øke samfunnsmedisinsk arbeid var ikke nådd ett år etter reformen. Rammebetingelsene for dette arbeidet er etter 2002 ikke endret i slik grad og retning at det sannsynliggjør en bedring av situasjonen i 2004. Dersom man ønsker stabilisere eller øke innsatsen må både faglige og politiske vurderinger av rammevilkår, målsettinger og insentiver for samfunnsmedisinsk arbeid revurderes. Det er indikasjoner på at det er nødvendig også å revitalisere et populasjonsbasert perspektiv i primærhelsetjenesten.

#### REFERANSER:

1. Putting public health back into epidemiology [editorial]. *Lancet* 1997; 350(9073): 229.
2. Armenian HA, Steinwachs DM. Management of Health Services: Importance of Epidemiology in the Year 2000 and Beyond. *Epidemiol Rev* 2000; 22: 164-168.
3. Adami H-O, Trichopoulos D. Epidemiology, medicine and public health. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1005-1008.
4. Kisely S, Jones J. Acheson revisited: public health medicine ten years after the Acheson Report. *Public Health* 1997, 111: 361-364.
5. Douglas Scutchfield F, Hiltabiddle SE, Rawding N et al. Compliance with the Recommendations of the Institute of Medicine report, The Future of Public Health: A Survey of Local Health Departments. *J Public Health Policy* 1997; 18(1): 13-29.
6. Owen JW. Challenges to public health in the new millennium. *J Epidemiol Community Health* 2000 Jan; 54(1): 2-3.
7. Lov av 19. november 1982 nr. 66. om helsetjenesten i kommunene. 1982.
8. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementet. 1989.
9. Forde R, Aasland OG, Akre V. Allmennpraktikere, kommuneleger og sykehusleger - hvor forskjellige er de? [General practitioners, community physicians and hospital physicians - how different are they?] *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1996; 116(23): 2781-6. In Norwegian.
10. Kolstrup N, Kristiansen IS. Gennemtræk i stillingerne som medicinsk faglig ansvarlig læge i norske kommuner 1988-91. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1995; 115(21): 2671-4.
11. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blant læger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger. [Job satisfaction among physicians employed in public health services]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1997; 117(25): 3481-6. In Norwegian.
12. Fjermestad T. Fastlegeordningen og samfunnsmedisinske perspektiver i Trondheim. *Utposten* 1995; 24(5): 200-202.
13. Halvorsen I. St.M. 23 - Hva mener OLL? *Utposten* 1997; 26(3): 119-120.
14. Hannay D, Usherwood T, Platts M. Workload of general practitioners before and after the new contract. *BMJ* 1992; 104: 615-618.
15. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117(10): 1489-92.1
16. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114(26): 3059-63.

17. Leslie PJ, Williams JA, McKenna C et al. Hours, volume, and type of work of preregistration house officers. *Br Med J* 1990; 300: 1038-41.
18. Oddone E, Guarisco S, Simel D. Comparison of housestaff's estimates of their workday activities with results of a random work-sampling study. *Acad Med* 1993; 68: 859-61.
19. Miller ME, James MK, Langefeld CD et al. Some techniques for the analysis of work sampling data. *Stat Med* 1996; 15(6): 607-18.
20. Feldman R, Hillson SD, Wingert TD. Measuring the dimensions of physician work. *Med Care* 1994; 32: 943-57.
21. Dresselhaus TR, Luck J, Wright BC et al. Analyzing the time and value of housestaff inpatient work. *J Gen Intern Med* 1998; 13(8): 534-40.
22. Brandt AM, Gardner M. Antagonism and Accommodation; Interpreting the Relationship Between Public Health and Medicine in the United States During the 20th Century. *Am J Public Health* 2000; 90(5): 707-715.
23. Bjørndal A, Borchgrevink CF, Johansen A. Legemarkedet i Oslo i forandring. Begrunnelser for og konsekvenser av endringer i avtaleforhold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115(22): 2794-2797.

Tabell 4.1. Arbeidstid innenfor ulike virksomhetsområder for kommunale samfunnsmedisinere. Gjennomsnittlig antall timer per uke. 1994, 1999 og 2002.

| Virksomhetsområde                     | 1994          | 1999          | 2002          |                      | KI for differanse 1999-2002 p<0.05 |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|------------------------------------|
|                                       | n=327-330*    | n=388         | n=340-348     | Differanse 1999-2002 |                                    |
|                                       | Timer per uke | Timer per uke | Timer per uke |                      |                                    |
| Totalt samfunnsmedisinsk arbeid†      | 17.3          | 15.1          | 13.1          | 2.0                  | 0.6-3.54                           |
| Miljørettet helsevern‡                | 6.3           | 5.2           | 4.9           | 0.3                  | -0.5-1.1                           |
| Administrasjon og ledelse             | 9.7           | 8.5           | 6.4           | 2.1                  | 1.1-3.1                            |
| Annet forebyggende arbeid§            | 1.2           | 1.2           | 1.7           | 0.5                  | 0.08-0.92                          |
| Offentlige allmennmedisinske oppgaver | 4.2           | 4.5           | 4.3           | 0.2                  | -0.59-0.99                         |
| Helsestasjon                          | 1.0           | 1.1           | 0.7           | 0.4                  |                                    |
| Skolehelsetjeneste                    | 0.4           | 0.4           | 0.3           | 0.1                  |                                    |
| Syke/aldershjem                       | 1.8           | 1.5           | 1.4           | 0.1                  |                                    |
| Bedriftshelsetjeneste                 | 0.3           | 0.4           | 0.3           | 0.1                  |                                    |
| Annet arbeid                          | 0.6           | 1.1           | 1.7           |                      |                                    |
| Klinisk arbeid                        | 20.5          | 21.7          | 21.7          | 0                    | -                                  |
| Total arbeidstid¶                     | 42.1          | 41.2          | 39.3          | 1.9                  | 0.7-3.1                            |

\* Antallet varierer på grunn av manglende svar

† Miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og annet forebyggende arbeid

‡ Definert bredt, inkluderer også smittevern, forebyggende og helsefremmende arbeid

§ For eksempel tverrfaglige og tverrsektorielle prosjekter innen forebyggende og helsefremmende arbeid

|| Tjeneste innen helsestasjon, skolehelsetjeneste, syke/aldershjem, bedriftshelsetjeneste og annet medisinsk arbeid eller forskning.

¶ Vaktjeneste ekskludert



Tabell 4.2. Arbeidstid innenfor ulike virksomhetsområder, for leger i heltids samfunnsmedisinsk stilling og på kombinasjon av deltid samfunnsmedisin (SM) og deltid klinisk arbeid. Gjennomsnittlig antall timer per uke. 1994, 1999 og 2002.

| Virksomhets-<br>område                     | 1994                               |   | 1999                               |   | 2002                                   |   |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|---|--|---|
|  | Heltid<br>Timer per<br>uke<br>n=41 | Kombinasjon<br>SM/klinikk<br>Timer per<br>uke<br>n=286-289* | Heltid<br>Timer per<br>uke<br>n=49 | Kombinasjon<br>SM/klinikk<br>Timer per uke<br>n=337 | Heltid<br>Timer per<br>uke<br>n=25-27* | Kombinasjon<br>SM/klinikk<br>Timer per<br>uke<br>n=292-296* |
| Totalt samfunns-<br>medisinsk arbeide†     | 34.5                               | 14.8  | 32.6                               | 12.5  | 34.0                                   | 11.7  |
| Miljørettet<br>helsevern‡                  | 10.3                               | 5.8   | 10.7                               | 4.5   | 11.7                                   | 4.6   |
| Administrasjon og<br>ledelse               | 21.9                               | 7.9   | 18.2                               | 7.1   | 18.0                                   | 5.4   |
| Annet forebyggende<br>arbeide§             | 2.3                                | 1.0   | 3.1                                | 0.9   | 4.3                                    | 1.6   |
| Offentlige allmenn-<br>medisinske oppgaver | 5.1                                | 4.1   | 6.2                                | 4.3   | 4.3                                    | 4.1   |
| Helsestasjon                               | 0.9                                | 1.0   | 0.8                                | 1.1   | 0.3                                    | 0.6   |
| Skolehelsetjeneste                         | 0.5                                | 0.4   | 0.1                                | 0.5   | 0.3                                    | 0.3   |
| Syke/aldershjem                            | 1.9                                | 1.8   | 2.0                                | 1.4   | 3.0                                    | 1.1   |
| Bedriftshelsetjeneste                      | 0.3                                | 0.4   | 0.5                                | 0.3   | 0.0                                    | 0.4   |
| Annet arbeid                               | 1.4                                | 0.5   | 2.8                                | 0.9   | 2.4                                    | 1.7   |
| Klinisk arbeid                             | 0.0                                | 23.5  | 0.0                                | 24.8  | 0.0                                    | 23.4  |
| Total arbeidstid¶                          | 39.5                               | 42.4  | 38.8                               | 41.6  | 39.1                                   | 39.2  |

\* Antallet varierer på grunn av manglende svar

† Miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og annet forebyggende arbeid

‡ Definert bredt, inkluderer også smittevern, forebyggende og helsefremmende arbeid

§ For eksempel tverrfaglige og tverrsektorielle prosjekter innen forebyggende og helsefremmende arbeid

|| Tjeneste innen helsestasjon, skolehelsetjeneste, syke/aldershjem, bedriftshelsetjeneste og annet medisinsk arbeide eller forskning.

¶ Vaktjeneste ekskludert

Tabell 4.3. Arbeidstid innenfor ulike virksomhetsområder, for samfunnsmedisinere på fast lønn og på en kombinasjon av fast lønn og privatpraksisavtale. Heltids samfunnsmedisinere ekskludert. Gjennomsnittlig antall timer per uke, med 95% KI i parentes. 1994, 1999 og 2002.

| Virksomhetsområde                          | 1994                                 |   | 1999                                |   | 2002                                  |   |
|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
|  | Fast lønn<br>Timer per uke<br>n=187* | Kombinasjon fast lønn/ privat praksisavtale<br>Timer per uke<br>n=100 | Fast lønn<br>Timer per uke<br>n=122 | Kombinasjon fast lønn/ privat praksisavtale<br>Timer per uke<br>n=204 | Fast lønn<br>Timer per uke<br>n=65-66 | Kombinasjon fast lønn/ privat praksisavtale<br>Timer per uke<br>n=211-212 |
| Totalt samfunns-<br>medisinsk arbeide†     | 14.7                                 | 15.0  | 12.7                                | 12.4  | 12.0                                  | 11.3  |
| Miljørettet helsevern‡                     | 5.2                                  | 6.8   | 3.9                                 | 4.8   | 3.7                                   | 4.9   |
| Administrasjon og ledelse                  | 8.4                                  | 7.1   | 7.9                                 | 6.6   | 6.8                                   | 4.8   |
| Annet forebyggende arbeide§                | 1.0                                  | 1.1   | 0.8                                 | 1.0   | 1.8                                   | 1.6   |
| Offentlige allmenn-<br>medisinske oppgaver | 4.4                                  | 3.5   | 4.9                                 | 3.9   | 4.4                                   | 3.6   |
| Helsestasjon                               | 1.2                                  | 0.6   | 1.0                                 | 1.2   | 1.0                                   | 0.5   |
| Skolehelsetjeneste                         | 0.4                                  | 0.3   | 0.6                                 | 0.4   | 0.6                                   | 0.2   |
| Syke/aldershjem                            | 1.9                                  | 1.7   | 1.9                                 | 1.1   | 1.7                                   | 1.0   |
| Bedriftshelsetjeneste                      | 0.4                                  | 0.25  | 0.3                                 | 0.4   | 0.1                                   | 0.4   |
| Annet arbeid                               | 0.5                                  | 0.6   | 1.0                                 | 0.8   | 1.1                                   | 1.5   |
| Klinisk arbeid                             | 21.1                                 | 28.0  | 21.8                                | 26.7  | 19.6                                  | 26.3  |
| Total arbeidstid¶                          | 40.3                                 | 46.4  | 39.4                                | 43.1  | 36.3                                  | 41.3  |

\* Antallet varierer på grunn av manglende svar

† Miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og annet forebyggende arbeid

‡ Definert bredt, inkluderer også smittevern, forebyggende og helsefremmende arbeid

§ For eksempel tverrfaglige og tverrsektorielle prosjekter innen forebyggende og helsefremmende arbeid

|| Tjeneste innen helsestasjon, skolehelsetjeneste, syke/aldershjem, bedriftshelsetjeneste og annet medisinsk arbeide eller forskning.

¶ Vaktjeneste ekskludert

Tabell 4.4. Arbeidstid innenfor ulike virksomhetsområder etter spesialitet i samfunnsmedisin. Alle. Gjennomsnittlig antall timer per uke. 1994, 1999 og 2002.

| Virksomhetsområde                          | 1994                           |                   | 1999                           |              | 2002                           |                  |
|--|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|------------------|
|  | Spesialitet i samfunnsmedisin? |                   | Spesialitet i samfunnsmedisin? |              | Spesialitet i samfunnsmedisin? |                  |
|  | Ja<br>n=124/125*               | Nei<br>n=196/198* | Ja<br>n=156                    | Nei<br>n=229 | Ja<br>n=158-160                | Nei<br>n=182-188 |
| Totalt samfunns-<br>medisinsk arbeid†      | 20.3                           | 15.6              | 18.6                           | 12.7         | 16.7                           | 10.1             |
| Miljørettet helsevern‡                     | 7.4                            | 5.8               | 6.4                            | 4.5          | 6.7                            | 3.4              |
| Administrasjon og ledelse                  | 11.4                           | 8.6               | 10.8                           | 6.9          | 8.4                            | 4.7              |
| Annet forebyggende arbeid§                 | 1.3                            | 1.1               | 1.3                            | 1.1          | 1.5                            | 1.9              |
| Offentlige allmenn-<br>medisinske oppgaver | 3.7                            | 4.4               | 4.1                            | 4.8          | 3.9                            | 4.6              |
| Helsestasjon                               | 0.7                            | 1.2               | 0.6                            | 1.4          | 0.3                            | 1.0              |
| Skolehelsetjeneste                         | 0.3                            | 0.5               | 0.3                            | 0.5          | 0.2                            | 0.4              |
| Syke/alderhjem                             | 1.7                            | 1.8               | 1.3                            | 1.6          | 1.1                            | 1.6              |
| Bedriftshelsetjeneste                      | 0.4                            | 0.3               | 0.4                            | 0.4          | 0.4                            | 0.3              |
| Annet arbeid                               | 0.6                            | 0.6               | 1.5                            | 0.9          | 1.9                            | 1.5              |
| Klinisk arbeid                             | 18.3                           | 21.9              | 19.6                           | 23.1         | 17.9                           | 24.9             |
| Total arbeidstid¶                          | 42.3                           | 42.0              | 42.3                           | 40.6         | 38.6                           | 39.8             |

\* Antallet varierer på grunn av manglende svar

† Miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og annet forebyggende arbeid

‡ Definert bredt, inkluderer også smittevern, forebyggende og helsefremmende arbeid

§ For eksempel tverrfaglige og tverrsektorielle prosjekter innen forebyggende og helsefremmende arbeid

|| Tjeneste innen helsestasjon, skolehelsetjeneste, syke/alderhjem, bedriftshelsetjeneste og annet medisinsk arbeide eller forskning.

¶ Vaktjeneste ekskludert

Tabell 4.5. Arbeidstid innenfor ulike virksomhetsområder, for ulike kommunestørrelser og år. Gjennomsnittlig antall timer per uke. 1994, 1999 og 2002.

| Virksomhetsområde                             | År og N    | Kommunestørrelse |           |            |             |        |
|---|------------|------------------|-----------|------------|-------------|--------|
|   |            | 0-1999           | 2000-4999 | 5000-14999 | 15000-49999 | 50000+ |
|   | 1994       |                  |           |            |             |        |
|   | N=327/330* | n                | n         | n          | n           | n      |
|   | 1999       | 42               | 107       | 104        | 59          | 17     |
|   | N=386      |                  |           |            |             |        |
|   | 2002       | 54               | 99        | 113        | 98          | 24     |
|   | N=340/348* |                  |           |            |             |        |
|   |            | 43               | 86        | 92         | 88          | 33     |
| <b>Totalt samfunns-<br/>medisinsk arbeid†</b> | 1994       | 9.2              | 13.3      | 16.9       | 27.3        | 30.6   |
|   | 1999       | 8.5              | 11.5      | 14.8       | 20.9        | 22.3   |
|   | 2002       | 7.0              | 10.1      | 13.5       | 17.8        | 15.8   |
| Miljørettet helsevern‡                        | 1994       | 3.6              | 5.3       | 6.9        | 8.6         | 8.4    |
|   | 1999       | 2.8              | 4.1       | 5.9        | 6.7         | 6.5    |
|   | 2002       | 2.1              | 3.1       | 6.0        | 6.7         | 5.8    |
| Administrasjon og ledelse                     | 1994       | 4.9              | 6.7       | 9.0        | 16.6        | 19.3   |
|   | 1999       | 5.1              | 6.3       | 7.8        | 12.5        | 13.1   |
|   | 2002       | 4.2              | 5.6       | 5.7        | 8.6         | 7.6    |
| Annet forebyggende arbeid§                    | 1994       | 0.7              | 1.3       | 0.9        | 1.4         | 2.9    |
|   | 1999       | 0.6              | 1.0       | 1.1        | 1.7         | 1.3    |
|   | 2002       | 0.7              | 1.4       | 1.8        | 2.3         | 2.4    |
| Offentlige allmenn-<br>medisinske arbeid      | 1994       | 6.4              | 4.9       | 3.4        | 3.0         | 3.9    |
|   | 1999       | 5.4              | 4.9       | 4.5        | 3.8         | 4.2    |
|   | 2002       | 6.0              | 5.0       | 3.2        | 4.3         | 3.4    |
| Helsestasjon                                  | 1994       | 1.8              | 1.3       | 0.6        | 0.7         | 0.4    |
|   | 1999       | 1.8              | 0.9       | 0.9        | 1.2         | 0.3    |
|   | 2002       | 1.7              | 0.9       | 0.3        | 0.5         | 0.5    |
| Skolehelsestjeneste                           | 1994       | 0.7              | 0.5       | 0.2        | 0.4         | 0.2    |
|   | 1999       | 0.9              | 0.6       | 0.4        | 0.2         | 0.0    |
|   | 2002       | 0.9              | 0.3       | 0.2        | 0.4         | 0.1    |
| Syke/aldershjem                               | 1994       | 2.9              | 2.1       | 1.6        | 1.0         | 2.1    |
|   | 1999       | 2.0              | 1.7       | 1.3        | 1.0         | 2.4    |
|   | 2002       | 2.2              | 1.9       | 0.7        | 1.2         | 1.3    |
| Bedriftshelsetjeneste                         | 1994       | 0.5              | 0.5       | 0.1        | 0.3         | 0.2    |
|   | 1999       | 0.2              | 0.6       | 0.4        | 0.2         | 0.4    |
|   | 2002       | 0.3              | 0.3       | 0.4        | 0.5         | 0.1    |
| Annet arbeid                                  | 1994       | 0.5              | 0.5       | 0.8        | 0.5         | 1.1    |
|   | 1999       | 0.4              | 1.1       | 1.4        | 1.1         | 1.2    |
|   | 2002       | 1.0              | 1.6       | 1.6        | 2.3         | 1.4    |
| Klinisk arbeid                                | 1994       | 23.3             | 24.4      | 23.3       | 10.4        | 7.2    |
|   | 1999       | 25.3             | 25.0      | 23.2       | 16.0        | 15.3   |
|   | 2002       | 24.4             | 24.3      | 22.4       | 16.5        | 23.2   |
| Total arbeidstid¶                             | 1994       | 39.0             | 42.6      | 43.6       | 40.6        | 41.7   |
|   | 1999       | 39.1             | 41.3      | 42.5       | 40.8        | 41.8   |
|   | 2002       | 37.5             | 39.3      | 39.1       | 39.1        | 42.3   |

\* Antallet varierer på grunn av manglende svar

† Miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og annet forebyggende arbeid

‡ Definert bredt, inkluderer også smittevern, forebyggende og helsefremmende arbeid

§ For eksempel tverrfaglige og tverrsektorielle prosjekter innen forebyggende og helsefremmende arbeid

|| Tjeneste innen helsestasjon, skolehelsestjeneste, syke/aldershjem, bedriftshelsetjeneste og annet medisinsk arbeide eller forskning.

¶ Vaktjeneste ekskludert

Tabell 4.6 Assosiasjonen mellom tid brukt på samfunnsmedisinsk arbeide og individuelle og arbeidsrelaterede faktorer. Multippel regresjon med total antall timer samfunnsmedisin som avhengig variabel. 2002.

R2 47%

| Forklaringsvariabler   | B      | t      | p     |
|--|--------|--------|-------|
| Kjønn (0=kvinne, 1=mann)   | -2.639 | -1.109 | 0.273 |
| Alder (10 års intervaller)   | -1.497 | -1.146 | 0.257 |
| Spes. i samfunnsmedisin<br>(0= har ikke spes. i samfunnsmedisin<br>1= har spes. i samfunnsmedisin) | 7.734  | 3.6698 | 0.001 |
| Spes. in allmenmedisin<br>(0= har ikke spes. i allmenmedisin<br>1= har spes. i allmenmedisin)      | 0.603  | 0.260  | 0.796 |
| Fastlønn/privatpraksis avtale<br>(0=fast lønn, 1=fastlønn+privat fastlegeavtale)                   | -4.446 | -1.901 | 0.063 |
| Kommunestørrelse (5 kategorier)  | 4.707  | 5.293  | 0.000 |
| Tid i stillingen<br>(0=under 5 år, 1= 5 år eller mer)  | 4.559  | 1.8533 | 0.070 |
| Administrativ bredde*<br>(0=under 6 tjenester, 1= 6 eller flere tjenester)                         | 8.445  | 3.018  | 0.004 |

\* Definert som antall tjenester eller avdelinger personen er leder for (for eksempel de 4 tjenestene allmennleger, helsesøstre, fysioterapeuter og Avd. for miljørettet helsevern).



## **KAPITTEL 5. MOBILITET I DET SAMFUNNSMEDISINSKE ARBEIDSMARKED.**

Spørsmål vi diskuterer i dette kapitlet er spiser den kurative kommunehelsetjenesten de samfunnsmedisinske legene? Hvor blir de av når de slutter i kommunal samfunnsmedisin? Kan de tenke seg å komme tilbake?

### *Bakgrunn*

Gjennom mange år har alle forvaltningsnivåer bekymret seg over manglende stabilitet og kontinuitet i stillingene for kommunale samfunnsmedisinere (1-6). Både forskningsinstitusjoner og Den Norske Legeforening har bidratt til belysning av deler av disse problemområdene, med studier opp til slutten av 1980-årene (7-9).

Med FLO er sentrale trekk ved tilknytningen mellom leger og en gitt klinisk arbeidsplass endret, blant annet for om mulig å sikre en større stabilitet i lege-pasient-relasjonen. Det er nå spørsmål om hvilken betydning dette får i forhold til stabiliteten mellom lege og kommune, hvilket er den sentrale relasjon for kommunale samfunnsmedisinere.

Vi vil i dette kapitlet beskrive bevegelsene i det kommunal samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet over årene fra 1999 til 2002, sammenliknet med tilsvarende utvikling i perioden fra 1994. Vi vil også redegjøre for samfunnsmedisinerne planer på kort og lang sikt i forhold til å fortsette med samfunnsmedisinsk arbeid og se på rekrutteringsmuligheter til dette arbeidsmarkedet.

Vi har spørreskjema opplysninger fra de som har hatt stillingene i 1994, 1999 og 2002 og fra dem hadde sluttet mellom 1994 og 1999 og mellom 1999 og 2002.

### *Størrelse på det kommunale samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet*

Antall registrerte kommunale samfunnsmedisinske stillinger økte fra 510 i 1994, til 578 i 1999, og videre til 589 i 2002. Økningen kan skyldes noe ulik utvelgelsesmetode (se kapittel 3, Materiale og metode). Den store økningen mellom 1994 og 1999 skyldes sannsynligvis at det var en reell økning i antall stillinger. I de største byene gjorde man i denne perioden ferdig bydelsreformene og også Smittevernloven bidro til flere stillinger. Som vi presenterer i kapittel 3 er hovedforklaringen sannsynligvis at heltidsstillinger eller store samfunnsmedisinske stillinger i

de større kommuner i forbindelse med tilpasninger/endringer før og ved igangsetting av Fastlegereformen (FLO) ble delt og omgjort til stillinger med mer klinikk.

Det er utprøvinger av nye modeller på dette arbeidsmarkedet der man under en større stilling som kommunal samfunnsmedisiner lager flere mindre stillinger med ansvar for deler av arbeidet, som for eksempel smittevern, sosialmedisinsk arbeid, legevakt, sykehjemsarbeid osv, altså en slags subspecialisering i skiktet mellom samfunns- og allmenmedisin. Dette gjelder i hovedsak i større kommuner.

Det sees også endringer i retning av interkommunal løsninger der to eller flere kommuner deler på én samfunnsmedisiner i atskilte stillingsandeler. Vi fant for eksempel i 2002 at 23 stillinger var dekket av 11 leger. Det gjøres også forsøk med interkommunale ordninger der ansvar og myndighet forsøkes lagt til interkommunale samfunnsmedisinere. Dette gjelder i større grad for mindre kommuner, evt. mindre kommuner i samarbeid med større kommuner.

En del av de større bykommuner har over de siste 2-3 år endret på bydelsinndelingene, noe som har hatt betydning for organisering av og antall samfunnsmedisinske stillinger. Det er vanskelig å spå i hvilken retning arbeidsmarkedet for kommunal samfunnsmedisin vil gå, men det er grunn til å tro at i mindre kommuner vil antall stillinger reduseres på grunn av sammenslåinger, og i de større øke på grunn av annen oppgavefordeling.

#### *Vakanser*

Vi registrerte en klar økning i vakanser i 2002 i forhold til tidligere år (tab. 3.1 i kapittel Materiale og metode), fra 1% av alle stillinger i 1994, 3.5% i 1999 og 6% i 2002. Dette kommer i tillegg til at en rekke stillinger er midlertidig besatt, eller er såkalte "kriseløsninger", hvor en person er beordret til et absolutt minimum i tjenesten for å følge opp de lovmessige forordninger knyttet til feltet (for eksempel må kommunene ha en smittevernlege til enhver tid, og prinsipielt skal kommunen ha en person som er kommunelege).

Av våre respondenter - altså fra kommuner der det ikke var vakanser - svarte 93% i 2002 at de var fast ansatt, mens 7% svarte at de hadde noen form for midlertidig ansettelse. Sammenlignet med 1994 var dette bedre, da 88% anga fast stilling og resten noen form for midlertidig stilling. Imidlertid har vi fra et stort antall personlige kontakter med kommunene i forbindelse med utarbeiding av adresseliste et klart inntrykk av at vakansproblemet var stort og hadde økt i 2002,



med behov for mye beordring og andre "kriseløsninger". Det er sannsynlig at de legene som arbeidet under slike rammer i større grad tilhørte ikke - respondentene.

#### *Hva har skjedd på dette arbeidsmarkedet?*

Figur 5.1 gir en oversikt over mobiliteten i markedet fra 1994 til 2002. Antall registrerte, dekkede kommunale samfunnsmedisinske stillinger er tegnet inn for de tre undersøkelsesårene, med angivelser av hvor mange som sluttet, hvor mange som fortsatte mellom undersøkelsesårene og hvor mange nye som kom inn mellom de to siste undersøkelsesårene. Figuren forteller om en formidabel økning i turn-over, gjennom at beregnet avgang per år mellom 1994 og 1999 var på 48, mens den for perioden 1999 til 2002 var på 78 per år.

Av de som arbeidet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 1994 sluttet 47% i løpet av 5 år frem til 1999, mens 42% av de som arbeidet i slik stilling i 1999 sluttet i årene frem til 2002. Dette gir nærmere 50% utskiftning i stillingene over henholdsvis 5 og 3 år. Utskiftningen startet før, men økte kraftig i perioden hvor FLO ble innført.

#### *Hvem slutter og hvem blir?*

I tabell 5.1 sammenligner vi de som sluttet mellom 1994 og 1999 med de som valgte å forbli i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i denne perioden. De som sluttet var i 1994 yngre, hadde vært i stillingen i kortere tid, færre hadde spesialitet i samfunnsmedisin og allmenntmedisin og flere var i 1994 i fastlønnsstillinger. Det var ingen signifikante forskjeller ut fra kjønn, kommunestørrelse eller helseregion. Men 41% av mennene mens 55% av kvinnene sluttet i aktuelle periode.

Dette endrer seg lite når vi sammenligner de som sluttet mellom 1999 og 2002 og de som valgte å forbli i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i denne perioden (tabell 5.2). Samme andel av mennene, 41%, slutter mens andelen kvinner som slutter går ned til 47%. Et trekk er at andelen som hadde spesialitet i samfunnsmedisin blant de som sluttet var gått ned, mens den var gått opp hos de som forble i stillingene. Andelen som hadde spesialitet i allmenntmedisin blant de som sluttet var gått opp, som for de som forble i stillingene. De som sluttet hadde vært kortere tid i stillingen enn de som forble, de hadde i mindre grad samfunnsmedisinsk og allmenntmedisinsk spesialitet. Det var ingen forskjell i forhold til tilknytningsform. Begge gruppene var eldre enn tilsvarende i 1994.

Det som altså synes å være et felles trekk i de to periodene var at flere kvinner enn menn sluttet, de som sluttet var noe yngre, hadde vært kortere tid i stillingen og færre hadde spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin.

Når vi sammenligner de nye som hadde kommet inn i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i henholdsvis 1999 og 2002 var de forskjellige fra de som hadde vært i slik stilling fra henholdsvis 1994 til 1999 og fra 1999 til 2002 (tabell 5.3 og 5.4). De nye var begge årene i større grad kvinner enn de som var i slik stilling fra før, de var yngre og hadde på undersøkelsestidspunktet selvsagt vært kortere tid i sin stilling og færre hadde spesialiteter i samfunns- og allmennmedisin. Av de nye hadde en større andel spesialitet i allmennmedisin enn i samfunnsmedisin, mens for de som hadde forblitt i stillingene var andelen lik for de to spesialitetene. Det var ingen forskjell mellom hvilken tilknytningsform de hadde til kommunene - fordeling mellom fastlønn og kombinasjonslønn var lik for nye og de som hadde vært i slike stillinger noen år både i 1999 og 2002.

Når vi sammenlignet de nye som kom var kommet inn i 1999 med de nye som var kommet inn i 2002 var de forskjellige hva angår spesialisering, i det blant de som kom inn i 2002 var det flere med spesialitet i samfunnsmedisin, men færre hadde spesialitet i allmennmedisin (tabell 5.5). Ellers var de forskjellig i forhold til tilknytningsform, i det de nye i 2002 i større grad kombinerte fastlønn for samfunnsmedisin med privat praksis/fastlegeavtale. Dette kan forstås slik at det i 1999 var en større yrkesmessige mobilitet blant allmennmedisinske spesialister mens det i 2002 var mindre, de har slått seg mer til ro, - utenfor samfunnsmedisinen. Samtidig var det altså en større grad av nyrekruttering av spesialister i samfunnsmedisin til de kommunale samfunnsmedisinske stillingene over disse årene fra 1999 til 2002.

#### *Hvilke yrkesmessige valg gjorde de som sluttet?*

Til de som sluttet mellom 1999 og 2002 sendte vi spørreskjema med blant annet spørsmål om hvilken type stilling de var i. I all hovedsak sluttet de for å gå inn i kliniske stillinger på kommunalt nivå (tabell 5.6). De aller fleste gikk inn i allmennlegestillinger, mens noen gikk inn i større kliniske stillinger i for eksempel sykehjem eller helsestasjon. Det var noe forskjell avhengig av spesialitet i samfunnsmedisin, ved at spesialister i noe mindre grad begynte i klinisk virksomhet og i større grad enn ikke-spesialister begynte i sentral helseforvaltning på noe nivå.

De som sluttet mellom 1994 og 1999 har vi svake data om. Vi samlet ikke opplysninger om deres yrkesmessige plassering utover å registrere at de var sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling. Ved å bruke Den Norske legeforenings medlemsregister med data blant annet om stillingsbetegnelse fra høsten 1999 har vi imidlertid fått oversikt over deler av denne populasjonen. Registeret hadde en forsinkelse i oppdatering i tillegg til at hvert medlem ikke til enhver tid meldte inn endringer i status. Vi har imidlertid satt opp de data registeret inneholdt i forhold til de leger vi registrerte som sluttet mellom 1994 og 1999 (tabell 5.6). Mønsteret var stort sett det samme som mellom 1999 og 2002, ved at de fleste gikk over i klinisk medisin og til sentral helseforvaltning. Imidlertid var det forskjell gjennom at en klart lavere andel gikk inn kommunal klinisk virksomhet og en større andel gikk inn i klinisk stilling innen spesialisthelsetjenesten.

Dette viser at når leger slutter i samfunnsmedisinske stillinger er det oftest for å gå inn i en klinisk stilling. Før 1999 var andel som valgte kommunal klinisk stilling mindre enn etter 1999. Kommunal klinisk medisin ser altså ut til å ha blitt mer aktuell å søke til for leger som slutter i samfunnsmedisinske stillinger i perioden da FLO ble etablert.

#### *Fremtidsplaner*

Bevegelsene i det kommunale samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet kan til en viss grad forutsees gjennom de yrkesmessige fremtidsplaner aktørene har. Vi har spurt leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger om deres fremtidsplaner på kort og lang sikt, henholdsvis innenfor de første 12 måneder og før pensjonsalder.

Andelen som planla å skifte til annen samfunnsmedisinsk stilling på kort sikt var relativt stabil og lav fra 1994 til 2002 (tabell 5.7). Andelen som planla å søke annet medisinsk arbeid enn samfunnsmedisin var imidlertid klart høyere og endret seg over observasjonsperioden. I 2002 var denne andelen signifikant lavere enn i 1999, på under halvparten fra 1999 og 1994. I forhold til om de ville søke stilling i annen kommune på kort sikt var det like, lave andeler alle tre årene. I forhold til planer om å søke stilling på annet forvaltningsnivå eller i privat praksis kom det igjen en signifikant reduksjon fra 1999 til 2002, med en halvering av andelen fra 1999 og 1994.

Det ser derfor ut til at noen stabiliserende prosesser kom i gang rundt etablering av FLO.

Dette inntrykket forsterkes ytterligere når vi ser på kommunale samfunnsmedisineres langsiktige fremtidsplaner (tabell 5.8). Her var andelen som planla å søke seg bort før pensjonsalder klart redusert fra 1999 til 2002, samtidig som antall år før man planla å søke seg bort steg signifikant. Det var ingen forskjeller i forhold til langsiktige planer ut fra spesialisitet i samfunns- eller allmenmedisin.

Totalt sett beskriver disse tallene en økt planlagt stabilitet blant de som var i samfunnsmedisinske stillinger i 2002. Dette kan forstås ut fra at ved etableringen innenfor FLO kreves det gjerne noe lengre tids planlegging av yrkesmessige forflytninger. Det er grunn til å anta at dette skyldes både økonomiske og organisatoriske betingelser rundt ordningen. Det kan også være uttrykk for at de som har ønsket å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling har gjort det før innføringen av FLO. Etter innføringen av FLO var det forventet at det ble trangere å etablere seg i klinisk stilling slik at også nye kombinasjonsstillinger blir usikre etter FLO.

*Hvem vil søke seg tilbake til kommunale samfunnsmedisinske stillinger?*

Vi har påvist stor turn-over i de kommunale stillingene over spesielt perioden 1999 til 2002. Mange leger har derfor vært innom slike stillinger og har en oppfatning av hvordan det kan være å arbeide i slik stilling. Deres synspunkter kan derfor anses som spesielt godt informert og verdifulle i forhold til å vurdere å gå inn i slik stilling.

Vi har spurt de legene som hadde sluttet mellom 1999 og 2002 og de spesialistene i samfunnsmedisin som vi fant ikke var i kommunal stilling om deres planer i forhold til eventuelt å søke seg tilbake til slik stilling. Fra 1999 til 2002 endret potensialet seg klart, gjennom at færre av disse legene planla å søke seg tilbake før pensjonsalder (tabell 5.8). For de som planla å søke seg tilbake var antall år før slik søknad redusert, men ikke signifikant.

Dette noe nedslående resultatet betyr at man må baserer seg på nyrekruttering og stabilisering av de nyrekrutterte.

*Hva kan gjøres for bedre å ivareta SM og offentlige legetjenester?*

Samtidig med høy turnover og lite potensial til å få leger som har vært innom i slike stillinger tilbake, kan altså markedet i følge de som var ansatt i 2002 ha stabilisert seg noe. Det er i denne situasjonen interessant å se hvilke faktorer som kan bidra til slik stabilisering.

I intervjuundersøkelsene med rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner og fastleger spurte vi om hvilke tiltak de mente kunne bidra til at de samfunnsmedisinske og øvrige offentlige legetjenestene bedre kunne ivaretas. Dette spørsmålet kaster lys over både rekruttering og kontinuitet, organisatoriske og personalpolitiske tiltak.

De faktorene som respondentene mener har størst betydning er utdanningsprogrammer internt og regionalt, tilrettelegging for spesialisering og styrking av kontakten mellom sentrale ressursmiljøer og lokal samfunnsmedisinsk og offentlig legetjeneste (tabell 5.10). Disse faktorene synes å ha fått økt betydning fra 2001 til 2002. Men endret organisering gjennom interkommunale samarbeidsavtaler skåres også ofte til å ha stor eller avgjørende betydning i forhold til styrking av dette fagfeltet. Det er videre interessant å merke seg at noe under halvparten av respondentene mener økt antall timer for samfunnsmedisiner har stor eller avgjørende betydning for styrking av feltet. Begge år mente rundt halvparten at feltet også kunne styrkes gjennom at andre yrkesutøvere fikk økt sitt antall timer på feltet.

De tiltak som angis å ha minst betydning er endring av antall leger involvert i arbeidet og intern omorganisering, selv om sistnevnt i 2002 synes å bli gitt større betydning.

Jevnt over skårer samfunnsmedisineren de samme tiltakene høyere enn den samlede populasjonen gjør det, foruten at de i 2002 skårer det å øke antall timer for andre yrkesgrupper klart lavere enn de gjorde i 2001 (tabell 5.10).

Politikerne i vårt materiale - ordførerne, hadde et noe forskjellig svarmønster (data ikke vist). De gav generelt lavere gjennomsnittskår på tiltakene enn de øvrige, utover at de begge år skåret det å øke antall timer for andre yrkesgrupper høyere enn de øvrige. I tillegg hadde de klart større tro på interkommunal løsning i 2002 enn i 2001. Dette skåret de i 2002 langt høyere enn de øvrige, i det 80% mente at dette tiltaket var av stor eller avgjørende betydning for å bedre ivaretagelsen av samfunnsmedisinske andre offentlige legetjenester.

Vi bad også om respondentene kunne nevne andre tiltak de mente hadde betydning for styrking av feltet. Mange av disse åpne svarene kan kategoriseres på lignende måte som i tabell 5.10, i det de gjerne var utdypninger eller mer detaljerte forslag. Imidlertid var det ett tiltak som vi ikke hadde kategorisert på forhånd, men som var meget hyppig som åpent svar. Svært mange nevnte bedre lønn for samfunnsmedisinsk legetjeneste som aktuelt tiltak. I tillegg var det en klar økning i tendensen til å foreslå interkommunale ordninger og sammenslåing av små kommuner, samt økt samarbeide mellom nivåene i helsetjenesten og i forvaltningen for å øke det faglige miljøet. Status for samfunnsmedisineren i kommunen og løsning av konflikt mellom fag, administrasjon og politikk ble også nevnt ofte i de åpne svarene.

For øvrig har vi i kapittel 6 redegjort for hva leger som har vært i samfunnsmedisinske stillinger har angitt som årsaker til å gå ut av og betingelser for å vende tilbake til slike stillinger.

#### *Oppsummering og diskusjon: utviklingstrekk i det samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet*

Antall stillinger med samfunnsmedisinsk innhold økte fra 1994 til 1999, og var stabilt frem til 2002. Vakanser økte imidlertid klart fra 1999 til 2002, sammen med en økt bruk av midlertidige ansettelsesløsninger. Dette, sammen med økt turnover i stillingene mellom 1999 og 2002, sammenlignet med perioden før, gir et inntrykk av et urolig arbeidsmarked, både for arbeidsgiver og arbeidstaker.

Det er ikke noe nytt at det er utskiftninger i stillingene. Med annen metodikk anslo Kolstrup og Kristiansen at 15-20% av kommunene skiftet samfunnsmedisinsk lege per år i perioden 1988-1991 (9), og Nordviste et al. fant utskiftning på 40% i perioden 1984-1987 og 46% i perioden 1984-87 (8). Vi fant tilsvarende tall å bli 48% for perioden 1994-1999, altså noe mindre per år enn de forannevnte, og 42% for perioden 1999 til 2002, tilsvarende de refererte. Det er brukt ulike metoder ved fremstillingene av tallene. Vi har imidlertid brukt samme metode i 1999 og 2002, og den viser klar økning i turn-over for den siste perioden.

Det var en viss tendens til "forgubbing" mellom 1994 og 1999 i det gjennomsnittsalder klart økte, men dette flatet noe ut mellom 1999 og 2002 (se kapittel 3). Det var en klart høyere andel samfunnsmedisinere over 50 år i 2002 enn i 1999. Det forklares med stor utskiftning i stillingene i perioden, med lavere alder hos de som overtar stillingene. De som trakk gjennomsnittsalderen oppover var de som har vært lenge i kommunal samfunnsmedisin og i stor grad i samme kommune.

Dette er interessant på flere måter. At man har voksne, erfarne leger i stillingen har en opplagt kvalitet i nettopp dette faget, som krever bred kompetanse. Denne må i stor grad erverves gjennom praksis og utdanning etter grunnutdanning. Men det kreves også lokal kompetanse i kommunen - både internt og eksternt, og det å ha en person som har arbeidet lenge i faget, eventuelt i samme kommune, er for de fleste formål å anse som en fordel. Og gjennomsnittsalderen var ikke høyere enn at man i 2002 hadde leger som var kanskje ved sin optimale innsatsalder. Potensialet i forhold til kvalitet og kvantitet i arbeidet kan slik tolkes til å ha vært høy.

Den negative siden ved denne erkjennelsen er at det i løpet av få år vil være mange samfunnsmedisinere som skal slutte i stillingene på grunn av oppnådd pensjonsalder. Mange av dem er spesialister i samfunnsmedisin. Med spesialiseringstakten man nå ser i samfunnsmedisin kan man ikke forvente at det står spesialister klare til å overta stillingene om man ikke gjør noe spesielt i forhold til dette. Som vi viser i flere sammenhenger er videre- og etterutdanning et sterkt middel til stabilitet, og også til styrking av fagområdene vi diskuterer.

Det var en klar økning av antall kvinner i samfunnsmedisinske stillinger. Litt mer enn hver femte nyrekrutterte samfunnsmedisiner var kvinne, og kvinnene utgjorde 18% av det totale antall kommunale samfunnsmedisinere i 2002. Dette anses som en betydelig økning og følger utviklingen generelt innenfor medisin. I grunnutdanningen er man kommet lengst i så måte, men i samfunnsmedisinen merker man altså også økt innslag av kvinner. Det synes likevel å gå saktere innenfor spesialiseringen, i det andelen kvinner blant spesialister i samfunnsmedisin var bare halvparten av andelen innenfor allmennmedisin i 2003 (12.1% vs 24.5%) (Dnlf). Men det synes altså å være en økende andel kvinner som forsøker seg innenfor stillingene, og det kan være at enkelte tiltak i forhold til rekruttering og stabilisering kan lykkes i større grad i forhold til kvinner enn i forhold til menn. Andelen kvinner som slutter i samfunnsmedisinske stillinger synker og, men er fortsatt høyere enn for menn. Det betyr at det gjenstår utfordringer med å tilrettelegge samfunnsmedisinske stillinger slik at også kvinner kan finne stillingene attraktive å stå i.

Når vi sammenlignet de som valgte å slutte i slik stilling med de som valgte å bli fant vi at spesialister både i samfunnsmedisin og allmennmedisin i større grad valgte å forbli i stillinger enn ikke-spesialister. Spesialitet i samfunnsmedisin var i så måte en sterkere faktor enn

spesialitet i allmenmedisin. På den andre side var det flere leger i samfunnsmedisinsk stilling som hadde spesialitet i allmenmedisin enn i samfunnsmedisin.

Videre- og etterutdanning er en sterk motivasjonsfaktor for leger, noe som har både faglige og meritteringsmessige komponenter og kan for enkelte aldersgrupper være mobilitetsdrivende slik spesialistutdanningene er utformet. Her ser man at ferdig spesialitetsutdanning er et stabiliserende trekk. Det kan forstås ut fra at spesialistutdanning representerer tydeligere rolleavklaring og gir økt mestringsevne, og går gjerne sammen med alder og sosial stabilisering for øvrig.

De påpekte bevegelsene i arbeidsmarkedet er avhengig av en rekke overordnede, strukturelle forhold på kommunalt nivå - som for eksempel rekrutteringspolitikk, lønns- og arbeidsvilkår, skole- og arbeidstilbud rundt arbeidstakere, videre- og etterutdanningstilbud og regional- og samferdselspolitikk. Men de er også avhengig av en rekke mer personlige faktorer, - som delvis knytter seg opp mot de strukturelle faktorene.

Når leger sluttet i samfunnsmedisinske stillinger gikk de i stor grad over i kliniske stillinger, og spesielt til allmenlegestillinger. Dette gjaldt spesielt for dem som ikke hadde spesialitet i samfunnsmedisin og spesielt hyppig karrierevei fra 1999 til 2002. Det kan virke som om de gikk inn i kliniske allmenmedisinske stillinger for å starte et spesialisingsløp i allmenmedisin. I alle fall var lønnsbetingelsene sannsynligvis meget bedre i allmen- enn i samfunnsmedisin hvilket er en sterk dragkraft.

Men også spesialister i samfunnsmedisin sluttet til fordel for kliniske stillinger. Denne tendens er viktig å diskutere, både i forhold til organisering av arbeidet i kommunene, hvordan spesialitetene i seg selv og utdanningen til dem er bygget opp.

De som slik hadde sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i løpet av de siste 5 år, eller var spesialister i samfunnsmedisin men praktiserte ikke denne spesialiteten planla i liten grad å gå tilbake til kommunal stilling. Dette forteller at man fremover i stor grad må beregne å drive nyrekruttering og stabilisering av de nyrekrutterte for å dekke opp ledige stillinger fremover.

På den annen side planla altså de som var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 2002 i større grad å bli - både på kort og lang sikt - lengre tid i stillingen enn de som var i slik stilling i 1999.



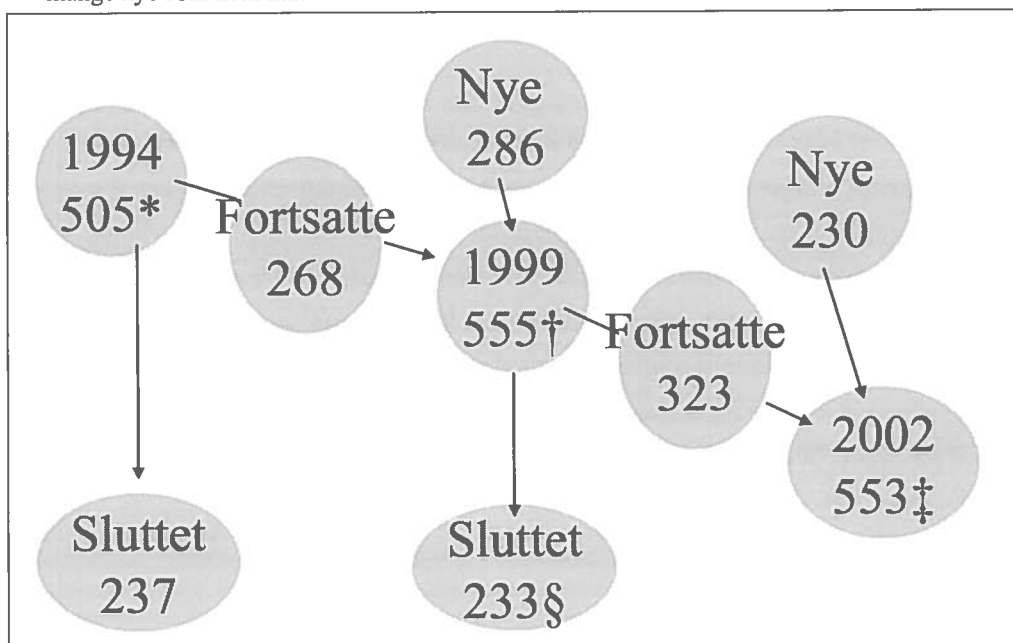
Dette gir et signal om at det med FLO er kommet en viss stabilisering, som kanskje har vel så mye med sterkere anknypning i den kliniske delen av arbeidet å gjøre som det har noe med utviklingen innenfor selve det samfunnsmedisinske feltet å gjøre.

Når det gjelder å stimulere til økt samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene så ser det ut til å være nokså stor enighet om troen på utdanningsprogrammer, lokalt og regionalt og opp til spesialisering, som et viktig tiltak. Også det å bedre det faglige nettverket omkring samfunnsmedisin og offentlige legetjenester hadde stor støtte. Interkommunal ordninger var også ansett som positive, mens færre mente at intern omorganisering i kommunen kunne være av betydning for fagfeltet. Dette er noe overraskende i forhold til våre analyser av hvorfor folk sluttet, hvor jo organisatoriske forhold rundt rolle, posisjon og gjennomslagskraft sto sentralt. Det er og verdt å merke seg at troen på utdanning, faglig nettverk og eventuelle 2.linjetjenester økte fra 2001 til 2002. I tillegg peker mange på problemene med lønnsforskjellene mellom de ulike kommunale helseoppgavene.

#### REFERANSER:

1. Romøren TI. Kommunchelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie Rapport nr. 12, 1989.
2. St.meld. nr. 23 (1996-97). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
3. Sosial- og helsedepartementet (1998): Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning.
4. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens Trykning, 1998
5. Ot prp nr 99 (1998-99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover (fastlegeordningen).
6. St. meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
7. Wium P. Den norske distriktsleges arbeidsforhold 1977. Tidsskr Nor Lægeforen 1977; 97: 1701-8.
8. Nordviste O, Servoll E, Siem H. Gjennomtrekk i distriktslegestillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1978; 98: 1587-8.
9. Kolstrup N, Kristiansen I Sønbo. Gennemtræk i stillingerne som medicinsk ansvarlig læge i norske kommuner 1988-91. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2671-4.

Fig. 5.1. Det kommunale samfunnsmedisinske arbeidsmarkedet 1994 til 2002, med antall besatte stillinger, hvor mange leger som sluttet over de to observasjonstidspunktene og hvor mange nye som kom inn.



\* Pluss 5 vakante stillinger

† Pluss 23 vakante stillinger

‡ Pluss 36 vakante stillinger

§ Derav 5 døde og 1 som var registrert i to stillinger i 1999 men kun en i 2002

Tabell 5.1. Sammenligning mellom 505 leger som var i samfunnsmedisinske stillinger i 1994 og som enten sluttet eller valgte å forbli i slik stilling til 1999. Individuelle faktorer ved legene og karakteristika ved kommunen i 1994. Antall og prosent, med signifikansnivå.

| I 1994:                         |     | Sluttet mellom 94 og 99 |    | Ble i SM still fra 94 til 99 |    | Signifikansnivå                 |
|---------------------------------|-----|-------------------------|----|------------------------------|----|---------------------------------|
|                                 |     | N= 237                  |    | N= 268                       |    |                                 |
|                                 |     | antall                  | %  | antall                       | %  |                                 |
| Kjønn                           | M   | 209                     | 88 | 245                          | 91 | p=0.224                         |
|                                 | K   | 28                      | 12 | 23                           | 9  |                                 |
| Alder                           |     | 44.1 (43-45.2)          |    | 45.6 (44.8-46.4)             |    | 95% KI for differansen: 0.1-2.9 |
| Tid i nåværende stilling i 1994 |     | 5.8 (4.8-6.8)           |    | 7.7 (6.8-8.6)                |    | 95% KI for differansen: 0.9-3.5 |
| Spesialitet i samfunnsmedisin   | ja  | 69                      | 30 | 110                          | 41 | p=0.009                         |
|                                 | nei | 161                     | 70 | 158                          | 59 |                                 |
| Spesialitet i allmennmedisin    | ja  | 90                      | 39 | 145                          | 54 | p= 0.001                        |
|                                 | nei | 140                     | 61 | 123                          | 46 |                                 |
| Tilknytningsform                |     |                         |    |                              |    |                                 |
| Fastlønn                        |     | 112                     | 76 | 118                          | 65 | p=0.033                         |
| Fastlønn/privat                 |     | 36                      | 24 | 64                           | 35 |                                 |
| Kommunestør.                    |     |                         |    |                              |    |                                 |
| 1-1999                          |     | 51                      | 21 | 36                           | 13 | p=0.201                         |
| 2000-4999                       |     | 72                      | 30 | 87                           | 33 |                                 |
| 5000-14999                      |     | 63                      | 27 | 81                           | 30 |                                 |
| 15000-49999                     |     | 42                      | 18 | 51                           | 19 |                                 |
| 50000+                          |     | 9                       | 4  | 13                           | 5  |                                 |
| Helseregion                     |     |                         |    |                              |    |                                 |
| Øst                             |     | 58                      | 25 | 64                           | 24 | p=0.351                         |
| Sør                             |     | 34                      | 14 | 56                           | 21 |                                 |
| Vest                            |     | 48                      | 20 | 55                           | 20 |                                 |
| Midt-Norge                      |     | 48                      | 20 | 48                           | 18 |                                 |
| Nord                            |     | 49                      | 21 | 45                           | 17 |                                 |

Tabell 5.2. Sammenligning mellom 550\* leger som var i samfunnsmedisinske stillinger i 1999 og som enten sluttet eller valgte å forbli i slik stilling til 2002. Individuelle faktorer for legene og karakteristika ved kommunen i 1999. Antall og prosent, med signifikansnivå.

| I 1999:                       |                 | Sluttet mellom 99 og 02<br>N= 227 |    | Ble i SM** stilling fra 99 til 02<br>N= 323 |    | Signifikansnivå                  |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------|----|---|----|----------------------------------|
|                               |                 | antall                            | %  | antall                                      | %  |                                  |
| Kjønn                         | M               | 185                               | 84 | 275   | 85 | p=0.256                          |
|                               | K               | 42                                | 16 | 48  | 15 |                                  |
| Alder                         |                 | 47.4 (46.2-48.6)                  |    | 48.6 (47.8-49.4)                            |    | 95% KI for differansen: -0.3-2.7 |
| Tid i nåvær stilling i 1999   |                 | 5.3 (4.2-6.4)                     |    | 8.9 (7.9-9.9)                               |    | 95% KI for differansen: 2.1-5.1  |
| Spesialitet i samfunnsmedisin | ja              | 51                                | 23 | 149   | 46 | p=0.000                          |
|                               | nei             | 174                               | 77 | 173   | 54 |                                  |
| Spesialitet i allmennmedisin  | ja              | 111                               | 49 | 192   | 60 | p= 0.017                         |
|                               | nei             | 114                               | 51 | 130   | 40 |                                  |
| Tilknytningsform              | Fastlønn        | 55                                | 43 | 112   | 46 | p=0.566                          |
|                               | Fastlønn/privat | 73                                | 57 | 131   | 54 |                                  |
| Kommunestørr.                 | 1-1999          | 46                                | 20 | 44  | 14 | p=0.108                          |
|                               | 2000-4999       | 62                                | 27 | 92  | 28 |                                  |
|                               | 5000-14999      | 52                                | 23 | 98  | 30 |                                  |
|                               | 15000-49999     | 57                                | 25 | 70  | 22 |                                  |
|                               | 50000+          | 10                                | 4  | 19  | 6  |                                  |
| Helseregion                   | Øst             | 63                                | 28 | 87  | 27 | p=0.502                          |
|                               | Sør             | 46                                | 20 | 51  | 16 |                                  |
|                               | Vest            | 41                                | 18 | 70  | 22 |                                  |
|                               | Midt-Norge      | 35                                | 15 | 60  | 18 |                                  |
|                               | Nord            | 42                                | 19 | 55  | 17 |                                  |

\* Diskrepansen mellom 555 og 550 skyldes at 6 døde i observasjonsperioden mens en person har hatt to stillinger.

\*\* samfunnsmedisinsk

Tabell 5.3. Sammenligning mellom 268 leger som hadde vært i samfunnsmedisinsk stilling mellom 1994 og 1999 og 286 leger som var registrert som nye i 1999. Individuelle faktorer for legene og karakteristika ved kommunen i 1999. Antall og prosent, med signifikansnivå.

|                                       |     | Forble i SM still<br>1994-1999<br>N= 268 |    | Nye i 1999<br>N= 286 |    | Signifikansnivå                     |
|---------------------------------------|-----|--|----|----------------------|----|-------------------------------------|
| I 1999:                               |     | antall                                   | %  | antall               | %  |                                     |
| Kjønn                                 | M   | 245                                      | 91 | 219                  | 77 | p=0.000                             |
|                                       | K   | 23                                       | 9  | 67                   | 23 |                                     |
| Alder                                 |     | 50.6 (49.8-51.4)                         |    | 45.8 (44.8-46.8)     |    | 95% KI for<br>differansen: 3.5-6.1  |
| Tid i nåvær still                     |     | 11.8 (10.8-12.8)                         |    | 2.7 (2.2-3.2)        |    | 95% KI for<br>differansen: 8.0-10.2 |
| Spesialitet i<br>samfunns-<br>medisin | ja  | 163                                      | 61 | 36                   | 13 | p=0.000                             |
|                                       | nei | 105                                      | 39 | 247                  | 87 |                                     |
| Spesialitet i<br>allmenn-<br>medisin  | ja  | 171                                      | 64 | 133                  | 47 | p= 0.000                            |
|                                       | nei | 97                                       | 36 | 150                  | 53 |                                     |
| Tilknytningsform                      |     |  |    |                      |    |                                     |
| Fastlønn                              |     | 82                                       | 42 | 88                   | 49 | p=0.140                             |
| Fastlønn/privat                       |     | 114                                      | 58 | 90                   | 51 |                                     |
| Kommunestørr.                         |     |  |    |                      |    |                                     |
| 1-1999                                |     | 37                                       | 14 | 55                   | 19 | p=0.051                             |
| 2000-4999                             |     | 79                                       | 29 | 75                   | 26 |                                     |
| 5000-14999                            |     | 81                                       | 30 | 70                   | 25 |                                     |
| 15000-49999                           |     | 53                                       | 20 | 75                   | 26 |                                     |
| 50000+                                |     | 18                                       | 7  | 11                   | 4  |                                     |
| Helseregion                           |     |  |    |                      |    |                                     |
| Øst                                   |     | 67                                       | 25 | 86                   | 30 | p=0.045                             |
| Sør                                   |     | 60                                       | 22 | 37                   | 13 |                                     |
| Vest                                  |     | 54                                       | 20 | 57                   | 20 |                                     |
| Midt-Norge                            |     | 46                                       | 17 | 50                   | 17 |                                     |
| Nord                                  |     | 42                                       | 16 | 56                   | 20 |                                     |

Tabell 5.4. Sammenligning mellom leger som hadde vært i samfunnsmedisinsk stilling mellom 1999 og 2002\* og leger som var registrert som nye i 2002\*. Individuelle faktorer for legene og karakteristikka ved kommunen i 2002. Antall og prosent, med signifikansnivå.

|                                       |                 | Forble i SM** stilling<br>1999-2002<br>N=323 |    | Nye i 2002<br>N= 230 |    | Signifikansnivå                    |
|---------------------------------------|-----------------|--|----|----------------------|----|------------------------------------|
| I 2002:                               |                 | antall                                       | %  | antall               | %  |                                    |
| Kjønn                                 | M               | 275  | 85 | 179                  | 78 | p=0.027                            |
|                                       | K               | 48   | 15 | 51                   | 22 |                                    |
| Alder                                 |                 | 51.7 (49.1-54.2)                             |    | 44.5 (43.3-45.8)     |    | 95% KI for<br>differansen: 5.7-8.7 |
| Tid i nåvær still                     |                 | 9.8 (8.0-11.5)                               |    | 2.9 (2.1-3.8)        |    | 95% KI for<br>differansen: 5.0-8.8 |
| Spesialitet i<br>samfunns-<br>medisin | ja              | 179  | 55 | 44                   | 19 | p=0.000                            |
|                                       | nei             | 144  | 45 | 186                  | 81 |                                    |
| Spesialitet i<br>allmenn-<br>medisin  | ja              | 179  | 55 | 79                   | 34 | p= 0.000                           |
|                                       | nei             | 144  | 45 | 151                  | 66 |                                    |
| Tilknytningsform                      |                 |  |    |                      |    | p=0.203                            |
|                                       | Fastlønn        | 65   | 31 | 45                   | 38 |                                    |
|                                       | Fastlønn/privat | 147  | 69 | 75                   | 62 |                                    |
| Kommunestørr.                         |                 |  |    |                      |    | p=0.576                            |
|                                       | 1-1999          | 41   | 13 | 51                   | 22 |                                    |
|                                       | 2000-4999       | 88   | 27 | 53                   | 23 |                                    |
|                                       | 5000-14999      | 92   | 29 | 59                   | 26 |                                    |
|                                       | 15000-49999     | 71   | 22 | 47                   | 20 |                                    |
|                                       | 50000+          | 30   | 9  | 20                   | 9  |                                    |
| Helseregion                           | Øst             | 88   | 27 | 53                   | 23 | p=0.912                            |
|                                       | Sør             | 53   | 17 | 51                   | 22 |                                    |
|                                       | Vest            | 69   | 21 | 45                   | 20 |                                    |
|                                       | Midt-Norge      | 59   | 18 | 41                   | 18 |                                    |
|                                       | Nord            | 53   | 17 | 40                   | 17 |                                    |

\* 10 leger dekket i 2002 2 stillinger hver, og 1 lege dekket 3 stillinger. Disse er talt med ut fra stillingene de innehar

\*\* samfunnsmedisinsk

Tabell 5.5. Sammenligning mellom leger som kom ny inn i samfunnsmedisinsk stilling mellom 1994 og 1999 og mellom 1999 og 2002. Individuelle faktorer og karakteristika ved kommunen i 2002. Antall og prosent, med signifikansnivå.

|                               |                 | Nye inn i kommunal SM* stilling i 1999<br>N=286 |     | Nye inn i kommunal SM* stilling i 2002<br>N=230 |    | Signifikansnivå |
|-------------------------------|-----------------|---|-----|---|----|-----------------|
|                               |                 | antall  | %   | antall  | %  |                 |
| Kjønn                         | M               | 219   | 77% | 179   | 78 | ns              |
|                               | K               | 67  | 23% | 51  | 22 |                 |
| Alder                         |                 | 45.8 (44.8-46.8)                                |     | 44.5 (43.3-45.8)                                |    | ns              |
| Tid i nåværende stilling      |                 | 2.7 (2.2-3.2)**                                 |     | 2.9 (2.1-3.8) †                                 |    | ns              |
| Spesialitet i samfunnsmedisin | ja              | 36  | 13  | 44  | 19 | p=0.047         |
|                               | nei             | 247   | 87  | 186   | 81 |                 |
| Spesialitet i allmennmedisin  | ja              | 133   | 47  | 79  | 34 | p=0.004         |
|                               | nei             | 150   | 53  | 151   | 66 |                 |
| Tilknytningsform              | Fastlønn        | 88  | 49  | 45  | 38 | p=0.042         |
|                               | Fastlønn/privat | 90  | 51  | 75  | 62 |                 |
| Kommunestørr.                 | 1-1999          | 55  | 19  | 51  | 22 | p=0.094         |
|                               | 2000-4999       | 75  | 26  | 53  | 23 |                 |
|                               | 5000-14999      | 70  | 25  | 59  | 26 |                 |
|                               | 15000-49999     | 75  | 26  | 47  | 20 |                 |
|                               | 50000+          | 11  | 4   | 20  | 9  |                 |
| Helseregion                   | Øst             | 86  | 30  | 53  | 23 | p=0.059         |
|                               | Sør             | 37  | 13  | 51  | 22 |                 |
|                               | Vest            | 57  | 20  | 45  | 20 |                 |
|                               | Midt-Norge      | 50  | 17  | 41  | 18 |                 |
|                               | Nord            | 56  | 20  | 40  | 17 |                 |

\* samfunnsmedisinsk

\*\* 18 personer anga mer enn 6 år i nåværende stilling

† 5 personer anga mer enn 4 år i nåværende stilling

Tabell 5.6. Yrkesmessig plassering i 2002 av 159 leger som i 1999 var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling men som hadde sluttet før 2002, sammenliknet med 115 leger som sluttet mellom 1994 og 1999. Antall og prosent.

| Stilling innenfor                         | Sluttet mellom 1994 og 1999* |            |                                     |            |           |            | Sluttet mellom 1999 og 2002† |            |                                     |            |            |            |
|---|------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|-----------|------------|------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|------------|------------|
|   | Alle                         |            | Spesialist i samfunnsmedisin i 1999 |            |           |            | Alle                         |            | Spesialist i samfunnsmedisin i 2002 |            |            |            |
|   | ant                          | %          | ja                                  |            | nei       |            | ant                          | %          | ja                                  |            | nei        |            |
|   |                              |            | ant                                 | %          | ant       | %          |                              |            | ant                                 | %          | ant        | %          |
| Klinisk virksomhet                        | 80                           | 70         | 49                                  | 67         | 31        | 74         | 120                          | 75         | 31                                  | 60         | 89         | 82         |
| Derav                                     |                              |            |                                     |            |           |            |                              |            |                                     |            |            |            |
| på kommunalt nivå                         | 56                           | 49         | 33                                  | 45         | 23        | 55         | 99                           | 62         | 23                                  | 45         | 76         | 70         |
| i spesialisthelsetjen.                    | 24                           | 21         | 16                                  | 22         | 8         | 19         | 21                           | 13         | 8                                   | 15         | 13         | 12         |
| Folketrygd/RTV                            | 2                            | 2          | 2                                   | 3          | 0         | 0          | 3                            | 2          | 2                                   | 4          | 1          | 1          |
| Sentral helseforvaltning                  | 9                            | 8          | 7                                   | 10         | 2         | 5          | 9                            | 6          | 7                                   | 14         | 2          | 2          |
| Universitet/forskning                     | 1                            | 1          | 1                                   | 1          | 0         | 0          | 5                            | 3          | 2                                   | 4          | 3          | 3          |
| Internasjonalt helsearbeid                | 0                            | 0          | 0                                   | 0          | 0         | 0          | 1                            | 1          |                                     |            | 1          | 1          |
| Annet kommunalt engasjement               | 5                            | 4          | 3                                   | 4          | 2         | 5          | 6                            | 4          | 2                                   | 4          | 4          | 4          |
| Registrert som kommunal samfunnsmedisiner | 6                            | 5          | 5                                   | 7          | 1         | 2          |                              |            |                                     |            |            |            |
| Pensjonist                                | 8                            | 7          | 2                                   | 3          | 6         | 14         | 15                           | 9          | 7                                   | 14         | 8          | 7          |
| Annet                                     | 4                            | 3          | 4                                   | 5          | 0         | 0          |                              |            |                                     |            |            |            |
| <b>Totalt</b>                             | <b>115</b>                   | <b>100</b> | <b>73</b>                           | <b>100</b> | <b>42</b> | <b>100</b> | <b>159</b>                   | <b>100</b> | <b>51</b>                           | <b>100</b> | <b>108</b> | <b>100</b> |

\* Data fra Den Norske Legeforenings medlemsregister i 1999

† Data fra våre spørreskjemaundersøkelser

Tabell 5.7. Fremtidsplaner på kort sikt for leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger. 1994, 1999 og 2002. Antall og prosent, med signifikansnivå.

| Planer om ny jobb innen 12 måneder          | 1994     |          | 1999     |          |          |          | 2002     |          |    |   | Signifikant nivå differans 1999-2002 |    |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----|---|--------------------------------------|----|----------|
|   | Ja       | Nei      | Ja       | Nei      | Ja       | Nei      | Ja       | Nei      |    |   |                                      |    |          |
|   | antall % | antall % | antall % | antall % | antall % | antall % | antall % | antall % |    |   |                                      |    |          |
| - innen samfunnsmedisin                     | 20       | 8        | 246      | 92       | 21       | 7        | 289      | 93       | 18 | 6 | 293                                  | 94 | ns       |
| - innen annet medisinsk arbeid              | 50       | 19       | 209      | 81       | 58       | 21       | 224      | 79       | 29 | 9 | 278                                  | 91 | p=0.0003 |
| - i annen kommune                           | 29       | 11       | 228      | 89       | 29       | 10       | 253      | 90       | 21 | 7 | 284                                  | 93 | ns       |
| - på annet forvaltningsnivå/ privat praksis | 37       | 15       | 213      | 85       | 50       | 19       | 219      | 81       | 25 | 8 | 277                                  | 92 | p=0.0003 |



Tabell 5.8. Fremtidsplaner på lang sikt for leger i kommunal samfunnsmedisinsk stilling. 1999 og 2002. Antall og prosent, med signifikansnivå.

| År   | Søke bort fra kommunal SM*<br>stilling før pensjonsalder? |    |        |    | Signifikansnivå<br>for forskjell<br>mellom 1999 og<br>2002 | Gjennomsnittlig<br>antall år før søke<br>bort fra SM<br>stilling | 95% KI for<br>differansen i<br>antall år<br>mellom 1999<br>og 2002 |
|------|---|----|--------|----|--|--|--|
|      | ja  |    | nei    |    |  |  |  |
|      | antall  | %  | antall | %  |  |  |  |
| 1999 | 217   | 59 | 153    | 41 |  | 3.5 år (3.0-4.0)   |  |
| 2002 | 134   | 44 | 173    | 56 | p=0.0001   | 5.2 år (4.5-5.9)   | (0.8-2.6)  |

\* samfunnsmedisinsk

Tabell 5.9. Fremtidsplaner på lang sikt for leger som har vært i samfunnsmedisinsk stilling tidligere og spesialister i samfunnsmedisin som ikke var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i henholdsvis 1999 og 2002. Antall, prosent, med signifikansnivå.

| År   | Søke til kommunal SM*<br>stilling før pensjonsalder? |    |        |    | Signifikansnivå<br>for forskjell<br>mellom 1999 og<br>2002 | Gjennomsnittlig<br>antall år før søke<br>til SM* stilling | 95% KI for<br>differanse i<br>antall år<br>mellom 1999<br>og 2002 |
|------|--|----|--------|----|--|---|---|
|      | ja   |    | nei    |    |  |   |   |
|      | antall   | %  | antall | %  |  |   |   |
| 1999 | 19   | 20 | 76     | 80 |  | 7.0   |   |
| 2002 | 24   | 9  | 260    | 91 | p=0.002  | 4.8   | (-0.5-4.9)  |

\* samfunnsmedisinsk

Tabell 5.10. Betydning av ulike tiltak for bedre ivaretagelse av samfunnsmedisinske og andre offentlige legetjenester. Rådmenn, ordførere, samfunnsmedisinere og fastleger. 2001 og 2002. Prosent.

| Tiltak                                  | 2001                      |                         |                |  | 2002                      |                         |    |  |
|---|---------------------------|-------------------------|----------------|--|---------------------------|-------------------------|----|--|
|   | Alle<br>Grad av betydning |                         |                | Samfunns-<br>medisinere<br>Stor/<br>avgjørende | Alle<br>Grad av betydning |                         |    | Samfunns-<br>medisinere<br>Stor/<br>avgjørende |
| Uten/<br>liten                          | Noe                       | Stor/<br>avgjør<br>ende | Uten/<br>liten |  | Noe                       | Stor/<br>avgjør<br>ende |    |  |
| Øke antall timer for samfunnsmedisinere | 34                        | 24                      | 42             | 47   | 33                        | 22                      | 45 | 51   |
| Fordele arbeidet på flere leger         | 49                        | 21                      | 31             | 39   | 51                        | 17                      | 32 | 37   |
| Fordele arbeidet på færre leger         | 67                        | 12                      | 21             | 22   | 64                        | 10                      | 26 | 20   |
| Øke antall timer for andre yrkesgrupper | 25                        | 25                      | 50             | 53   | 24                        | 27                      | 49 | 34   |
| Endre intern organisering i kommunen    | 52                        | 18                      | 30             | 30   | 42                        | 18                      | 40 | 44   |
| Interkommunale ordninger                | 22                        | 20                      | 58             | 62   | 17                        | 14                      | 69 | 62   |
| Lokale/regional utdanningsprogram       | 10                        | 28                      | 62             | 66   | 7                         | 20                      | 73 | 78   |
| Stimulere spesialist-utdanningsprogram  | 12                        | 26                      | 62             | 73   | 15                        | 24                      | 61 | 77   |
| Økt kontaktnett                         | 17                        | 32                      | 51             | 69   | 13                        | 25                      | 62 | 81   |



## **KAPITTEL 6. ÅRSAKER TIL Å GÅ UT AV OG BETINGELSER FOR Å VENDE TILBAKE TIL KOMMUNALE SAMFUNNSMEDISINSKE STILLINGER.**

### *Innledning*

Høy grad av diskontinuitet og økende vakanse i kommunale samfunnsmedisinske stillinger er beskrevet i kapittel 5. I dette kapitlet redegjør vi for forhold som kan kaste lys over årsakene til disse problemene, nemlig hvilke årsaker som angis for å slutte i og hvilke betingelser som stilles for å gå tilbake til slik stilling.

Vi spurte i 1999 og 2002 leger som var ansatt i kommunal samfunnsmedisinsk stilling om de hadde vært ansatt i noen annen slik stilling og om hvorfor de sluttet. Vi stilte samme spørsmål til spesialister i samfunnsmedisin som på undersøkelsestidspunktene ikke var ansatt i noen kommunal samfunnsmedisinsk stilling og til leger vi visste hadde vært ansatt i slik stilling i 1994 men hadde sluttet før 1999.

Respondentene besvarte spørsmålet om de hadde vært i en (annen) kommunal samfunnsmedisinsk stilling i løpet av de siste fem år. De gav åpne, kvalitative beskrivelser av hvorfor de sluttet i slik stilling. All tekst er punchet og analysert.

Det å velge å slutte i en stilling er ofte et sammensatt anliggende. Ikke minst vil det å slutte i en leder- eller på andre måter fremskutt posisjon kunne være svært komplisert. Vi antar ut fra mange uttalelser at dette er tilfelle for mange samfunnsmedisinere. Våre respondenter svarte i korte setninger og stort sett med totalt sett få ord. Meningsinnholdet ble da kanskje for komprimert og forkortet i forhold til den erfaring som ligger bak. Tolkningene må derfor gjøres varsomt.

Vi velger å presentere meningsinnholdet først, og deretter se på forskjeller mellom 1999 til 2002 i forhold til de typer årsaker som angis.

### *Kategorisering av meningsholdet*

For å analysere de kvalitative dataene tok vi utgangspunkt i Karasek's krav-kontroll modell for analyse av jobb-krav og jobb-kontroll i forhold til helse (1). Modellen er kritisert for å være begrenset for anvendelse på arbeide innenfor serviceyrker som for eksempel helsetjenester (2). I forhold til forståelse av helseforskjeller har også fysiske arbeidsforhold og sosial støtte på arbeidet vært inkludert som nødvendige dimensjoner (3). Karasek's modell og de supplerende modellene baserer seg på større spørsmålsinstrumenter som samlet kan si noe om kvaliteten av arbeidsplassen.

Modellene brukes oftest som bidrag i helserelatert forskning, mens vi bruker dem for å relatere til valg i forhold til å slutte i arbeidssituasjonen. Vi har brukt operasjonaliseringen av modellene til å "kjenne igjen" de meninger respondentene gav uttrykk for, for å finne hovedkategorier i beskrivelsene. Våre respondenters tekst viste seg også å ha andre dimensjoner som vi ikke fant riktig å plassere inn i disse kategoriene, og vi har valgt kategorier som vi presenterer gjennom eksempler fra respondentene i de følgende avsnitt.

### *Historiene*

Av de mange beskrivelser av årsaker til å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling var det noen besvarelser som var mer utfyllende historier som gav dybde også til de kortere uttalelsene. Vi har analysert tekstene og funnet at meningsholdet lar seg kategorisere innenfor 5 hovedkategorier. Disse er ikke klart gjensidig ekskluderende, men de gir etter vår mening en mulighet til å forstå mange av de problemstillinger som kommunal samfunnsmedisin representerer for stillingsinnehaverne.

I denne presentasjonen av meningsinnholdet trekker vi frem kun et lite antall uttalelser som eksempler eller spesielt illustrerende faktorer. Flere uttalelser inneholder elementer som kan passe under flere overskrifter, men bruker vi dem i liten grad slik. Vi har i denne delen ikke funnet grunn til å skille analysene for 1999 og 2002.

### *Struktur*

Mange anga at arbeidsmengden og ansvaret ble for stor i forhold til den arbeidstid de var ansatt på for å dekke oppgavene:

- "- meget stor og urimelig arbeidsbyrde. Stort tidspress."*
- "- arbeidet uoversiktlig og uoverkommelig"*

Ubalanse mellom arbeidsmengde og andre ressurser enn egen arbeidstid, både manglende egen kompetanse og kapasitet og medarbeidere inngikk også:

- "- papirmengden er mangedoblet siden jeg startet som distriktslege i 1976, uten at tilgjengelig tid (eller min intellektuelle kapasitet!) er øket"*
- "- Umulig arbeidsmengde/oppgaver i forhold til ressurser og egen kapasitet"*
- "- ikke tid til å skaffe og vedlikeholde kompetansen"*
- "- mye tidsbruk på rene sekretærfunksjoner"*
- "- fratatt sine medarbeidere"*
- "- utkantkommune med uttalt rekrutteringssvikt...arbeidet gikk med til allmenmedisin, kontorledelse og rekruttering av vikarer i stor grad."*

Som vi skal vise også senere, ble dette koplet til følelse av manglende nytte av innsatsen:

- "Vanvittig ansvar hvis jeg skulle ta stillingsinstruksen alvorlig - uten tilsvarende ressurser eller reell innflytelse."*
- "- mye arbeide uten resultater av betydning"*

De fleste samfunnsmedisinere kombinerte samfunnsmedisinske arbeid med pasientrettet arbeid, både på dagtid og gjennom vaktjeneste. Når så mange ulike arbeidsoppgaver skal dekkes fremkommer det spenninger på flere måter, som vi skal vise senere. På det strukturelle planet var det tydelig vanskeligheter knyttet til arbeidsmengden:

- "- Mengder med papir og oppgaver - umulig å kombinere med legepraksis og hyppig vakt"*

På det strukturelle planet forekom lønn relativt ofte som et argument for å slutte, gjennom at alternative stillinger var bedre avlønnet enn den samfunnsmedisinske stillingen de forlot:

- "- Dobbelt lønn ved å gå over i til kurativ praksis på normaltariffen"*
- "- dårlig avlønning i forhold til ansvar og offentlig eksponering (som ass.lege på sykehus tjener jeg 150 000 kr mer i året - uten øket arbeidsbelastning!)"*

En spesiell variant av det som kan kalles arbeidsgivers uforutsigbarhet på det strukturelle området kom også frem som årsak til å slutte:

- "- kommunen satte ned arbeidstiden min fra 18 til 14 timer uka mot min vilje. Følte meg trakka på, mista inspirasjonen til å stå på for kommunen"*
- "- kommunal bestemmelse om å redusere arbeidstiden for helsesjef/KL fra 15 til 7.5 timer per uke (i forbindelse med kommunal omstilling)"*

*"- man har lurt mange ukvalifiserte til å gjøre venstrehåndsarbeid i deltidsstillinger og de kommer like fort som de slutter"*

Og et siste sett av argumenter som ble brukt innenfor den strukturelle kategori er følgende omkring muligheter for kompetanseheving:

*"- ble avvist søknad om permisjon med lønn for kurs i samfunnsmedisin ved Folkehelse"  
"- boikott av samfunnsmedisinsk utdanning"*

#### *Organisasjon*

Innenfor dette hovedområdet av årsaker til å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling inngår det i hovedsak argumenter knyttet til ubalanse mellom ansvar og myndighet, av betydning for følelse av gjennomslag. Spesielt var ubalansen i forhold til øvrig administrasjon og det politiske nivå tydelig.

*"- kommunens vingeklipping av myndighet og muligheter til å påvirke, skulle helst være alibi og ikke noe annet"*  
*"- gisselfunksjon uten reell innflytelse i mange saker"*  
*"- for sterk politisk styring av arbeidsoppgavene"*  
*"- var marginalisert i det politiske premissleverandørarbeidet"*  
*"- lite politisk vilje til å ta konsekvensen av faglige råd"*  
*"- marginalisering av medisinsk faglig rådgivning"*  
*"- Liten innflytelse, vanskelig å være tilstede i de riktige diskusjonene"*  
*"- har ikke særlig innflytelse på noen sak - tar for mye tid å sette seg i posisjon til innflytelse i våre dager i de saker der jeg MÅ ha innflytelse"*  
*"- uklare oppgaveforhold i forhold til teknisk etat/miljøavdeling/helse-og sosialsjef/kommuneadministrasjon"*  
*"- forholdet til kommuneadministrasjonen, som ønsket å redusere meg til en saksbehandler og som ikke tok hensyn til mine tilrådinger"*  
*"- dårlig organisert politikerkontakt, dårlig påvirkningskraft, dominerende merkantile rutineoppgaver med liten relevans, vansker med å oppvise entusiasme i tverrfaglig arbeid, jeg måtte stadig skuffe sykepleiere m.fl. med alle mulige vyer"*  
*"- samfunnsmedisineren blir stående alene i å forvalte lovverket uten noen posisjon i kommune eller bydel"*  
*"- samfunnsmedisin i kommunehelsetjenesten er uklart definert og lite etterspurt"*  
*"- arbeidsinstruks fantes ikke, få viste hva du som samfunnsmedisiner skulle gjøre og få etterspurte din innsikt"*  
*"- Det er mye å si om denne saken, men hvem etterspør våre erfaringer og kompetanse? Svar: INGEN!"*  
*"- for liten selvstendighet i beslutningsprosessen"*  
*"- ROT! Lite samsvar mellom ansvar og myndighet/liten interesse/ingen klare mål"*  
*"- innholdet (i kommunelege I - betegnelsen) er blitt lite entydig både for publikum, politikere og kommunenes administrative enheter"*

I flere uttalelser er det ikke så tydelig skillelinje mellom konflikt med øvrig administrasjon og med politisk nivå. Det er nesten som om at disse to nivåer for mange samfunnsmedisinere

fremstår som ett, - forskjellig fra og altså i konflikt med det samfunnsmedisineren mener seg å representere.

Samfunnsmedisinerens organisatoriske plassering fremstår som kompleks også ut fra følgende beskrivelse, som forklarer utfordringer for alle involverte. Det kan oppfattes som subtile styrings- eller eksklusjonsmekanismer, som ut fra at 90% av samfunnsmedisinerne er i deltidsstillinger kan antas å representere i det minste en utfordring og kanskje også en mulighet i svært mange kommuner:

*"- møter flyttes og samfunnsmedisineren kommer ikke (fordi det er allmennmedisinsk dag), vil ... etter hvert bli vurdert som ikke interessert og etter hvert ikke innkalt"*

Ubalanse mellom ansvar og myndighet i forhold til det faglige miljøet kommer også frem som årsaker til å slutte:

*"- manglende innflytelse på utføring av helsetjenester og opplegg av miljørettet helsevern"*

*"- manglende faglig innflytelse og anerkjennelse"*

*"- det skaper ikke tillitt til kommunelegearbeidet at kommunelegen har arbeidsoppgaver som andre kan bedre. Eksempel på dette er teknisk miljøhygiene, økonomistyring og budsjettering"*

Og flere har liten tro på samfunnsmedisinerens fremtid ut fra erfaringer omkring organisering:

*"- opplevde å bli isolert, en håpløs stilling - "rådgivende oppgaver" - det var ikke noe for meg"*

*"- KLI er et nødvendig "onde" i kommunebyråkratiet. Ingen betydningsfull stilling."*

*"- ingen utsikt til bedring av samfunnsmedisinerens rolle i kommunen"*

Dette kan igjen kanskje oppfattes å ha sammenheng med følgende type uttalelser omkring de overordnede betingelser for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunal sektor:

*"- sentrale helsestyresmakter har ikke vært flinke nok til å definere samfunnsmedisinerens rolle godt nok"*

*"- Organisering av kommunehelsetjenesten i små kommuner er for dårlig i forhold til faglig utvikling"*

### *Interpersonelle forhold og sosial støtte*

Også på dette området syntes det å være to ulike nivåer involvert - i forhold til den kommunale ledelse og i forhold til faglig støtteverk lokalt og utenfor kommunen.

I forhold til kommunal ledelse dreide det seg både om spor av den tidligere nevnte konflikten mellom ansvar og myndighet og om interpersonelle og til dels profesjonsrelaterte konflikter:

- "- etter hvert sviktende tillit til ledelse"*
- "- HS-sjef sosionom - innført "sosionomstyre". Alt skulle overprøves av ham og jeg følte meg umyndiggjort"*
- "- uløselig konflikt med arbeidsgiver om ansvar og myndighet"*
- "- konflikter i forhold til deler av politisk administrasjon"*
- "- å få støtte på at alt samfunnsmessig arbeide krevde tid var alltid veldig vanskelig"*
- "- manglende legitimitet til SM arbeid fra kommunal administrasjon og kolleger"*
- "- manglende respekt fra kommuneledelsens side"*

Mangelen på faglig støtteverk ble klart formulert av mange:

- "- organisatorisk splittelse (i helsetjenesten). Samordning/samarbeid vanskelig."*
- "- mangel på lagånd"*
- "- korpsånden svakere"*
- "- mangler faglig miljø - et kollegium"*
- "- mangel på kolleger med samf.medis. interesse i det daglige arbeide: faglig ensomhet"*
- "- mangler en samfunnsmedisinsk annenlinjetjeneste å diskutere med"*
- "- manglende faglig ryggdekning (se fylkeslegens nåværende rolle) og manglende fagmiljø"*

På den annen side anerkjennes det øvrige apparat i kommunen i positive ordelag, - om enn med en viss beklagelse:

- "- mange aktører i feltet gjør en god jobb og gjør at man føler seg overflødig"*
- "- det skaper ikke tillitt til kommunelegearbeidet at kommunelegen har arbeidsoppgaver som andre kan bedre. Eksempel på dette er teknisk miljøhygiene, økonomistyring og budsjettering"*

### *Faglige forhold*

Mange beskrev konflikter i grensesnittet mellom fag og politikk og fag og administrasjon og begrensninger i forhold til faglig utfoldelse som årsaker til å slutte i samfunnsmedisinsk stilling. Dette kan sees i relasjon til den kategorien "Organisasjon", men vi finner at det i materialet redegjøres for en dypere faglig konflikt utover det rent organisatoriske i disse stillingene.

En vinkel på dette var at det ble for lite tid til det man kalte faglig arbeid.



- "- for mye administrasjon og for lite fag"*
- "- stillingen ble bortimot heldags administrativ stilling og mindre og mindre faglig innhold"*
- "- splittelse mellom fag og administrasjon"*
- "- den kommunale administrasjon klarte seg godt uten meg!"*

Dette betyr at noen av samfunnsmedisinerne ikke definerte administrasjon som en del av det faglige arbeidet. Dette er verdt å merke seg i forhold til debatten om hva samfunnsmedisinen er.

En annen vinkling på dette er de grunnleggende faglige utfordringer i samfunnsmedisinen. Flere respondenter beskrev hvordan de opplevde å arbeide med ting de tydeligvis mente ikke tilhørte kjerneområder for samfunnsmedisin:

- "- Jeg kjeder meg. Hvor er de store og viktige sakene? "*
- "- økende byråkrati, stadig større bunker med intetsigende rundskriv og høringsutkast"*
- "- dråpen i begeret: kvalitetssikringsarbeidet. Timevis med meningsløst og unyttig rutineskriving. Timer jeg ikke hadde eller ønsket bruke på slikt arbeid. "*
- "- opplevde arbeidet som trivielt og lite meningsfylt"*

I denne sammenheng er følgende uttalelse interessant, fordi respondenten uttrykte at kommunelegearbeidet ikke ga betingelser for godt (nok) samfunnsmedisinsk arbeid:

- "- jeg sluttet som kommunelege for å bli bedre i samfunnsmedisin"*

Mange går dypere inn i dette og beskriver konflikt mellom fag og politikk og fag og administrasjon på dette forvaltningsnivået i klare vendinger:

- "- samfunnsmedisinsk/akademisk arbeid/hypotesedannelse, testing og etterprøving blir lite forstått av ledere i kommunal forvaltning"*
- "- håpløs oppgave å skulle være befolkningens talsmann i helsesaker og samtidig avkreves kommunal lojalitet. Dette dilemma gikk på helsen løs. "*
- "- habilitetsproblem i kombistilling"*
- "- hvem skal ha råd om hva? Bare helse- og sosialsjefen? Bare rådmannen? Bare politikerne? Bare medarbeiderne? Skal rådene gis uoppfordret, eller bare når det er etterspurt? ... Jeg opplevde at teknisk etat syntes det var utidig innblanding i deres arbeid når kommunelegen uttalte seg om reguleringsplaner, sykepleiertjenesten syntes opplevde det som innblanding når kommunelegen uttalte seg om planlegging av tjenester for eldre og funksjonshemmede. Og politikerne opplevde det som utidig politisering når kommunelegen gikk ut med meninger i aktuelle lokale helsepolitiske saker"*
- "- det er sagt for lite om forskjellen i å utføre ting og vite noe om hva som bør gjøres, og i hvilken rekkefølge"*
- "- kommunen ønsket ikke en synlig faginstans i stillingen"*

*" de godtok kun mine uttalelser når jeg var enig med deres prioriteringer (særlig økonomiske). De viste tydelig at de mislikte hvis jeg uttrykte skepsis til kommunens valg"*

*"- helsefarlige forhold skulle ikke fokuseres når det ikke passet i budsjettet"*

*"- problemet er ikke økonomistyringen, men økonomenes "rasjonalitet". For eksempel årsrapporter som bare inneholder budsjettall, mens faglig innhold oppfattes som uviktig"*

*"- konflikter- kommunens representant - utfordrer, kontrollør - inspirator"*

*" - dårlig organisert politikerkontakt, dårlig påvirkningskraft, dominerende merkantile rutineoppgaver med liten relevans, vansker med å oppvise entusiasme i tverrfaglig arbeid, jeg måtte stadig skuffe sykepleiere m.fl. med alle mulige vyer"*

I mange av disse uttalelsene lå et uttrykk for stort engasjement og ønske om deltagelse i de prosesser som foregikk. Tydeligst kom kanskje dette til uttrykk i den følgende uttalelsen:

*"- En kommunal kultur preget av beslutningsvegring, ansvarsfraskrivelse. Sjefen sa: Ikke gå så opp i jobben din!"*

Samfunnsmedisinerens mangfoldige rolle både som del av forvaltningsapparatet og klinisk virksomhet har mange sider, og konflikten mellom samfunnsmedisinsk og allmennt medisinsk fagområde kommer igjen frem som årsak til å slutte i stilling:

*"- vanskelig å holde tritt med både medisinske nyheter som angikk pasientarbeidet og administrative nyheter, alle jeg kjenner har innrømmet at det er et problem å få fulgt godt med i klinisk hverdag når en skal spre oppmerksomheten såpass vidt som her er nødvendig"*

*"- habilitetsproblem i kombistilling"*

Press på arbeidstid ble nevnt foran som en strukturell faktor, sammen med mange og bredt definerte arbeidsoppgaver. Det ligger blant annet spørsmål om muligheter til å opprettholde og utvikle faglig kompetanse under dette:

*"- sjelden kunne fordype seg faglig, men måtte stadig ha en mening om mangt og mye"*

*"- mangler oversikt og kunnskap. Hvordan vite alt, holde seg á jour og finne relevant kunnskap"*

*"- For lite rom for selvstendig samfunnsmedisinsk faglig arbeid og utvikling"*

*"- mangel på faglig utfordring/utviklingsmuligheter"*

Noen hadde helt mistet troen på samfunnsmedisinen som fag, selv om det var få som uttalte seg så krast som denne:

*"- overbevisning om at hele tenkningen i samfunnsmedisin er foreldet, feil og mangelfull. Ti bortkastede år!"*

Mens andre viste seg å ha tatt i bruk en strategi i form av grensning av området for engasjement:

*"- jeg holder fast med mitt lille domene MHV (miljørettet helsevern), som er et av feltene som virkelig er synlig i jobben som KLI"*

Manglende kompetanse i kommuneorganisasjonen for øvrig får betydning for egen faglig utfoldelse:

- "- man kan i dag få lov å mene og synse sammen med andre uten samfunnsmedisinsk kompetanse - og det er de uten kompetanse som fatter beslutningene!"*
- "- liten kommune med fraflyttningsproblem, utarming av de beste byråkratene, med inkompetanse som resultat"*
- "- ufri i forhold til "uprofesjonell" kommuneadministrasjon/politikere"*

#### *Personlige forhold*

En del hadde vært innom kommunal samfunnsmedisin og funnet at dette ikke passet deres personlig-faglige preferanser:

- "- feltet er ikke mitt interessefelt"*
- "- mislikte å være en person som måtte svare media ved problem i kommunen"*
- "- Karriereveien er usikker"*

For flere var den faglige identitet kommet på stress gjennom arbeidet:

- "- mistet etter hvert identitetsfølelsen som lege, lurte selv på hva jeg drev med etter hvert. Ren økonomi/budsjett/årsmelding/regnskap så jeg ikke på som legearbeid"*
- "- Ønsket snevrere arbeidsfelt, mer legearbeid"*
- "- frykt for å miste kompetanse som lege- trives så mye bedre som kliniker igjen"*
- "- jeg forstod ikke de økonomiske og budsjettmessige forholdene i "krumspringene" og kjente at dette ville jeg ikke mer. Jeg savnet pasientene og deres daglige vitamininnsprøytninger av smil og takknemlighet. "*

Innenfor denne kategorien har vi mange uttalelser på at familiær forhold var årsak til at de sluttet, for eksempel hensyn til ektefelles trivsel og arbeid, barns utdanning og sykdom/pensjonering, geografiske og en del andre forhold som respondentene tydelig uttrykte ikke hadde relasjon til arbeidssituasjonen. Vi har akseptert deres presentasjon og tatt dem med under denne kategorien.

#### *Men det finnes også andre historier om å slutte ...*

En forflytning FRA en kommunal samfunnsmedisinsk stilling kan også være en flytting TIL en annen slik eller lignende stilling. Det kan også ligge familiære eller andre motiver bak, som er helt uavhengig av de kategoriene vi har angitt ovenfor. Da kan en slik karrieremessig forflytning være høyst positivt ladd, eller bli omtalt i positive ordelag. Det gjør også noen av våre respondenter, selv om de ikke utgjør en stor andel, - slik som disse:

*"- Flytte til større kommune med bedre miljø for folkehelsesak"  
"- meget utfordrende stilling om dere tror det eller ei! "  
"- mange adm. oppgaver, men til gjengjeld stor frihet"*

#### *Semikvantitative analyser av årsaker til å slutte*

Vi har altså kategorisert alle utsagn i de kategorier som er presentert ovenfor (tabell 6.1). Dette gir en viss mulighet til å analysere dem i forhold til en del uavhengige variabler.

Det er forskjell mellom de inkluderte gruppene, i det de leger som sluttet i kommunal stilling mellom 1999 og 2002 ikke har gitt åpen besvarelse, men besvart et sett av kvantitative spørsmål. Disse redegjøres det for separat senere i dette kapitlet. Vi mener det ikke har større betydning for forståelsen av årsaker til å slutte i slik stilling.

Antallet personer som i 1999 og 2002 har angitt at de har slutterfaring i løpet av de siste fem år er likevel omtrent det samme, men slutterfaringer er beskrevet med flere utsagn per person med slutterfaring i 1999 enn i 2002 (hhv. 2.2 og 1.2 utsagn). Vi har ikke opplysninger om forskjellig antall slutterfaringer, men dette kan bidra til å forklare forskjellen. En annen mulig forklaring er at erfaringene hadde forskjellig karakter de to periodene, - at det hadde vært mer komplekse forhold rundt avslutninger den første perioden. Men det kan også dreie seg om forskjell i måte å omtale sine erfaringer på, - de som sluttet i perioden 1994-1999 kunne simpelthen ha mer på hjertet i forhold til sine avsluttede arbeidsforhold.

Det var ingen vesentlige forskjeller i fordelingen mellom årsaker til å slutte i 1999 og 2002. Begge år var strukturelle årsaker oftest forekommende og interpersonelle forhold og sosial støtte minst brukt som årsak til å slutte. Bruken av de øvrige faktorene var omtrent lik de to årene.

Det fremkommer imidlertid noen forskjeller når vi ser på detaljer i kategoriene (data ikke vist): Det var langt færre i 2002 enn i 1999 som angir hhv. lønn, arbeidsbelastning, vakanser blant kollegene (klinikere), overgang til annet fag/klinikk og familiære årsaker som årsak til å slutte.

Ingen av årene var det forskjeller ut fra kjønn, spesialitet i samfunnsmedisin, spesialitet i allmennmedisin eller kommunestørrelse (under 5000 /5000 eller flere innbyggere). Eldre, - over 45 år, anga i større grad organisatoriske og interpersonelle og i mindre grad personlige faktorer som årsak til å slutte.

Dette kan forstås som et uttrykk for at de eldre årsklasser var mer opptatte av organisatoriske og interpersonelle forhold i arbeidssituasjonen og at de mer personlige aspekter var mindre viktig for dem.

Det er altså ikke større forskjeller å spore verken mellom de to observasjonsperiodene eller avhengig av karakteristika ved legene eller kommunestørrelse for de kvalitative data vi har.

#### *Kvantitative data*

Leger som hadde sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling mellom 1999 og 2002 ble spurt om hvor viktig en del forhåndsdefinerte faktorer var for dem i forhold til å slutte (tabell 6.2). Disse kategoriene er noe forskjellig fra de vi kunne bruke for å kategorisere åpne svar og gir en annen kvantitativ tilgang til problemområdet.

Det fremkommer at selv å få bestemme hva gjøre, ansvarsmengde og å få bruke egen evner var nokså eller svært viktige. Men også miljøfaktorer og stillingsinstruks skåret høyt. Fysiske arbeidsforhold og frihet til å bestemme arbeidstempo ble skåret til minst viktig.

Frihet til å bestemme hva gjøre er slik vi ser det delvis knyttet opp til faglige dimensjoner, - prioriteringer mellom arbeidsoppgaver kan baseres på rene faglige kriterier. Men det har også sammenheng med organisatoriske dimensjoner, - prioriteringer av arbeidsoppgaver gjøres blant annet gjennom fordeling av oppgaver i organisasjonen, stillingsinstruks og overordnede prioriteringer av oppgaver. Bruk av egne evner relaterer til å føle seg kompetent og gjøre nytte for seg, føler at det en representerer er nyttig. Samlet sett uttrykker dette en ubalanse mellom faglig identitet, organisatoriske og strukturelle forhold.

#### *Hva er viktig for å vende tilbake til kommunal samfunnsmedisinsk stilling?*

Dynamikken rundt de samfunnsmedisinske stillingene kan også forstås ut fra hvordan de som har vært i slike stillinger vurderer dem i forhold til å kunne søke slik stilling på ny.

Vi spurte leger som hadde sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling mellom 1994 og 1999 eller som var spesialister og som ikke var registrert i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 1999 og 2002, om hvilken betydning en del forhåndsdefinerte faktorer hadde for dem i forhold til å vende tilbake til slik stilling (alle som er spesialister i samfunnsmedisin har på noe tidspunkt hatt kommunal samfunnsmedisinsk stilling). Disse faktorene var de samme som vi spurte om i

forhold til å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling, med unntak av to miljøfaktorer som ikke var med.

Det viste seg å være forbausende samsvar i vurderingen av disse faktorene fra 1999 til 2002 (tabell 6.3). De faktorene som hadde størst betydning var mulighetene til å bruke egne evner og lønnsforhold, mens minst betydning hadde fysiske arbeidsforhold og det å bestemme arbeidstempo.

Når vi holdt miljøfaktorene utenfor og altså sammenlignet bare på felles faktorer, var det også forbausende samsvar mellom rangering av de ulike faktorerers betydning i forhold til å slutte i og i forhold til å vende tilbake til kommunal samfunnsmedisinsk stilling (tabell 6.4) for de leger som fikk disse spørsmålene i 2002. Det var samme rangering for de viktigste og minst viktige faktorene, utover at lønnsforholdene hadde mindre relativ betydning i forhold til å slutte enn i forhold til å vende tilbake til slik stilling.

Respondentene skåret generelt høyere på samme faktor når det gjaldt å vende tilbake til samfunnsmedisinsk stilling enn i forhold til å slutte (fra 16-42 prosentpoeng høyere).

De tre mest betydningsfulle felles årsaker til både å slutte og å vende tilbake var å bruke egne evner, bestemme hva gjøre og ansvarsmengde, mens de som ble skåret lavest var igjen arbeidstempo og fysiske arbeidsforhold. Det var likevel små forskjeller mellom angivelsene for de ulike årsakene. Med unntak av fysiske arbeidsforhold og kontroll over eget arbeidstempo vurderte mer enn 70% ansvarsmengde, faglig autonomi, lønnsforhold og innhold i stillingsinstruks som svært eller nokså viktig.

Det er altså slik at leger som har sluttet i samfunnsmedisinske stilling skårer faktorer som bidrar til at de slutter som enda viktigere i forhold til å vende tilbake til kommunal samfunnsmedisinsk stilling. Det ligger intet uventet i dette: av skade blir man klok - erfaringen tilsier at de vil være ekstra nøye på at de faktorer som gjorde at de sluttet ikke repeterer seg i en eventuell lignende stilling.

Lønnsforholdene ble altså viktigere i forhold til å vende tilbake til slik stikk stilling enn de var i forhold til å slutte. Det har kanskje lignende bakgrunn: man vet hva slags stilling man snakker

om og vil ha kompensasjon for arbeidet, eller man er eller har vært i høyere avlønnte (kliniske) stillinger og ønsker ikke gå ned i lønn.

Alt i alt ser det ut som om leger som uttalte seg om dette i 1999 og i 2002 mente at de avgjørende faktorene for å skulle vende tilbake til kommunal samfunnsmedisinsk stilling hadde med mulighetene til å bruke egne evner, bestemme hva som skal gjøres og ansvarsmengde, - igjen et spørsmål om balanse mellom faglige identitet og utfordringer og organisatoriske og strukturelle forhold.

### *Diskusjon*

De kvalitative dataene vi har fra 1999 og 2002 om årsaker til å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling var ikke systematisk avgitt. De var derfor ikke nødvendigvis dekkende for hele gruppen. De er likevel nyttige, ikke minst fordi de er mange, lar seg kategorisere innenfor et relativt lite antall hovedkategorier og de er supplerende til kategoriene i spørreskjemaene. De er fortattede, legitime uttrykk for erfaringer, og gir inngang til en forståelse av en del kompliserte forhold rundt den samfunnsmedisinske yrkesrollen i kommunal sektor.

Å slutte i sin kommunale samfunnsmedisinske stilling var i mange av uttalelsene formulert som et stort sprang å ta, - for mange syntes det å ha vært med lang tids erfaring, etter lang tids vurdering og med sorg bestemmelsen ble tatt. For mange lå det tydeligvis et stort tap knyttet til å slutte. Dette kan selvsagt være knyttet til statusmessig stor fallhøyde, men det er likevel vårt inntrykk at det oftere hadde å gjøre med at de hadde engasjert seg sterkt og likevel erfart å komme til kort på noe vis.

Når vi altså så i detalj på det de anga som grunner til å slutte fant vi at bredden i og antallet arbeidsoppgaver, - den totale arbeidsmengde, - var for mange vanskelig å takle både innholds- og tidsmessig med de tilgjengelige ressurser og med usikkert resultat. Manglende incentiver i form av lønn og videreutdanning var også vanskelig for mange. Ubalanse mellom ansvar og myndighet og manglende avklaring av rolle og funksjon i forhold til både politisk nivå, øvrig administrasjon og faglig nivå i kommunene var viktige årsaker til å slutte.

Delvis med årsak i ovenfornevnte, men tydeligvis også med mer interpersonelle komponenter, ble konflikter i forhold til ulike nivåer i kommunen angitt som årsak til å slutte. I dette inngikk også mangel på organisatorisk og faglig støtte.

Mange beskrev grunnleggende konflikter i den samfunnsmedisinske fagutøvelsen i kommunene, - gjennom på den ene side oppgaver som de mente ikke tilhørte faget, på den annen side lite rom og forståelse for å utøve det de mente var faget. I dette lå for mange også en trussel på identitet som lege. De beskrev også iboende konflikter i de roller samfunnsmedisineren ble satt i, - som inspirator, pådriver og kontrollør. Kommunens øvrige kompetanse ble beskrevet både i negative og positive ordelag.

Denne oppsummeringen av de kvalitative dataene støttes delvis av de kvantitative dataene fra leger som hadde sluttet mellom 1999 og 2002.

Den kvantitative analysen av disse dataene har sine begrensninger, men antyder at det ikke var vesentlige endringer i årsaker til å slutte fra 1999 til 2002.

De kvantitative data vi har presentert omkring betingelser for å vende tilbake til kommunale samfunnsmedisinske stillinger samsvarer i stor grad med det som er angitt som årsaker til å slutte, selv om det er noe ulike detaljeringsgrad og vi har ulik metodikk. Dette er vel ikke overraskende - dette dreier seg om to sider av samme sak.

Romøren gjorde en evaluering av samfunnsmedisinernes erfaringer 2-3 år etter Kommunehelsetjenestereformen (4). Han undersøkte leger som fortsatt var i kommunelegestillinger og fant at i tillegg til de positive trekkene var kommunelegene mest opptatt av

- problemer med administrasjonen i kommunen
- profesjonsstrid
- problemer med privatpraktiserende
- ressurs- og fordelingsproblemer
- problemer med politikere

Dette er altså i stor grad overensstemmende med vår undersøkelse. Romøren's undersøkelse fanget imidlertid ikke opp de legene som allerede hadde forlatt kommunehelsetjenesten. Slike utgjør den vesentligste del av populasjonen som danner grunnlag for dette kapitlet. Romøren registrerte problemene blant leger i full virksomhet innenfor feltet, mens vi har fått informasjon om at problemene kan bli så uttalte at man velger å slutte.



Våre funn samsvarer også med øvrige erkjente problemer knyttet til kommunal samfunnsmedisin. I Folkehelsemeldingen (5) diskuteres både uklar profil og innhold i spesialiteten i samfunnsmedisin, uklarhet omkring kommunelegens rolle og status og omkring oppgaver og verktøy, mangel på fagmiljø og faglig støtte og økonomiske incentiver. Imidlertid mener vi at våre funn utdyper og utvider forståelsen for dynamikken omkring diskontinuitet og manglende rekruttering til de kommunale samfunnsmedisinske stillingene. Arbeidsmengde og -bredde i forhold til arbeidstid, ubalanse mellom ansvar og myndighet og konflikter som følge av kombinasjonsrollen som samfunnsmedisinere og kliniker har vært lite fokusert i tidligere diskusjoner, men viser seg altså å ha betydning i forhold til slutt-adferd.

Det ser ikke ut til at FLO har påvirket årsaksmønsteret som leger bruker som forklaring på hvorfor de har sluttet i kommunale samfunnsmedisinske stillinger. Det var omtrent samme mønster i angitte årsaker til å slutte før og etter oppstart av FLO, selv om vi så endringer av forekomsten av enkelte faktorer.

Dette kan forstås ut fra at FLO har liten betydning for mange av årsakene som ble gitt for å slutte i slik stilling. Kommunal organisering, maktfordeling og kompetansekrav til samfunnsmedisineren er i liten grad endret på grunn av eller samtidig med FLO.

Dekningen av og ansvarforholdet rundt klinisk arbeid er sannsynligvis blitt bedre, og lokalt faglig nettverk er utviklet i mange kommuner ved at man har fått etablert samarbeidsutvalg. Dette rydder og avlaster nok i forhold til samfunnsmedisinerne engasjement på allmennmedisinske og offentlige allmennmedisinske oppgaver. Imidlertid influerer dette i liten grad på de øvrige problemområdene som vi har presentert.

FLO i seg selv og samarbeidsutvalg eller lignende har nok krevd stor innsats fra samfunnsmedisinerne, noe som kan ha bidratt til mindre tid til annet samfunnsmedisinsk arbeid. Dette kan igjen ha gitt ytterligere redusert følelse av mestring av arbeidsmengde, mindre legitimitet, mindre gjennomslag og større frustrasjon.

I tillegg er en sentral ressursfaktor, - samfunnsmedisinerne egen arbeidstid (se kapittel 4) klart påvirket i negativ retning - en prosess som begynte før men ble klart videreført gjennom FLO. Fra våre analyser av årsaker til å slutte er ubalansen mellom krav og ressurser til å kunne fylle

kravene viktig - blant annet gjennom egen arbeidstid. Når man ikke har nok arbeidstid til å dekke kravene oppstår ubalanse og når den blir for stor slutter man.

På den annen side kan den identitetsskapende effekt og den faglige nettverksdannelse som økt eget klinisk engasjement kan gi ha kompensert noe av dette, og kan kanskje gi utsettelse av beslutning om å slutte, men vi tror ikke det bidrar vesentlig til at det samfunnsmedisinske arbeidet dekkes og/eller gjøres bedre. Dette fordi våre data også peker i retning av en konflikt mellom rollen som samfunnsmedisinere og kliniker.

#### *Konklusjon*

Vi konkluderer med at kommunale samfunnsmedisinere sluttet i sine stillinger på bakgrunn av manglende balanse mellom autonomi, kompetanse og ansvarsmengde. De hadde opplevd problemer med å finne balanse mellom krav og tilgjengelige ressurser, mellom ansvar og myndighet, mellom egen autonomi og den kommunale organisasjons krav, mellom faglige utfordringer, faglig ballast og faglig identitet i en sektor med varierende kompetanse i og støtte i og utenfor/utenfra organisasjonen. De opplevde rollekonflikter både i forhold til sine legekolleger i allmennmedisin, sitt eget forhold til allmennmedisin og i forhold til kolleger i kommuneorganisasjonen og politikere.

Alt i alt fremsto samfunnsmedisinerne med en sterk faglig orientering, hvor tilpasning til den kommunale struktur med administrative og politiske lag utenpå det faglige for mange hadde blitt så vanskelig at de har valgt å slutte.

Problemskomplekset rundt den kommunale samfunnsmedisinske legerollen har bestått i alle fall fra Kommunehelsetjenesteloven ble introdusert og består fortsatt. FLO har sannsynligvis ikke hatt noen direkte eller stor betydning i forhold til løsning av problemene. Men de må løses. Med en samfunnsmedisiner som er godt integrert i forhold til både kliniske kolleger, kommuneadministrasjon og det politiske miljø er sannsynligheten større for at vesentlige både faglige og helsepolitiske målsettinger både for allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk arbeid lar seg gjennomføre.

Dersom man ønsker økt rekruttering, større stabilitet og økt kvalitet i det samfunnsmedisinske arbeidet må man ta utgangspunkt i det som oppleves som problematisk av de involverte. Det er

sannsynlig at tiltakene må settes inn på flere felter og at engasjement både fra politisk og faglig hold er nødvendig.

#### REFERANSER:

1. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. United States of America: Basic Books, 1990.
2. Schrijvers CTM, Dike van de Mheen H, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *Int. J. Epidemiology* 1998; 27:1011-1018.
3. Söderfeldt B et al. Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. *Soc.Sci.Med.* 1996; 42, no. 9: 1217-1226.
4. Romøren TI. Kommunelegen: Vinner eller taper i kampen om en ny yrkesrolle? I Ellefsen B, Romøren TI (red). *Betalt for å hjelpe. Yrker og arbeid i velferdsstaten.* TANO, Kolbotn 1988.
5. St. meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

Tabell 6.1. Årsaker til å slutte i samfunnsmedisinsk stilling i 5-årsperioden før 1999 og før 2002. Antall og %. 1999 og 2002.

| Hovedkategori av årsak                               | 1999<br>N=906*<br>n=246** |            | 2002<br>N=867*<br>n=279** |            |
|--|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
|  | Antall                    | %          | Antall                    | %          |
| Struktur   | 155                       | 28         | 93                        | 27         |
| Organisasjon   | 110                       | 20         | 76                        | 23         |
| Interpersonelle forhold/<br>sosial støtte            | 57                        | 11         | 37                        | 11         |
| Faglige forhold                                      | 103                       | 19         | 68                        | 20         |
| Personlige forhold                                   | 118                       | 22         | 63                        | 19         |
| Misforstått/vanskelig å<br>klassifisere (ekskludert) | 30                        |            | 46                        |            |
| <b>Totalt</b>  | <b>543</b>                | <b>100</b> | <b>337</b>                | <b>100</b> |

\*Antall som fikk spørsmålene:

1999: I kommunal samfunnsmedisinsk stilling: 555, sluttet i kommunal samfunnsmedisinsk stilling mellom 1994 og 1999: 82 og spesialister ikke i kommunal samfunnsmedisinsk stilling på undersøkelsestidspunktet: 269.

2002: I kommunal samfunnsmedisinsk stilling: 553, spesialister ikke i kommunal samfunnsmedisinsk stilling på undersøkelsestidspunktet: 314.

\*\* Antall personer som har angitt at de har vært i annen kommunal samfunnsmedisinsk stilling

Tabell 6.2. Grad av betydning i forhold til å slutte i kommunal samfunnsmedisinsk stilling over de siste 5 år. Leger som var registrert som kommunale samfunnsmedisinere i 1999 men som hadde sluttet før 2002. %. N=65-68. 2002.

| Årsak til å slutte      | Grad av betydning i forhold til å slutte |         |                       |
|-------------------------|--|---------|-----------------------|
|                         | Svært/nokså<br>uviktig                   | Både-og | Nokså/svært<br>viktig |
| Ansvarsmengde           | 39                                       | 9       | 52                    |
| Fysiske arbeidsforhold  | 57                                       | 20      | 23                    |
| Frihet til å            |  |         |                       |
| - bestemme hva gjøre    | 26                                       | 15      | 58                    |
| - velge arbeidsmetode   | 38                                       | 32      | 30                    |
| - bestemme arbeidstempo | 49                                       | 23      | 28                    |
| Bruke egne evner        | 26                                       | 23      | 51                    |
| Lønnsforholdene         | 36                                       | 19      | 45                    |
| Stillingsinstruks       | 29                                       | 26      | 45                    |
| Lokalt faglig miljø     | 29                                       | 15      | 46                    |
| Kontakt miljø utenfor   | 29                                       | 20      | 51                    |

Tabell 6.3. Betydning av ulike faktorer i forhold til å vende tilbake til kommunal samfunnsmedisinsk stilling. Leger som hadde sluttet i slik stilling mellom 1994 og 1999 og spesialister i samfunnsmedisin som ikke var i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i undersøkelsesåret. %.

|                         | 1999<br>N=232-240*         |         |                           | 2002<br>N=209-220**        |         |                           |
|-------------------------|----------------------------|---------|---------------------------|----------------------------|---------|---------------------------|
|                         | Svært/<br>nokså<br>uviktig | Både-og | Nokså/<br>svært<br>viktig | Svært/<br>nokså<br>uviktig | Både-og | Nokså/<br>svært<br>viktig |
| Ansvarsmengde           | 11                         | 15      | 74                        | 14                         | 12      | 74                        |
| Fysiske arbeidsforhold  | 22                         | 29      | 49                        | 23                         | 27      | 50                        |
| Frihet til å            |                            |         |                           |                            |         |                           |
| - bestemme hva gjøre    | 9                          | 13      | 78                        | 9                          | 17      | 74                        |
| - velge arbeidsmetode   | 8                          | 17      | 75                        | 11                         | 18      | 71                        |
| - bestemme arbeidstempo | 17                         | 25      | 58                        | 17                         | 24      | 59                        |
| Bruke egne evner        | 6                          | 4       | 90                        | 7                          | 5       | 88                        |
| Lønnsforholdene         | 9                          | 12      | 79                        | 10                         | 10      | 80                        |
| Stillingsinstruks       | 10                         | 19      | 71                        | 15                         | 15      | 70                        |

\* 171 responderende spesialister ikke registrert i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 1999 og 98 responderende leger som var registrert å ha sluttet i slik stilling mellom 1994 og 1999. Noe varierende svarprosent på de aktuelle spørsmålene.

\*\* 267 responderende spesialister ikke registrert i kommunal samfunnsmedisinsk stilling i 2002. Noe varierende svarprosent på de aktuelle spørsmålene.

Tabell 6.4. Sammenligning mellom relativ rangering (ut fra gjennomsnitt av 5-intervall-skala) av betydningen av de angitte årsaker til å slutte i og for å vende tilbake til kommunale samfunnsmedisinske stillinger. 2002.

| Betydning i forhold til å slutte* | Betydning i forhold til å vende tilbake ** |
|-----------------------------------|--|
| 1. Bruke egne evner               | 1. Bruke egne evner                        |
|                                   | 2. Lønnsforhold                            |
| 2. Bestemme hva gjøre             | 3. Bestemme hva gjøre                      |
| 3. Ansvarsmengde                  | 4. Ansvarsmengde                           |
|                                   |  |
| 4. Stillingsinstruks              | 5. Velge arbeidsmetode                     |
| 5. Lønnsforholdene                |  |
| 6. Velge arbeidsmetode            | 6. Stillingsinstruks                       |
|                                   |  |
| 7. Arbeidstempo                   | 7. Arbeidstempo                            |
| 8. Fysiske arbeidsforhold         | 8. Fysiske arbeidsforhold                  |

\* Leger som hadde sluttet i kommunal samfunnsmedisin mellom 1999 og 2002. N=64-67.

\*\* Spesialister i samfunnsmedisin som ikke var registrert å være i kommunal samfunnsmedisin i 2002. N=209-220.



## KAPITTEL 7. OFFENTLIG LEGEARBEIDE - DIMENSJONERING, DEKNINGSGRAD OG PRIORITERING FØR OG ETTER FASTLEGEREFORMEN

### *Bakgrunn*

Det offentlige legearbeide ble gjennom forberedelsene til FLO gitt en tydelig forankring i Kommunehelsetjenesten og ble gitt en spesiell posisjon gjennom at dette arbeidet skulle dimensjoneres separat og fordeles og avtales med de fremtidige fastlegene før det kliniske arbeidet ble ferdigforhandlet med hver enkelt (1, 2). En viktig grenseoppgang ble også gjort ved at det offentlige legearbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og syke/aldershjem kunne tilpliktes legene innenfor gitte rammer, mens samfunnsmedisinsk arbeid ikke kunne tilpliktes.

Vi legger i dette kapitlet frem data om dimensjonering av legetjenestene, dekningsgrad og prioritet av oppgaver og tjenester i kommunal helsetjeneste før, ved innføring av reformen og etter ett år med reformen. Spesielt fokuserer vi på hvordan de offentlig allmenmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver og tjenester kom ut i forhold til kurative tjenester.

### *Om materiale og metode*

Presentasjonen baserer seg på intervjuer med rådmenn, ordførere, samfunnsmedisinere og fastleger i kommuner som omtalt tidligere. Spørsmålene var i hovedsak basert på det begrepsapparat som kommunehelsetjenesteloven benytter. Loven definerer 10 lovpålagte oppgaver, 5 hovedoppgaver og 7 hovedtjenester. Gjennom dette dekker loven både ulik organisering av oppgaver og tjenester og flere profesjoner involvert i kommunehelsetjenesten. I tillegg har vi benyttet en egendefinert inndeling av legetjenestene i kommunehelsetjenesten.

Fengselshelsetjeneste er en lovpålagt oppgave, men finnes i få kommuner. Denne oppgaven holdes derfor helt utenfor i denne presentasjonen. Det samme gjelder for bedriftshelsetjeneste, som ikke utgjør en "må"-helsetjeneste og utgjør en svært liten del av kommunehelsetjenesten. Habilitering og rehabilitering ligger utenfor vårt evalueringsoppdrag, og vi presenterer derfor i begrenset grad tabellariske data og tolkninger om dette området.

### *Dimensjonering og dekning av legearbeide i kommunene*

I planleggingsfasen før FLO måtte alle kommuner gå gjennom dimensjoneringen av sin helsetjeneste for å forberede forhandlingene med de fremtidige fastleger. I denne prosessen måtte kommunene definere sitt behov for både kliniske og andre legetjenester, og eventuelt søke om opprettelse av ekstra legestillinger. Dette var planleggingsprosesser som involverte både helsetjenesten, administrasjonen og politikerne i kommunene. Man ønsket vel en helt ideell avklaring av befolkningens behov og overordnede helsepolitiske målsettinger, uten hensyntagen til tilgjengelige menneskelige og monetære ressurser. De rapporter som myndighetene fikk i denne fasen er så vidt vi vet ikke systematisert utover at det ble tatt standpunkt til eventuelle søknader om ekstra stillinger til kommunene.

Leger arbeider innenfor flere deler av kommunehelsetjenesten. Vi har brukt en inndeling som er allment akseptert, hvor man får med alle legeoppgaver uten overlapp, se tekstboks 1.

Vi spurte samfunnsmedisinerne i 2001 om antall timer avsatt til legearbeid innenfor disse arbeidsområdene i kommunehelsetjenesten, om dette var mindre, samme eller mer enn før FLO og om hvor mange av disse som var dekket på undersøkelsestidspunktet (2-3 måneder etter oppstart av FLO). I 2002 spurte vi på samme måte om hvor mye som var avsatt til disse arbeidsområdene, hvor mye som var dekket på undersøkelsestidspunktet (13-15 måneder etter oppstart av FLO) og om dekningen var mindre, samme eller mer enn før FLO.

Mange av respondentene reservert seg fra å gi detaljerte timeangivelser og vi må derfor forholde oss kun til de relative andeler.

Vi spurte om de avsatte timer i 2001 var mindre, det samme eller mer enn før FLO. Det var noe varierende svar for de ulike arbeidsområdene, men i stor grad svarte de at det var det samme (80-95%) (tabell 7.1). Det området som var mest forskjellig fra tiden før FLO var kurativ privat praksis, der det var mer avsatte timer i over en femtedel av kommunene. Samtidig var kurativ fastlønnet praksis det som hadde fått mest endring i den andre retningen, hvor 16% av kommunene rapporterte om reduksjon i forhold til tiden før FLO.

#### **Tekstboks 1. Arbeidsområder for leger i kommunehelsetjenesten:**

##### ***Samfunnsmedisinsk arbeid***

- Miljørettet helsevern
- Administrasjon/ledelse
- Smittevern
- Annet forebyggende arbeid

##### ***Kurativt arbeid***

- Kurativt arbeid - fastlønn
- Kurativt arbeid - privat praksis

##### ***Offentlig allmennt medisinsk arbeid***

- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- Syke/aldershjem
- Annet legearbeid

##### ***Bedriftshelsetjeneste***



Men også tid avsatt til administrasjon og ledelse var ulik tiden før FLO, i det 79% mente den var det samme og 13 mente det var mindre enn før FLO. For skolehelsetjenesten og syke/aldershjem mente 12% at avsatt tid var mer enn før FLO.

Det ser altså ut til at en del kommuner i forberedelsesprosessen for FLO i 2001 planla endringer i fordelingen av legeressursene, ikke bare til fordel for private kurative legetjenester - som man forventet -, men også til fordel for de offentlige allmenmedisinske tjenestene. Nær en femtedel ser også ut til å ha planlagt en reduksjon i noe samfunnsmedisinsk legearbeid.

Kommunene gikk til forhandlinger med de potensielle fastlegene med dette som "bestillingen", - dette var de oppgaver og tjenester fastlegene skulle dekke. Dekningsgraden ble i prinsippet avgjort gjennom avtalene, som kan ha hatt kort eller lang varighet.

Vi spurte i 2002 om dekningsgrad av legetjenester i 2002 sammenlignet med dekningsgrad før FLO (tabell 7.2). På dette tidspunktet - vel ett år etter at reformen ble iverksatt hadde 75-91% av vårt utvalg av kommuner samme dekning av de ulike legetjenestene som før reformen (tabell 7.2). De største endringene i dekningsgrad i positiv retning fant vi for kurativt arbeide og syke/aldershjem, i negativ retning for de samfunnsmedisinske legetjenestene miljørettet helsevern og administrasjon og ledelse, - med noe kompensasjon ved at "annet forebyggende" arbeid hadde økt i mange kommuner (men utgjør vanligvis en lavt timetall).

Samlet er dette et uttrykk for at kurative legetjenester og den mest klinisk pregede offentlige legetjenesten, - i syke/aldershjem, - i høyere grad hadde nådd det planlagte dekningsnivå, mens de mer forebyggende pregede legetjenestene, - i miljørettet helsevern og administrasjon og ledelse, hadde tapt i kampen om legeressursene.

### *Dekning av lovpålagte oppgaver*

Kommunehelsetjenesteloven definerer 10 lovpålagte oppgaver (tekstboks 2). Vi har sett på 8 av disse, konferer Materiale og metode.

Vi stilte i 2001 spørsmål om i hvilken grad man mente de lovpålagte kommunale oppgaver ville bli dekket i tiden etter FLO. Vi bad respondentene svare på en skala fra 1 til 5, der 1 var "ikke dekket", 2 "dårlig dekket", 3 "akseptabelt dekket", 4 "godt dekket" og 5 var "optimalt dekket". I analysene har vi brukt gjennomsnittet av disse skårene. Vi spurte også om hvordan dette forholdt seg til tiden før FLO ble iverksatt, på en skala fra 1-3, der 1 var "dårligere", 2 var "samme" og 3 var "bedre dekket". I 2002 spurte vi om i hvilken grad disse oppgavene ble dekket det første året etter at FLO startet, på samme 1-5 skala vi brukte i 2001.

#### **Tekstboks 2. Lovpålagte oppgaver definert av Kommunehelsetjenesteloven:**

Miljørettet helsevern  
Smittevern  
Helsestasjon  
Skolehelsetjeneste  
Opplysningsvirksomhet  
Kurativt arbeid  
Pleie- og omsorg  
Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (legevakt og helsemessig beredskap)  
Fengselshelsetjeneste

For alle lovpålagte oppgaver utenom kurativt arbeid, mente 5-10% at oppgavene var dekket dårligere før FLO enn de trodde de ville bli i tiden etter FLO (tabell 7.3). For kurative oppgaver mente hele 24% at de var dårligere dekket før enn de ville bli i tiden etter FLO. Dessuten mente 10% at pleie- og omsorg og skolehelsetjenesten var dårligere dekket før FLO enn de ville bli i tiden etter FLO. Tilsvarende mente 5% at de lovpålagte oppgaver var bedre dekket før FLO enn i tiden etter FLO. For miljørettet helsevern og smittevern var like mange som mente at dekningsgrad før FLO var bedre enn den ville bli i tiden etter FLO som motsatt.

Men en stor majoritet på 85-93% mente altså at dekningsgraden av de lovpålagte oppgaver var den samme før FLO som den ville bli etter reformen, foruten for kurativ oppgave der 71% mente dekningsgraden var den samme før FLO som den ville bli i tiden etter (tabell 7.3).

Det var knyttet klare positive forventninger i forhold til dekning av alle lovpålagte oppgaver utenom opplysningsvirksomhet den første tiden etter at FLO ble innført. Kurative og/eller individrettede oppgaver var forventet å få høyest dekningsgrad i tiden etter FLO, mens de forebyggende/grupperettede oppgaver var forventet å få lavere grad av dekning etter FLO.

Ett år etter innføring av FLO syntes de positive forventningene å ha slått til for mange av de lovpålagte oppgavene. Vinnerne syntes å være legevakt/beredskap, helsestasjon og kurativt

arbeide, mens miljørettet helsevern, skolehelsetjeneste og opplysningsvirksomhet syntes å være tapere. Imidlertid var det signifikante forskjeller mellom prognoseringen i 2001 og erfaringene det redegjøres for etter 1 år med FLO bare for legevakt/beredskap, miljørettet helsevern og opplysningsvirksomhet.

#### *Dekningsgrad og ulike respondentgrupper*

De fire respondentgruppene skåret situasjonen før FLO i forhold til prognoseringen for den første tiden med FLO ganske forskjellig (data ikke vist). Det var til dels store forskjeller mellom deres oppfatninger av situasjonen før FLO for miljørettet helsevern, smittevern, skolehelsetjeneste og pleie og omsorg, mens de vurderte situasjonen for kurativt arbeid meget likt.

Rådmenn, ordførere, samfunnsmedisinere og fastleger hadde noe ulikt syn på dekningsgrad av lovpålagte oppgaver. Deres relative gradering av dekningsgrad var likevel lik de to undersøkelsesårene, med helseopplysning, miljørettet helsevern og smittevern med lavest dekningsgrad og kurativt arbeid, legevakt/beredskap og helsestasjon med høyest dekningsgrad. Samfunnsmedisinerne hadde den mest positive oppfatningen av dekningsgrad for de fleste lovpålagte oppgavene både i 2001 og 2002, men var også den gruppen som endret synet mest fra 2001 til 2002. Spesielt endret samfunnsmedisinerne sitt syn fra 2001 til 2002 på dekningsgrad for miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet og skolehelsetjeneste (tabell 7.4). Fastlegene var for de fleste oppgavene mest negative begge år, foruten for kurativt arbeid, legevakt/beredskap og helsestasjon der de hadde høyest gradering, spesielt i 2002.

For de samfunnsmedisinske lovpålagte oppgavene miljørettet helsevern og helseopplysning mente alle 4 gruppene det var lavere dekningsgrad i 2002 enn det de prognoserte i 2001. Smittevern hadde fått en høyere dekningsgrad i 2002 enn det man i 2001 mente denne oppgaven ville få, selv om oppgaven fortsatt var skåret med lavere dekningsgrad enn flere andre oppgaver.

Av de offentlige allmennt medisinske oppgavene mente alle 4 respondentgruppene at helsestasjon var en vinner hva dekningsgrad angikk (selv om de var uenige i absolutt gradering), mens skolehelsetjeneste og pleie- og omsorg kom lavere ut i 2002.

### *Dekningsgrad og kommunestørrelse*

Det var signifikante forskjeller mellom kommunestørrelsene i vurdering av dekningsgrad for noen av de lovpålagte oppgavene i forhold til hvert måletidspunkt vi brukte (tabell 7.5).

Gjennomgående var det positive forventninger til dekningsgrad under FLO, men de største kommunene syntes å ha forventninger om større forbedringer enn de mindre kommunene den første tiden etter at reformen startet.

Det var stort sett små variasjoner mellom den prognosering respondentene hadde i 2001 og det man mente etter vel 1 år med FLO i 2002. De minste kommunene evaluerte ordningen mest positivt, på den måten at de fleste lovpålagte oppgavene ble skåret å ha høyere dekningsgrad i 2002 enn man prognoserte i 2001 i de minste kommunene. De større kommunene hadde en mer moderat økning i opplevd dekningsgrad av lovpålagte oppgaver, men hadde altså høyere forventninger i utgangspunktet.

Gjennomgående var det forskjeller for smittevern og pleie og omsorg, slik at i mindre kommuner skåret man smittevern lavere og pleie og omsorg høyere enn i de større kommuner. Men også for miljørettet helsevern var det forskjell mellom kommunene, både i 2001 og 2002, - ved at man i 2001 i de minste kommunene hadde lavere forventninger til dekningsgrad den første tiden etter FLO og i de to minste kommunestørrelsene evaluerte man at det hadde blitt enda lavere dekningsgrad enn forventet ett år med ordningen.

Helsestasjon, kurativt arbeide og legevakt/beredskap skåret høyest i alle kommunestørrelser, og det ser ut til at man var mest fornøyd med dekningsgraden i 2002 i de minste kommunene.

Spesielt syntes våre respondenter i de mindre kommunene å ha fått positive erfaringer med FLO i det de skåret dekningsgrad høyere i 2002 enn i 2001.

Erfaringene med FLO varierer altså klart med kommunestørrelse, noe avhengig av type lovpålagte oppgave. Forventningene til reformen syntes å være størst i de største kommunene, spesielt i forhold til situasjonen før FLO og tildels i forhold til de andre kommunestørrelsene. De minste kommunene hadde de laveste forventningene til dekningsgrad etter FLO og evaluerte det første året klart bedre enn forventningene, mens de mellomstore kommunene rapporterte klart mest negative erfaringer i forhold til dekningsgrad av lovpålagte oppgaver

etter det første året med FLO og relativt i forhold til de andre kommunestørrelsene kom de også mest negativt ut etter ett år med FLO.

#### *Oppsummering dekning av lovpålagte oppgaver*

Det synes derfor som om både kurativt arbeid og offentlige allmenntjenestelovs oppgaver skulle få et løft den første tiden etter innføringen av FLO i forhold til tiden før FLO. Imidlertid var det kurativt arbeid, legevakt/beredskap og kun helsestasjon av de offentlige allmenntjenestelovs oppgavene som viste seg å komme best ut i forhold til dekningsgrad for lovpålagte oppgaver det første året med FLO. De lovpålagte oppgavene som kom minst heldig ut i forhold til dekningsgrad var de forebyggende oppgavene miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet, skolehelsetjeneste og smittevern. Pleie og omsorg klarte å beholde dekningsgrad som forutsatt den første tiden med FLO, men på et midlere nivå. Dette hovedmønsteret endret seg lite avhengig av hvilken respondentgruppe som gjorde vurderingen av dekningsgrad, selv om de vurderte graden av dekning noe ulikt for de ulike tjenestene.

Også i forhold til kommunestørrelse var hovedmønsteret det samme, men det var forskjeller i nivå av dekningsgrad avhengig av kommunestørrelse. De minste kommunene forventet minst forandringer i dekningsgrad ved innføringen av FLO og rapporterte mest økning etter 1 år, mens de største hadde størst forventinger og fikk moderate økninger i dekningsgrad. De mellomstore kommunene hadde ved starten av reformen større forventninger om forandringer fra tiden før, men syntes ikke å få innfridd forventningene sine etter et år med reformen.

#### *Prioritering av hovedoppgaver*

Kommunehelsetjenesteloven definerer 5 hovedoppgaver, se tekstboks 3. Vi spurte like etter at FLO var iverksatt hvordan disse fem hovedoppgavene var prioritert i forhold til hverandre, skjønnsmessig vurdert ut fra omfanget av og ressurstilgangen til hovedoppgavene. Respondentene ble bedt om skjønnsmessig å angi hvordan de aktuelle 5 hovedoppgavene var prioritert i forhold til hverandre på undersøkelsestidspunktet, på en skala fra 1 til 5, der 1 var "lavt prioritert", 2 "nokså lavt prioritert", 3 "passe prioritert", 4 "nokså høyt prioritert" og 5 var "høyt prioritert".

Vi brukte samme spørsmål i 2002 - vel ett år etter iverksettelsen. I analysene har vi brukt gjennomsnittet av disse skårene.

#### **Tekstboks 3. Hovedoppgaver definert i Kommunehelsetjenesteloven.**

Forebyggende arbeid  
Kurativt arbeid  
Medisinsk habilitering/  
rehabilitering  
Pleie og omsorg  
Hjelp ved ulykker og andre akutte  
situasjoner (legevakt og  
helsemessig beredskap)

Våre respondenter mente samlet at den innbyrdes prioritering mellom de fem hovedoppgavene var lik de to år. Forebygging hadde lavest prioritert, dernest habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg, hjelp ved ulykker og akutte situasjoner og høyest prioritet fikk kurativt arbeide. Forebyggende arbeid ble skåret lavere enn middelverdien "passe", mens kurativt arbeide i 2001 ble skåret over "nokså høyt prioritert" og i 2002 like under dette nivå.

Dette beskriver at også i forhold til Kommunehelsetjenestelovens definerte hovedoppgaver kom de forebyggende oppgavene dårligst ut både før og etter oppstart av FLO. FLO har ikke påvirket den prioriteringsplass forebyggende oppgaver hadde.

Alle hovedoppgavene ble lavere prioritert i 2002 enn i 2001 (tabell 7.6). Det var små forskjeller i reduksjonen utover at kurativt arbeid fikk minst reduksjon. Forventningene til prioritering av hovedoppgavene var altså høyere enn hva som viste seg etter ett år med FLO.

Det var forskjeller mellom respondentgruppene innenfor hvert år i forhold til deres oppfatning av prioritering av hovedoppgavene, men signifikante forskjeller i 2001 kun for pleie og omsorg ( $p < 0.001$ ) og hjelp ved ulykker og akutte situasjoner ( $p = 0.035$ ) og i 2002 for kurativt arbeid ( $p = 0.021$ ) (tabell 7.7).

Størst forandringer i oppfatning av prioriteringer mellom 2001 og 2002 syntes rådmannsgruppen å ha (reduksjon for kurativt arbeid (95% KI 0.02-0.58), pleie og omsorg (95% KI 0.22-0.74) og hjelp ved ulykker og akutte situasjoner (95% KI 0.12-0.68)), mens fastlegene syntes å holde mest fast på sitt inntrykk omkring prioritering (ingen signifikante endringer fra 2001 til 2002). Fastlegene opplevde endringen fra 2001 til 2002 nokså forskjellig fra de andre gruppene: de opplevde økning eller minimal reduksjon i prioritering av alle hovedoppgavene utenom forebyggende arbeid (hvor de rapporterte den største reduksjonen), mens de andre gruppene opplevde noen grad av redusert prioritering for alle oppgavene.

Både for 2001 og 2002 var det signifikante forskjeller mellom kommunestørrelsene for hovedoppgaven pleie og omsorg (tabell 7.8). I de minste kommunene mente man at pleie og omsorg hadde høy prioritet ved starten av FLO mens i de største kommunene gav man lavest prioritet på denne hovedoppgaven i 2001. I 2002 hadde de største kommunene oppjustert prioriteten til pleie og omsorg og de andre kommunestørrelsene nedjustert, men slik at det fortsatt var forskjeller mellom kommunestørrelsene.

De mellomstore kommuner rapporterte størst negative endringer i prioritering fra 2001 til 2002, signifikant endring kun for forebyggende hovedoppgave og habilitering og rehabilitering. For de minste kommunene var det signifikant reduksjon i prioritet for pleie og omsorg fra 2001 til 2002. De mindre kommuner har prioritert kurative tjenester høyere i 2001 enn de største kommunene, men dette synes å jevne seg ut i 2002 ved at de minste kommuner nedjusterte og de største oppjusterte prioriteten.

For 2001 var det signifikante forskjeller mellom regionene for pleie og omsorg ( $p=0.026$ ) og hjelp ved ulykker og akutte situasjoner ( $p=0.029$ ) (tabell 7.9). For 2002 ingen signifikante forskjeller mellom regionene. De største forandringene i prioriteringer så man i regionene Midt-Norge og Nord, og endringene kom som reduksjon fra 2001 til 2002 i prioritet for pleie og omsorg og hjelp ved ulykker og akutte situasjoner.

#### *Oppsummering prioritering av 5 hovedoppgaver*

Våre informanter mente at de 5 hovedoppgavene var innbyrdes likt prioritert i 2001 og 2002, med forebygging lavest og kurativt arbeid høyest. Forventningene i 2001 til prioritering av oppgavene i tiden etter FLO var høyere enn de viste seg å bli det første året etter FLO.

Det var forskjellig oppfatning av prioritering avhengig av respondentgruppe, spesielt ved at fastlegene rapportert mer positive erfaringer (utenom for forebyggende arbeid) etter det første året med FLO, mens rådmenn rapporterte den største reduksjonen i prioritering av hovedoppgavene.

I forhold til kommunestørrelse var det forskjell i prioritering mellom hovedoppgavene de to årene. Spesielt gjaldt dette pleie og omsorg, som hadde høyest prioritering i små kommuner og lavest i store kommuner i 2001, mens prioriteringen ble mer lik etter det første året med FLO. De mellomstore kommunene hadde størst negative endringer i prioritet for hovedoppgavene fra 2001 til 2002.

For helseregionene kom de største forandringene i prioritering i regionene Midt-Norge og Nord, i form av reduksjon fra 2001 til 2002 i prioritet for pleie- og omsorg og hjelp ved ulykker og akutte situasjoner.

### *Prioritering av samfunnsmedisinske oppgaver*

Samfunnsmedisinske oppgaver er i forbindelse med FLO definert som en separat offentlig legetjeneste, i tillegg til de tidligere nevnte. Vi har i andre kapitler redegjort for en rekke sider ved utviklingen innenfor denne tjenesten. Viktige deler av det samfunnsmedisinske arbeidet er forebyggende arbeid. Det var derfor naturlig i 2001 og 2002 å spørre om hvordan en del av de samfunnsmedisinske oppgavene ble prioritert i forhold til andre tjenester. Dette spørsmålet ble stilt samfunnsmedisiner og fastlege, da vi ved pilotundersøkelse fikk klare signaler om at dette var et detaljeringsnivå som rådmann og ordfører hadde liten oversikt over.

Respondentene kunne besvare på en 5-intervall-skala, der 1 var "lavt prioritert", 2 "nokså lavt prioritert", 3 "passe prioritert", 4 "nokså høyt prioritert" og 5 var "høyt prioritert" i forhold til allmennlege-tjeneste og pleie og omsorg i kommunen. Vi brukte samme spørsmål i 2002 - vel ett år etter iverksettelsen. Vi har i analysene brukt gjennomsnittet av disse skårene.

Begge undersøkelsesår lå respondentenes opplevelse av prioritering av de samfunnsmedisinske hovedoppgavene mellom "nokså lavt" og "passe", - det var kun helsemessig beredskap og smittevern i 2001 som kom litt over "passe"-nivået (tabell 7.10). Oppgavene var altså generelt lavt prioritert i forhold til allmennlegetjeneste og pleie og omsorg og passer inn i forhold til angivelser for forebyggende aktiviteter i andre spørsmål.

Alle de samfunnsmedisinske oppgavene ble lavere prioritert i 2002 enn i 2001, signifikant for både administrasjon og ledelse, beredskap, helseplanlegging og helseopplysning (tabell 7.10). Høyest prioritet fikk smittevern og helsemessig beredskap begge år, og lavest fikk helseopplysning, helseplanlegging og miljørettet helsevern begge år.

Det var noe forskjell mellom hvordan samfunnsmedisinerne og fastlegene opplevde prioritering av de samfunnsmedisinske oppgavene. Gjennomgående mente samfunnsmedisinerne at oppgavene var prioritert høyere enn det fastlegene mente, begge år (tabell 7.11). Den innbyrdes rekkefølge i prioriteringene var noe ulik mellom respondentgruppene.

#### **Tekstboks 4. Samfunnsmedisinske oppgaver.**

Miljørettet helsevern  
Administrasjon og ledelse  
Smittevern  
Helsemessig beredskap  
Helseplanlegging  
Helseopplysning



Det var forskjell mellom 2001 og 2002 for samfunnsmedisinerne i forhold til helsemessig beredskap og helseopplysning, mens for fastlegene var det ingen forskjell mellom 2001 og 2002.

### *Diskusjon*

#### *Om materiale og metode*

Vi har undersøkt kommunehelsetjenesten langs flere akser, slik de er definert i kommunehelsetjenesteloven. Loven definerer lovpålagte oppgaver, hovedoppgaver og tjenester, noe som gir et rammeverk for både organisasjon og innhold. Vi har i tillegg til å undersøke dimensjonering av en del tjenester og oppgaver og presentert innholdsaspektene lovpålagte oppgaver og prioritering mellom ulike oppgaver. Dette har vi gjort gjennom to tverrsnittundersøkelser hvor vi har intervjuet fire viktige respondentgrupper i kommunal sektor, - rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner og fastlege.

Vi mener at de 4 respondentgruppene vi har intervjuet samlet sett representerer en meget sterk gruppe med både observasjons- og medvirkningsansvar i forhold til de ulike lovpålagte oppgavene, og deres angivelser må oppfattes som vektige beskrivelser av den aktuelle situasjon.

Antallet inkluderte kommuner ble beregnet ut fra kapasitet, ikke sannsynlighet for statistiske signifikanser. Antallet respondenter er omtrent som det opprinnelige utvalg av kommuner, slik at vi mener de samlet er en viktig erfaringsgruppe i forhold til nettopp fastlegereformen. Antallet respondenter fra kommune-Norge er så vidt stort at resultatene anses som representative.

#### *Var Fastlegereformen et vendepunkt for kommunehelsetjenestene?*

FLO bidro til viktige planleggingsprosesser i kommunene, ved at både politikere, administrasjon og fagfolk måtte engasjere seg i beslutningsprosesser omkring dimensjonering og dekning av ulike helserelaterte oppgaver og tjenester. Reformen bidro til at man sjekket lagerhold mot fremtidig behov, for dermed å kunne justere type virksomhet og tydeliggjøre behovet for både kapitalkrevende investeringer og driftsendringer. I all vesentlighet bidro imidlertid reformen kun i forhold til én ressursfaktor, nemlig allmennlegene.

Reformen lovte for så vidt i seg selv heller ikke mye annet utover å regulere lege-pasientforholdet og gjøre økonomien for allmennpraktiserende leger mer ensartet over landet, for gjennom slik fokus på kliniske virksomhet sikre flere pasienter mer og stabil legedekning. Det ble lagt inn en del forventninger knyttet til offentlige allmennmedisinske legetjenester og økonomien rundt disse tjenestene og de samfunnsmedisinske tjenestene ble også regulert noe i prosessene rundt i kommunene. Men reformen i seg selv intenderte ingen organisatoriske endringer utover i lege-pasientforholdet.

Det er viktig å være oppmerksom på dette fordi reformen må vurderes først og fremst i forhold til dens målsettinger, dernest i forhold til uintenderte, eventuelt uønskede effekter.

I forhold til dekningsgrad er det viktig å oppsummere at reformen representerte en begrenset endring, med unntak av kurative tjenester, i det cirka 80-95% av respondentene svarte at avsatte timer og dekningsgrad av tjenester og oppgaver ville bli det samme eller var det samme som før reformen. For de som opplevde endringer i situasjonen var det likevel mønstre det er interessant å merke seg.

I planleggingsfasen vektla man i en del kommuner tydeligvis en økning av kurative legetjenester men tilgodeså også offentlige allmennmedisinske legetjenester med en økning i forhold til det man hadde før reformen, mens de samfunnsmedisinske legetjenestene ble planlagt noe redusert. Ett år etter reformen var disse planene i stor grad realisert hva angikk kurative legetjenester og de klart kurativt pregede offentlige allmennmedisinske legetjenester i syke- og aldershjem. De mer forebyggende pregede tjenestene utenom helsestasjon og skolehelsetjeneste, og da spesielt samfunnsmedisin syntes imidlertid å ha tapt i kampen om de tilgjengelige legeressursene.

I et bredere perspektiv der vi spurte om dekningsgrad for lovpålagte oppgaver var det også klart at man gikk inn i reformen med forventning om økning av dekningsgrad for stort sett alle oppgavene. Forventningene var størst for de kurative og individrettede offentlige allmennmedisinske lovpålagte oppgavene og lavest for de grupperettede/forebyggende oppgavene. Forventningene ble i stor grad innfridd, men mest for kurativt arbeide, legevakt/beredskap og helsestasjon, selv om evalueringen av dekningsgrad ett år etter oppstart av FLO var noe mindre positiv enn forventningene tilsa. Av de lovpålagte oppgavene var det de forebyggende oppgavene miljørettet helsevern, skolehelsetjeneste og opplysningstjeneste

som kom dårligst ut hva dekning angår ett år etter reformens start. Dette var stort sett uavhengig av hvilken respondentgruppe respondenten tilhørte. Dette hovedinntrykket var også uavhengig av kommunestørrelse, men slik at de største kommunene stort sett fikk innfridd sine forventninger, de minste fikk mer enn sine forventninger og de mellomstore syntes ikke å få sine forventninger innfridd.

En del av vår evaluering er basert på spørsmål om prioritering av oppgaver. Det kunne ligge to mulige forståelser i dette: en beskrivelse av hvordan oppgavene var prioritert i forhold til hverandre, eller om respondentene mente noe om oppgavene var for høyt eller for lavt prioritert. Så lenge "passe" var et svaralternativ kunne dette bety og forstås som nettopp for høyt eller for lavt. Imidlertid har vi ikke grunnlag for å si at respondentene hadde foretatt en relativ bedømmelse av viktigheten av disse oppgavene. Vi mener derfor våre respondenter har gitt en vurdering av hvordan disse hovedoppgavene var eller ble prioritert generelt, - at de har gitt en allmenn vurdering av hvordan hovedoppgavene kom til å komme og faktisk kom ut i forhold til ressurstilgangen i henholdsvis 2001 og 2002.

Ved besvarelsen i forhold til hovedoppgaver fremkom et klart mønster med høyest prioritet for kurativt arbeide og lavest for forebygging, både i forhold til oppstartstiden og etter ett år med FLO. Pleie og omsorg, - en oppgave innenfor det offentlig allmenmedisinske ansvarsområde, - fikk en midlere prioritet begge år. Som de andre hovedoppgavene fikk forebyggende arbeid lavere prioritet ved respondentenes vurdering i 2002 enn ved den optimistiske prognosering i 2001. FLO påvirket altså ikke den relative prioriteringen av forebyggende arbeid og befestet posisjonen til kurativt arbeid.

Den relative prioriteringen mellom hovedoppgavene var stort sett identisk mellom respondentgruppene begge år og den samme som for populasjonen som helhet. I vurdering av hovedoppgavene var det forskjeller ut fra respondentgrupper i prioriteringsnivå innenfor hvert år og mellom årene. Fastlegene opplevde endringen fra 2001 til 2002 opplevde økning eller minimal reduksjon i prioritering av alle hovedoppgavene utenom forebyggende arbeid (hvor de rapporterte den største reduksjonen), mens de andre gruppene opplevde noen grad av redusert prioritering for alle oppgavene, mest for rådmenn.

Dette kan forstås som uttrykk for de ulike respondentgruppenes rolle i forhold til disse oppgavene og reformen: Ved oppstart var både politisk og administrativt nivå tungt involvert

og opplevde høy prioritet for oppgavene. Året etter var ordførere og rådmenn mer trukket tilbake fra prosessene og oppfattet oppgavene som generelt lavere prioritert enn året før. Fagfolkene var fortsatt involvert og beholdt mer av sine inntrykk av prioriteringsgrad.

Rådmenn og ordførere oppfattet begge år at forebygging var høyere prioritert enn hva samfunnsmedisiner og fastlege oppfattet. Dette kan ha sin årsak i ulikt ståsted og ulik vektlegging av aktiviteter knyttet til dette fagfeltet: uten tvil forstår politisk, administrativt og ulikt faglig nivå begrepet forebyggende arbeid ulikt og vil knytte ulike aktiviteter til det. Da har begrepet kurativt arbeid sannsynligvis en mer omforent forståelse, selv på tvers av ulikt ståsted for respondentgruppene.

Forskjellene mellom kommunestørrelse for prioritering av hovedoppgaver viste igjen at mellomstore kommuner kanskje kom minst vellykket gjennom det første året av reformen.

De konkrete samfunnsmedisinske oppgavene vi spurte om prioritering av fikk alle relativt lav prioritering, noe som tilsvarer mønsteret vi fikk frem for forebyggende oppgaver og tjenester. Dette passer også med funn redegjort for i kapittel 2.

I en separat studie har Tom Solli analysert disse dataene i forhold til spørsmålet om modernisering av offentlig sektor og innføring av markedsmodeller i helsetjenesten, og vi viser til den for en annen type diskusjon omkring dette (vedlegg 1) (3).

### *Konklusjon*

Fastlegereformen betydde altså for det store flertall av de undersøkte kommuner ikke store forandringer i dekning av legetjenester fra tiden før reformen. For lovpålagte oppgaver og hovedoppgaver slik helsetjenesteloven definerer dem fremkommer likevel et bilde av en reform som innenfor ett år etter oppstart var vellykket hva angår kurativt arbeid, legevakt/beredskap og helsestasjon, mens forebyggende arbeid for øvrig - som innbefatter skolehelsetjeneste og de samfunnsmedisinske områdene miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, smittevern og opplysningsarbeid kom svakere ut. Pleie- og omsorg kom ut med midlere resultat, mer avhengig av hvem som gjør vurderingen og av kommunestørrelse. Slik sett kom de individrettede oppgavene og tjenestene mest vellykket ut og de indirekte, grupperettede minst vellykket ut av reformens første år.

Dette tilsvarer de funn vi har redegjort for omkring arbeidstid for samfunnsmedisinerne, - som altså også har redusert sin arbeidstid innenfor samfunnsmedisin til fordel for kurativt arbeid.

I den grad status quo ikke ble opprettholdt hadde altså reformen innenfor ett år etter innføringen ikke hatt noen positiv effekt på de samlede forebyggende oppgaver og tjenester i kommunene. Vi understreker det positive i at helsestasjon syntes å komme godt ut. Som vi har skrevet tidligere var det ikke noen uttalt målsetting å styrke det forebyggende arbeidet heller. Og ett år er ikke lang virketid for en stor reform, - som altså enten man var klar over det eller ikke, hadde effekter i alle landets kommuner, for svært mange aktører og mange tjenester. Når man så vet at det innenfor helsetjenestene denne perioden var en hektisk reformaktivitet også utenom primærhelsetjenesten (4), samtidig som det generelt er stadige faglige endringer og den kommunale organisasjon stadig er i endring, må man forutse behov for justeringer og kompensasjoner.

Det vi viser er en mer utilsiktet effekt, som man må vurdere om det er mulig å gjøre justeringer for i reformopplegget. Ikke minst i forhold til øvrig helsepolitikk, hvor forebygging fremstår som viktige satsingsområder, blir det viktig å se på hvordan man på den lokale arena - i kommunene, kan påvirke den posisjon forebyggingsaktiviteter og -tjenester har.

#### REFERANSER

1. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. april 2000 i medhold av lov av 19. nov. 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene.
2. ASA 4310 Rammeavtale (sentral kommuneavtale) mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske Lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.
3. Solli T. Er prioritering av samfunnsmedisin og offentlige legeoppgaver endret i kommunene etter modernisering av offentlig sektor og innføring av markedsmodeller i helsetjenesten? Kandidatoppgave i Folkehelsevitenskap, ISM, Universitetet i Tromsø, 2003.
4. Ot. prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak med mer (helseforetaksloven).

Tabell 7.1 Samfunnsmedisinernes angivelser om avsatte timer til legetjenester i kommunehelsetjenesten ved starten av FLO i 2001 var mindre, samme eller mer enn før FLO. Prosent. N=43-69.

| Legetjeneste innenfor      | Avsatte timer ved start av FLO i forhold til før FLO |       |     |
|----------------------------|--|-------|-----|
|                            | Mindre   | Samme | Mer |
| Miljørettet helsevern*     | 6  | 86    | 8   |
| Administrasjon og ledelse* | 13   | 79    | 8   |
| Smittevern*                | 5  | 88    | 7   |
| Kurativ - fastlønnet       | 16   | 82    | 2   |
| Kurativ privat praksis     | 2  | 77    | 21  |
| Helsestasjon**             | 4  | 94    | 2   |
| Skolehelsetjeneste**       | 4  | 85    | 12  |
| Syke/aldershjem            | 3  | 85    | 12  |
| Annet forebyggende arbeid* | 2  | 96    | 2   |
| Annet legearbeid           | 0  | 96    | 4   |

\* Her er 23 respondenter ikke med - fordi de har besvart dette spørsmålet ut fra en samlevariabel på henholdsvis miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, smittevern og annet forebyggende arbeid. 21 besvarte "samme", 2 "mindre".

\*\* Her er 15 respondenter ikke med - fordi de har besvart dette spørsmålet ut fra en samlevariabel på helsestasjon/skolehelsetjeneste. 13 besvarte "samme" 1 "mindre" og 1 "mer".

Tabell 7.2 Samfunnsmedisinernes angivelser om dekkede timer til legetjenester i kommunehelsetjenesten etter ett år med FLO var mindre, samme eller mer enn før FLO. Prosent. N=46-52.

| Legetjeneste innenfor      | Dekning første året etter FLO i forhold til før FLO |       |     |
|----------------------------|---|-------|-----|
|                            | Mindre  | Samme | Mer |
| Miljørettet helsevern*     | 13  | 81    | 6   |
| Administrasjon og ledelse* | 13  | 81    | 6   |
| Smittevern*                | 2   | 89    | 9   |
| Kurativ - fastlønnet       | 11  | 76    | 13  |
| Kurativ privat praksis     | 2   | 75    | 23  |
| Helsestasjon**             | 8   | 86    | 6   |
| Skolehelsetjeneste**       | 4   | 90    | 6   |
| Syke/aldershjem            | 3   | 81    | 16  |
| Annet forebyggende arbeid* | 2   | 88    | 10  |
| Annet legearbeid           | 0   | 91    | 9   |

\* Her er 14 respondenter ikke med - fordi de har besvart dette spørsmålet ut fra en samlevariabel på henholdsvis miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, smittevern og annet forebyggende arbeid. 13 besvarte "samme", 1 "mindre".

\*\* Her er 12 respondenter ikke med - fordi de har besvart dette spørsmålet ut fra en samlevariabel på helsestasjon og skolehelsetjeneste. Alle 12 besvarte "samme".

Tabell 7.3. Sammenligning mellom situasjonen før FLO, prognosering ved inngangen til FLO og vurdering av første år med FLO på grad av dekning av 8 lovpålagte oppgaver, besvart i henholdsvis 2001, 2001 og 2002. Alle respondenter samlet. Prosent dårligere og bedre før FLO i forhold til prognosert dekningsgrad første år etter innføring av FLO, gjennomsnitt prognosert dekningsgrad første år (1 til 5), dekningsgrad første år etter FLO og differanse mellom de to, sistnevnte med 95% KI.

| Lovpålagt oppgave                 | Før FLO<br>N=265-280 |            | Prognosert<br>dekningsgrad<br>i tiden etter<br>FLO<br>2001<br>N=262-277 | Dekningsgrad<br>første året<br>med FLO<br>2002<br>N=236-244 | Differanse<br>2001-2002 | KI for<br>differanse<br>2001-2002 |
|-----------------------------------|----------------------|------------|---|---|-------------------------|-----------------------------------|
|                                   | Dårlig-<br>ere<br>%  | Bedre<br>% |   |   |                         |                                   |
| Miljørettet helsevern             | 7                    | 8          | 3.42  | 3.14  | -0.28                   | -0.47-(-0.10)                     |
| Smittevern                        | 5                    | 6          | 3.63  | 3.66  | 0.03                    | -0.16-0.22                        |
| Helsestasjon                      | 8                    | 4          | 4.19  | 4.36  | 0.17                    | 0.04-0.30                         |
| Skolehelsetjeneste                | 10                   | 5          | 3.60  | 3.52  | -0,08                   | -0.26-0.10                        |
| Opplysnings-<br>virksomhet        | 5                    | 3          | 2.92  | 2.74  | -0.18                   | -0.36-(-0.001)                    |
| Kurativt arbeide                  | 24                   | 5          | 4.26  | 4.34  | 0.08                    | -0.04-0.20                        |
| Pleie- og omsorg                  | 10                   | 3          | 3.90  | 3.93  | 0.03                    | -0.11-0.17                        |
| Legevakt/helsemessig<br>beredskap | 8                    | 4          | 4.18  | 4.35  | 0.17                    | 0.03-0.31                         |

Tabell 7.4. Sammenligning mellom situasjonen før FLO, prognosering ved inngangen til FLO og vurdering av første år med FLO på grad av dekning av 8 lovpålagte oppgaver, besvart i henholdsvis 2001, 2001 og 2002. Gjennomsnitt for alle fire respondentene og for bare samfunnsmedisinerne. Prosent dårligere og bedre før FLO i forhold til prognosert dekningsgrad første år etter innføring av FLO, gjennomsnitt av 5 intervaller for prognosert dekningsgrad første år, dekningsgrad første år etter FLO og differanse mellom de to, sistnevnte med 95% KI (for alle respondenter).

| Lovpålagt oppgave              | Før FLO           |         |             |         | Prognosert dekningsgrad i tiden etter FLO 2001 |      | Dekningsgrad første året med FLO 2002 |      | Differanse 2001-2002 |       | KI for differanse 2001-2002 |
|--------------------------------|-------------------|---------|-------------|---------|--|------|---------------------------------------|------|----------------------|-------|-----------------------------|
|                                | Hele populasjonen |         | SM**        |         | Hele populasjonen                              | SM** | Hele populasjonen                     | SM** | Hele populasjonen    | SM**  | Hele populasjonen           |
|                                | N=265-280         | N=67-74 | Dårligere % | Bedre % |  |      |                                       |      |                      |       |                             |
| Miljørettet helsevern          | 7                 | 8       | 12          | 10      | 3.42   | 3.73 | 3.14                                  | 3.18 | -0.28                | -0.55 | -0.47(-0.10)                |
| Smittevern                     | 5                 | 6       | 10          | 5       | 3.63   | 3.89 | 3.66                                  | 3.94 | 0.03                 | 0.05  | -0.16-0.22                  |
| Helsestasjon*                  | 8                 | 4       | 8           | 4       | 4.19   | 4.42 | 4.36                                  | 4.50 | 0.17                 | 0.08  | 0.04-0.30                   |
| Skolehelsetjeneste             | 10                | 5       | 16          | 4       | 3.60   | 3.68 | 3.52                                  | 3.45 | -0,08                | -0.23 | -0.26-0.10                  |
| Opplysningsvirksomhet*         | 5                 | 3       | 6           | 0       | 2.92   | 2.88 | 2.74                                  | 2.53 | -0.18                | -0.25 | -0.36(-0.001)               |
| Kurativt arbeide*              | 24                | 5       | 29          | 6       | 4.26   | 4.45 | 4.34                                  | 4.46 | 0.08                 | 0.01  | -0.04-0.20                  |
| Pleie og omsorg*               | 10                | 3       | 10          | 3       | 3.90   | 4.06 | 3.93                                  | 3.91 | 0.03                 | -0.15 | -0.11-0.17                  |
| Legevakt/helsemessig beredskap | 8                 | 4       | 10          | 3       | 4.18   | 4.32 | 4.35                                  | 4.34 | 0.17                 | 0.02  | 0.03-0.31                   |

\* Her er det ut fra tabell 6.2 altså signifikante forskjeller mellom respondentgruppene

\*\* SM= samfunnsmedisiner

Tabell 7.5. Sammenligning mellom situasjonen før FLO, prognosering ved inngangen til FLO og vurdering av første år med FLO på grad av dekning av 8 lovpålagte oppgaver, besvart i henholdsvis 2001, 2001 og 2002. Gjennomsnitt for alle respondentene per kommunestørrelse. Prosent dårligere og bedre før FLO i forhold til prognosert dekningsgrad første år etter innføring av FLO, gjennomsnitt av 5 intervaller for prognosert dekningsgrad første år, og dekningsgrad første år etter FLO.

|                                | Kommunestørrelse |      |      |      |            |      |      |      |         |      |      |      |
|--------------------------------|------------------|------|------|------|------------|------|------|------|---------|------|------|------|
|                                | 0-4999           |      |      |      | 5000-14999 |      |      |      | 15000+  |      |      |      |
|                                | Før FLO          | 2001 | 2002 |      | Før FLO    | 2001 | 2002 |      | Før FLO | 2001 | 2002 |      |
| Miljørettet helsevern          | 10               | 7    | 3.24 | 3.01 | 7          | 10   | 3.54 | 2.90 | 3       | 7    | 3.70 | 3.57 |
| Smittevern                     | 5                | 5    | 3.39 | 3.56 | 8          | 12   | 3.85 | 3.30 | 0       | 2    | 3.91 | 3.95 |
| Helsestasjon                   | 4                | 2    | 4.22 | 4.45 | 12         | 4    | 4.21 | 4.28 | 13      | 9    | 4.13 | 4.28 |
| Skolehelsetjeneste             | 5                | 2    | 3.70 | 3.74 | 16         | 9    | 3.59 | 3.48 | 15      | 7    | 3.39 | 3.31 |
| Opplysningsvirksomhet          | 5                | 1    | 2.88 | 2.90 | 4          | 8    | 3.04 | 2.54 | 5       | 0    | 2.87 | 2.72 |
| Kurativt arbeide               | 23               | 4    | 4.21 | 4.38 | 23         | 8    | 4.33 | 4.23 | 29      | 2    | 4.28 | 4.30 |
| Pleie- og omsorg               | 6                | 2    | 4.09 | 4.23 | 18         | 1    | 3.80 | 3.84 | 7       | 8    | 3.61 | 3.52 |
| Legevakt/helsemessig beredskap | 6                | 1    | 4.17 | 4.50 | 7          | 5    | 4.28 | 4.38 | 15      | 10   | 4.10 | 4.14 |



Tabell 7.6. Prioritering av hovedoppgaver. Gjennomsnitt av 5 intervaller (hvor 1=lavt og 5=høyt) i 2001 og 2002 og differanse mellom disse med 95% KI. Alle fire respondentgrupper samlet.

| Hovedoppgave                             | Prioritering like etter at FLO startet 2001<br>N=275-285 | Prioritering etter 1 år med FLO 2002<br>N=232-237 | Differanse mellom prioritering i 2001 og 2002 | KI for differanse mellom 2001 og 2002 |
|--|--|---|---|---------------------------------------|
| Forebyggende arbeid                      | 2.84   | 2.65  | -0.19   | 0.03-0.35                             |
| Kurativt arbeid                          | 4.11   | 3.98  | -0.13   | -0.02-0.28                            |
| Medisinsk habilitering /rehabilitering   | 3.04   | 2.82  | -0.22   | 0.07-0.37                             |
| Pleie og omsorg                          | 3.63   | 3.40  | -0.23   | 0.07-0.37                             |
| Hjelp ved ulykker og akutte situasjoner* | 3.96   | 3.73  | -0.23   | 0.06-0.40                             |

\* legevakt og helsemessig beredskap

Tabell 7.7. Prioritering av hovedoppgaver. Gjennomsnitt av 5 intervaller (hvor 1=lavt og 5=høyt) i 2001 og 2002 og differanse mellom disse. For hver av de fire respondentgruppene.

|   | Prioritering like etter at FLO startet - 2001 |                    |                    |                    | Prioritering etter 1 år med FLO - 2002 |                   |                   |                   | Differanse 2001-2002 |       |       |       |
|---|---|--------------------|--------------------|--------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-------|-------|-------|
|   | RM¶<br>n=<br>81-85                            | OF¶<br>n=<br>67-71 | SM¶<br>n=<br>75-77 | FL¶<br>n=<br>50-52 | RM<br>n=<br>63-67                      | OF<br>n=<br>59-61 | SM<br>n=<br>63-64 | FL<br>n=<br>45-47 | RM†                  | OF‡   | SM§   | FL    |
| Forebyggende arbeid                     | 2.91  | 2.94               | 2.73               | 2.74               | 2.71                                   | 2.83              | 2.55              | 2.49              | -0.20                | -0.11 | -0.18 | -0.25 |
| Kurativt arbeid                         | 4.26  | 3.97               | 4.16               | 3.96               | 3.96*                                  | 3.71*             | 4.14*             | 4.15*             | -0.30                | -0.26 | -0.02 | 0.19  |
| Medisinsk habilitering/rehabilitering   | 2.93  | 3.27               | 3.07               | 2.88               | 2.72                                   | 3.03              | 2.67              | 2.87              | -0.21                | -0.24 | -0.40 | -0.01 |
| Pleie og omsorg                         | 3.71*   | 3.85*              | 3.67*              | 3.17*              | 3.23                                   | 3.56              | 3.49              | 3.3               | -0.48                | -0.29 | -0.18 | 0.13  |
| Hjelp ved ulykker og akutte situasjoner | 4.07*   | 4.07*              | 3.97*              | 3.62*              | 3.67                                   | 3.82              | 3.69              | 3.78              | -0.40                | -0.25 | -0.31 | 0.16  |

¶ RM= rådmann, OF= ordfører, SM= samfunnsmedisiner, FL= fastlege

\* Signifikant forskjell mellom respondentgruppene i 2001 PLO: p<0.001, hjelp ved ulykker og akutte hendelser: p=0.035, i 2002: Kurativt arbeid: p=0.021

† For rådmenn signifikant forskjell 2001-2002 for Kurativt arbeid, Pleie og omsorg og hjelp ved ulykker og akutte situasjoner.

‡ For ordfører signifikant forskjell 2001-2002 for Pleie og omsorg

§ For samfunnsmedisiner forskjell 2001-2002 for medisinsk habilitering og rehabilitering

|| For fastlegen ingen signifikante forskjeller mellom 2001 og 2002.

Tabell 7.8. Prioritering av hovedoppgaver. Gjennomsnitt av 5 intervaller (hvor 1=lavt og 5=høyt) etter kommunistørrelse, i 2001 og 2002 og differanse mellom årene. For alle respondentgrupper.

|  | Kommunistørrelse      |                       |                        |                     |                     |                        |                     |                     |                        |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------|---------------------|------------------------|---------------------|---------------------|------------------------|
|  | 0-4999                |                       |                        | 5000-14999          |                     |                        | 15000+              |                     |                        |
|  | 2001<br>n=<br>136-142 | 2002<br>n=<br>104-106 | Diff§<br>2001-<br>2002 | 2001<br>n=<br>75-78 | 2002<br>n=<br>55-57 | Diff§<br>2001-<br>2002 | 2001<br>n=<br>60-65 | 2002<br>n=<br>39-40 | Diff§<br>2001-<br>2002 |
| Forebygging                                    | 2.82                  | 2.70                  | -0.12                  | 2.81                | 2.47                | -0.34†                 | 2.90                | 2.73                | -0.17                  |
| Kurativt arbeide                               | 4.11                  | 3.93                  | -0.18                  | 4.23                | 3.95                | -0.28                  | 3.95                | 4.13                | 0.18                   |
| Medisinsk<br>habilitering og<br>rehabilitering | 3.09                  | 2.89                  | -0.20                  | 3.01                | 2.62                | -0.39‡                 | 2.97                | 2.77                | -0.20                  |
| Pleie- og omsorg                               | 3.84                  | 3.61                  | -0.23*                 | 3.54                | 3.27                | -0.27                  | 3.29                | 3.33                | 0.04                   |
| Hjelp ved ulykker<br>og akutte<br>situasjoner  | 3.94                  | 3.79                  | -0.15                  | 4.06                | 3.84                | -0.22                  | 3.88                | 3.60                | -0.28                  |

\* KI 0.02-0.44 signifikant

† KI 0.03-0.64 signifikant

‡ KI 0.10-0.68 signifikant

§ Differanse

Tabell 7.9. Prioritering av hovedoppgaver. Gjennomsnitt av 5 intervaller (hvor 1=lavt og 5=høyt) etter helseregion, i 2001 og 2002 og differanse mellom årene for hver region. For alle respondentgrupper.

|   | Helseregion |      |       |      |      |       |      |      |       |            |      |       |      |      |       |
|---|-------------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------------|------|-------|------|------|-------|
|   | Øst         |      |       | Sør  |      |       | Vest |      |       | Midt-Norge |      |       | Nord |      |       |
|   | 2001        | 2002 | Diff§ | 2001 | 2002 | Diff§ | 2001 | 2002 | Diff§ | 2001       | 2002 | Diff§ | 2001 | 2002 | Diff§ |
| Forebygging                                 | 3.06        | 2.87 | -0.19 | 2.77 | 2.48 | -0.29 | 2.89 | 2.58 | -0.31 | 2.71       | 2.77 | 0.06  | 2.67 | 2.47 | -0.20 |
| Kurativt arbeide                            | 4.01        | 4.05 | 0.04  | 4.06 | 3.95 | -0.11 | 4.10 | 3.96 | -0.14 | 4.11       | 3.92 | -0.19 | 4.28 | 4.00 | -0.28 |
| Medisinsk habilitering<br>og rehabilitering | 2.97        | 3.06 | 0.09  | 2.85 | 2.70 | -0.05 | 2.92 | 2.67 | -0.25 | 3.39       | 2.87 | -0.52 | 3.08 | 2.68 | -0.40 |
| Pleie- og omsorg                            | 3.45        | 3.38 | -0.07 | 3.48 | 3.29 | -0.19 | 3.58 | 3.42 | -0.16 | 3.91       | 3.64 | -0.27 | 3.82 | 3.27 | -0.55 |
| Hjelp ved ulykker og<br>akutte situasjoner  | 3.90        | 3.75 | 0.15  | 3.67 | 3.46 | -0.21 | 3.89 | 3.92 | 0.03  | 4.15       | 3.82 | -0.33 | 4.22 | 3.65 | -0.57 |

§ Differanse mellom 2001 og 2002

Tabell 7.10. Prioritering av samfunnsmedisinske oppgaver i forhold til andre helsetjenester som allmennlegetjeneste og pleie og omsorg, 2001 og 2002. Gjennomsnitt av 5-intervallskala og differanse med 95% KI. Samfunnsmedisiner og fastlege samlet.

| Samfunnsmedisinsk oppgave | Prioritering like etter at FLO startet | Prioritering etter 1 år med FLO | Differanse 2001-2002 | KI for differansen |
|---------------------------|--|---------------------------------|----------------------|--------------------|
|                           | N=114-119                              | N=100-107                       |                      |                    |
| Miljørettet helsevern     | 2.55                                   | 2.36                            | -0.19                | -0.06-0.44         |
| Administrasjon og ledelse | 2.84                                   | 2.52                            | -0.32                | 0.12-0.52          |
| Smittevern                | 3.02                                   | 2.82                            | -0.20                | -0.06-0.46         |
| Helsemessig beredskap     | 3.06                                   | 2.65                            | -0.41                | 0.13-0.69          |
| Helseplanlegging          | 2.65                                   | 2.29                            | -0.36                | 0.09-0.63          |
| Helseopplysning           | 2.43                                   | 2.10                            | -0.33                | 0.09-0.57          |

Tabell 7.11. Prioritering av samfunnsmedisinske oppgaver i forhold til andre helsetjenester som allmennlegetjeneste og pleie og omsorg, 2001 og 2002. Gjennomsnitt av 5-intervallskala og differanse med signifikansnivå. Samfunnsmedisiner og fastlege separat.

|                           | Prioritering 2001 |                | Prioritering 2002 |                | Differanse i prioritet mellom SM og FL |         | Signifikansnivå      |                      |
|---------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|--|---------|----------------------|----------------------|
|                           | SM*               | FL*            | SM                | FL             | SM                                     | FL      | Differanse for SM    | Differanse for FL    |
|                           | n=73-76<br>(1)    | n=40-43<br>(2) | n=62-64<br>(3)    | n=37-43<br>(4) | (1)-(2)                                | (3)-(4) | 2001-2002<br>(1)-(3) | 2001-2002<br>(2)-(4) |
| Miljørettet helsevern     | 2.68              | 2.30           | 2.44              | 2.24           | 0.38                                   | 0.20    | ns                   | ns                   |
| Administrasjon og ledelse | 2.99              | 2.57           | 2.65              | 2.33           | 0.42                                   | 0.32    | ns                   | ns                   |
| Smittevern                | 3.05              | 2.95           | 2.89              | 2.72           | 0.10                                   | 0.17    | ns                   | ns                   |
| Helsemessig beredskap     | 3.20              | 2.81           | 2.67              | 2.62           | 0.39                                   | 0.05    | p<0.01               | ns                   |
| Helseplanlegging          | 2.74              | 2.48           | 2.33              | 2.22           | 0.26                                   | 0.11    | ns                   | ns                   |
| Helseopplysning           | 2.49              | 2.32           | 2.09              | 2.12           | 0.17                                   | -0.03   | p<0.02               | ns                   |

\* SM= samfunnsmedisiner, FL= fastlege



## **KAPITTEL 8. DET SAMMENSATTE FOREBYGGENDE HELSEARBEIDET.**

### *Bakgrunn*

I forberedelsene til FLO ble det stilt spørsmål ved de effekter reformen kunne ha på forebyggende helsearbeid (1, 2). Spørsmålene knyttet seg både til hvordan fastlegene ville engasjere seg i individuelt forebyggende arbeide, men bekymringene var nok større med tanke på hvordan det mer grupperettede arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og i grensesnittet mot de mer samfunnsmedisinske oppgavefeltene innen det brede miljørettede helsevernet og i planarbeidet ville utvikle seg. Det har vært klart formulert forventninger om både fastlegenes egen og den kommunale forvaltnings bruk av potensialet i fastlegenes lister i forhold til populasjonsbasert epidemiologi og forebyggende tiltak basert på denne kunnskapen (2-4).

Det er gjennom reformen ikke stilt spesielle ressurser til rådighet for forebyggende arbeid, verken til fastlege utover enkelte takster (bl.a. Grønn Resept) eller for kommunene. Imidlertid var det i kommunene rom for omdisponering mellom klinisk og forebyggende arbeid av legeressursene både i planprosessene like før reformen og ved inngåelse av fastlegekontraktene. I tillegg har det vært rom for politiske og faglige valg i denne tiden, som kunne følge nasjonale helsepolitiske prioriteringer av forebyggende arbeide og faglige utviklingstrekk.

Vi har i det foregående kapitlet redegjort for hvordan denne dimensjonering av legers arbeidstid innenfor dette feltet har utviklet seg under FLO og hvordan dekningsgrad og prioritering av dette har utviklet seg i forhold til andre deler av helsetjenesten under FLO. Vi har vist at de forebyggende oppgaver og tjenester, spesielt innen samfunnsmedisin i løpet av det første året med FLO har hatt en mindre gunstig utvikling med hensyn til legetjenester enn kurative og individrettede tjenester i helsestasjon.

Imidlertid gjøres gruppebasert forebyggende arbeide sannsynligvis bare i begrenset grad av fastleger. Forebyggende helsearbeide er komplekst, gjennom at det i tråd med nyere tenkning gjøres av mange aktører og både direkte og indirekte med mange arbeidsmetoder. Ingen enkeltaktør klarer å få til vesentlig forandring verken på det individuelle eller grupperettete planet eller i (lokal)samfunn. Det dreier seg oftest om prosesser der aktørene bidrar med

enkelte elementer der summen av prosessen gjerne blir mye mer enn summen av enkeltelementene. Dette er grunnelementene i det nye folkehelsearbeidet, partnerskapsmodellen (2).

Å måle aktiviteten, effekten og om mulig effektiviteten av dette arbeidet er derfor utfordrende. Det er likevel viktig å forsøke gjøre det. Med økende forventninger til arbeidet og stadig press på de økonomiske og øvrige ressursrammene må man kunne beskrive disse dimensjonene også ved det forebyggende arbeidet.

#### *Om materiale og metode*

I Norge har det over flere år vært arbeidet med indikatorsystemer som blant annet skulle dekke det behov man har for å vurdere både innsats, effekt og måloppnåelse i det forebyggende arbeid (5-9). De tilgjengelige indikatorer for bruk i forebyggende helsearbeid er innrettet mot risikofaktorer, enkeltdiagnoser eller enkeltaktiviteter, - gjerne innenfor rammen av helsetjenestene, og mindre mot system og samlet aktivitet i den totale kommunale ramme. I erkjennelsen av at det store helseforebyggende arbeidet,- folkehelsearbeidet, - i stor grad foregår utenfor helsetjenestens rammer er det viktig å utvikle evalueringsverktøyene for dette.

Det har i flere andre land vært arbeidet med å utvikle metoder for å kunne evaluere dette samlede folkehelsearbeid. Gjennom store kvalitative og kvantitative studier har man vurdert ulike metoder og omfattende datasett, og mange organisasjoner og yrkesgrupper har vært med (10-20).

I en serie av slike studier har man funnet at selv begrensede deler av disse kan benyttes med (nesten) samme utsagnskraft som et sammensatt og stort antall variabler (13, 16). Vi har benyttet et slikt sett av indikatorer fra evalueringsprosjekt i USA (12-13, 16-19), for å evaluere hvordan det sammensatte lokale folkehelsearbeidet - forsøksvis kalt integrert forebyggende arbeid - har utviklet seg i årene rundt innføringen av FLO.

Evalueringsmetoden baserer seg på identifisering av tre kjernefunksjoner med 10 organisatoriske aktiviteter i folkehelsearbeidet og en sammenligning mellom lokale enheters (i Norge vil dette være kommuners) rapportering av disse aktivitetene. De tre kjernefunksjonene i folkehelsearbeidet er beskrevet som følgende, også med operasjonalisering av begrepene (fritt oversatt etter Miller CA 1993) ( 12):

**Helseovervåkning:** Systematisk samling, sammenstilling, analyse og formidling av informasjon om helsen i lokalsamfunnet. Overvåkningsaktivitetene inkluderer overvåkning av både individuelle risikofaktorer og samfunnstrekk (for eksempel ulykker), forekomst av sykdom, helsetjenestebehov, undersøkelse av forekomst av helseeffekter og helsetrusler og analyse av faktorer som påvirker identifiserte helsebehov i (lokal)samfunnet. (Det tilsvarende begrep som har vært utviklet i Norge er Kommuned diagnose og Kommunehelseprofiler).

**Politikkutvikling:** Ta ansvar for å tjene allmennhetens/offentlighetens interesser i utviklingen av en omfattende folkehelsepolitikk gjennom bruk av vitenskapelig kunnskap i beslutningsprosesser. Aktiviteter innen politikkutvikling inkluderer spesifikt å være talsmann folkehelse, bygge nettverk, identifisere ressurser i samfunnet, prioritere mellom helsebehov, og utvikle planer og retningslinjer/prinsipper for å møte prioriterte helsebehov.

**Oppfølging/kontroll:** Sikre innbyggerne de tjenester som er nødvendig for å nå omforente mål, enten ved at de tilbys av andre (private eller offentlige aktører), - noe som krever styrings/reguleringsaktiviteter, eller ved at tjenester tilbys direkte. Oppfølgings- og kontrollaktivitetene inkluderer spesifikt håndtering/forvaltning av ressurser og utvikling av organisasjonsstrukturer, iverksettelse av planer, evaluering av aktiviteter, kvalitetssikring, og å informere og undervise målgruppene.

De ti aktivitetene beskriver de organisatoriske og kollektive prosessene hvor ressursene i folkehelsearbeidet (arbeidskraft, informasjon, organisatoriske relasjoner) brukes i det omfattende arbeidet med kjernefunksjonene i folkehelsearbeidet. Disse prosessene gir resultater som kan sees i form av planer og tjenester som intenderer å forbedre lokalsamfunnets helse, - det endelige mål for folkehelsesatsingen.

Vi har brukt en tidligere ikke benyttet oversettelse av spørsmålene som er anbefalt fra USA, hvor vi oversettelsesprosessen har gjort tilpasninger for norsk helsetjeneste og kommunal organisering.

Ved telefonintervjuene brukte vi spørsmålssettet som fremkommer i tekstboks 8.1, som dekker de 3 kjernefunksjonene og syv av de ti organisatoriske aktivitetene for folkehelsearbeidet. Selv

om det foreligger indikasjoner på at 4 enkeltspørsmål kan gi et generelt estimat av folkehelseprestasjonen i en lokal enhet/kommune, anbefales ikke dette (17). Vi har ved dette eksplorerende forsøket benyttet de 4 enkeltspørsmålene som er rapportert å ha størst prediktiv styrke og et tillegg av 3 av de totalt 26 aktivitetene som inngår i det store instrumentet. Vi valgte også for tre av spørsmålene å spørre hvem som gjennomførte undersøkelsene evt. tok initiativ til aktiviteten. Utvalget baserer seg på en vurdering etter pilotundersøkelse på hvor kjent spørsmålene ville være for våre respondenter. De syv spørsmålene dekker alle tre kjernefunksjonene.

Vi har valgt å presentere samfunnsmedisinerens svar på spørsmålene. Dette ut fra at vi ser at denne yrkesgruppen hadde minst bruk av "Vet ikke", og at sannsynligheten er større for at de har den aktuelle informasjon enn de andre yrkesgruppene vi har svar fra. Også ut fra erfaringer med instrumentet mener man at leder for lokal helsetjeneste (som samfunnsmedisinerne fortsatt ofte er) skal kunne gi tilstrekkelig informasjon (13).

### *Resultater*

#### *Helseovervåkning*

For de siste tre årene før FLO ble igangsatt, rapporterte en fjerdedel av samfunnsmedisinerne at det i deres kommune var gjennomført noen form for undersøkelse av deltagerfrekvenser for forebyggende undersøkelser (screeningsundersøkelser) i kommunen (tabell 8.1). En femtedel rapporterte at de hadde gjort behovsundersøkelser basert på statistiske data. Og to femtedeler svarte at de hadde gjort undersøkelser av smittsomme tilstander eller spesielle helsetrusler. De tilsvarende tall for det første året etter FLO var 11, 3 og 37 prosent. Tallene er ikke sammenlignbare fordi de dekker ulike tidsperioder.

Det er forskjell i aktivitetene avhengig av kommunestørrelse slik at store kommuner hadde hyppigere undersøkelser av smittsomme tilstander eller spesielle helsetrusler tre år før ( $p=0.010$ ) og ett år etter FLO ( $p=0.012$ ).



### *Politikkutvikling*

For de siste tre årene før FLO ble igangsatt rapporterte halvparten av samfunnsmedisinerne at det var fremmet forslag til retningslinjer for prioriteringer av helsetiltak (tabell 8.1) og to tredjedeler rapporterte at man det siste året før FLO hadde informert politikere i forhold til prioriteringer mellom helsetiltak (tabell 8.2). De tilsvarende tall for det første året etter at reformen var igangsatt var en tredjedel og halvparten. Forskjellen mellom de to årene i forhold til det å informere om prioriteringer mellom helsetiltak var signifikant ( $p=0.011$ ), det vil si at det første året etter FLO gjorde man dette i mindre grad enn året før FLO med innført.

Det siste året før reformen ble innført hadde en tredjedel laget en helseplan hvor befolkningen på noen måte hadde deltatt, mens en sjuendedel hadde laget slik det første året etter FLO (tabell 8.2). Denne forskjellen var signifikant ( $p=0.005$ ).

Det var ingen signifikante forskjeller mellom kommunestørrelser.

### *Oppfølging/kontroll*

Det siste året før FLO anga 5% at det var gjort en evaluering av hvilken betydning den samfunnsmedisinske og offentlige legetjenesten hadde for helsen til befolkningen, mens ingen rapporterte slik aktivitet i 2002.

### *Total skår for kjernefunksjonene*

Vi har beregnet samleskår for aktivitetene ved å adderer positive svar på spørsmålene. Med dette får vi et samlet uttrykk for kjernefunksjonene i kommunen, slik samfunnsmedisineren kan rapportere det. Vi har laget én samleskår for de 4 enkeltspørsmålene med størst prediktiv styrke og én for alle 7 spørsmålene med henholdsvis 0 og 0 som minimum og 4 og 7 som maksimum. For 2001 var gjennomsnittverdien for disse to skårene henholdsvis 0.65 og 1.27 og for 2002 0.30 og 0.67. Skårene er imidlertid ikke sammenlignbare, da enkelte av spørsmålene dekker ulik tidsperiode. For korrekt sammenligningsgrunnlag må observasjonstiden for 4 av aktivitetene være tre år.

Gjennomsnittverdier for skårene de ulike kommunestørrelsene for hvert år viser små og insignifikante forskjeller mellom kommunestørrelsene (tabell 8.3).

### *Hvem tok initiativ til og gjennomførte aktivitetene?*

For å få et innblikk i hvordan samarbeidsspekteret rundt kjernefunksjonene innenfor folkehelsearbeidet var, bad vi om informasjon om hvem som hadde gjennomført eller tatt initiativ til undersøkelsene eller aktivitetene. Besvarelsene var åpne svar, og vi har kategorisert dem i etterhånd.

I forhold til overvåkningsaktivitetene var det mange ulike kombinasjoner av aktører involvert. Vi fant at det var to vesentlige kombinasjoner av aktører - en der kommunen sto alene om undersøkelsen eller samarbeidet med sykehus eller Statens helseundersøkelser, og en der Statens helseundersøkelser (nå Folkehelseinstituttet) og forskningsinstitusjon samarbeidet om en undersøkelse i kommunen (tabell 8.4).

De fleste undersøkelser av hvor mange som hadde deltatt i forebyggende tiltak var utført av Statens helseundersøkelser og/eller forskningsinstitusjon både de tre siste årene før og det første året etter FLO ble innført (tabell 8.4).

De tre siste årene før FLO var det jevn fordeling mellom aktørene når det gjaldt hvem som laget undersøkelser av befolkningens helsebehov. Det ble rapportert kun én slik gjennomført undersøkelse det første året etter FLO, - utført av kommunen.

Svarene på hvem som tok initiativ til å informere politikere i forhold til prioriteringer mellom helsetiltak var oftest entydige, men det fremkom også her kombinasjoner av aktører. Disse er kategorisert etter vanlige organisatoriske linjer i kommunal sektor (tabell 8.4). Kommunelege I eller tilsvarende hadde oftest tatt initiativ både før og etter innføringen av FLO (tabell 8.4), i økende grad fra 2001 til 2002. Kommunelege I var også involvert sammen med andre i å ta initiativ, og det synes derfor som om denne yrkesgruppen ofte bidro til at det ble tatt initiativ til å informere politikere i forhold til prioriteringer mellom helsetiltak.

### *Diskusjon*

#### *Metode*

Vi har brukt spørsmål som fanger noen aspekter ved det totale forebyggende helsearbeidet, også kalt folkehelsearbeidet og det integrerte forebyggende arbeidet som foregår i kommunen. Det er godt belegg for at disse kan fungere som indikatorer for det øvrige arbeidet: dersom disse aktivitetene er på plass er det sannsynlig at det øvrige nødvendige arbeide også er på

plass (13). Indikatorene kan bidra til å kaste lys på sentrale elementer av folkehelsearbeidet: forebyggende tjenester, politisk arbeid og aksjon, planlegging og evaluering.

Tilsvarende metodikk er utprøvd over mange år i andre land, med annen lokal organisering av folkehelsearbeid, andre aktører og andre ressurser. Det synes klart at folkehelsearbeid kan defineres, måles og overvåkes, og at dette kan ha betydning i forhold til forbedringsprosesser.

I Norge er vi kommet kort i å bli enige om hva som kan og skal vurderes for å avklare kvaliteten på lokalt (og nasjonalt) folkehelsearbeid. Bevisstheten om behovet for i det hele å gjøre slik vurdering er heller ikke høy, spesielt ikke på lokalt nivå. Med økende fokus på forebygging og helsefremmende arbeid, økte ressurser til arbeidet og en økende ansvarsoverføring fra sentrale myndigheter til kommunalt nivå også på dette området vil det imidlertid være behov for å kunne si noe om kvaliteten i arbeidet. Dette vil kunne gi grunnlag for sammenligninger, kvalitetsutvikling, kompetanseøkende tiltak og kanskje også godkjenningsprosesser av betydning i forhold til både oppgavefordeling og finansiering (19-21).

Et slik evalueringssystem må tilpasses det enkelte lands helsetjeneste- og annen organisering, helsepolitiske målsettinger, profesjonsstruktur og annen infrastruktur av betydning for folkehelsearbeidet og finansieringsmodeller. Disse representerer betydelige barrierer mot sammenligning. Men man bør kunne bygge videre på det andre land har gjort og lære av deres erfaringer.

Vi har benyttet en første oversettelse av deler av et evalueringssystem man har utviklet i USA. Dette gir noen svakheter som kan kompenseres ved videre validering og utvikling av instrumentet. Vi mener å ha vist at instrumentet har relevans for Norge og kan benyttes i Norge. Instrumentet må ytterligere utvikles med vurdering av flere andre elementer, så som validering (22, 23), gis lengre observasjonstid og analyser av ulike informatorer (24). Man må utvikle metoder for å bruke instrumentet utenfor forskning og evaluering av overordnet helsepolitikk. Dette fordi man på lokalt og regionalt nivå trenger stimulans til refleksjon over og responser på egen virksomhet i lys av sammenligning med andre virksomheter (25, 26). Selv om man i Norge i stor grad har et offentlig basert folkehelsearbeide, er andre aktive aktører utover de kommunale. Og ikke minst i forhold til partnerskapstenkningen som nå er

viktig i folkehelsearbeidet er det viktig å vurdere disses betydning i forhold til det totale forebyggende helsearbeidet (27).

Men gjør man dette kan man få bærekraftige hjelpemidler til utvikling av folkehelsearbeidet.

Noen av indikatorene er avhengig av en observasjonstid på 3 år. Dette er oppfylt for tiden før FLO men undersøkelsen etter FLO ble gjort kun ett år etter innføringen og betingelsene for å konkludere noe fra disse er ikke tilstede. De har også en karakter som gjør at det ikke er tilrådelig å fordele frekvensene for tre år ned på 1 år.

Svarprosentene varierer fra spørsmål til spørsmål. Dette kan delvis ha sammenheng med at respondentene hadde ulik fartstid i stillingen og betraktet seg som mer eller mindre informert i forhold til historien i sin kommune. Dette slo sannsynligvis spesielt ut i forhold til indikatorene som krever en observasjonstid på tre år. Både interesse for og relasjonen til den kommunale organisasjon influerer både svarprosent og nøyaktigheten i rapporteringen. Vi har i annet kapittel påvist at det i 3-årsperioden før FLO ble igangsatt var stor utskiftning i de samfunnsmedisinske stillingene. Dette kan ha fått betydning i forhold til svarprosent og presisjonen av svarene.

Ut fra at "vet ikke"-kategorien er benyttet tror vi at de som faktisk har besvart spørsmålene har angitt situasjonen i sin kommune korrekt, og vi tror kanskje det heller er under-rapportering av de aktuelle aktivitetene.

På den annen side er det rapporterte aktivitetsnivå kanskje noe over gjennomsnittlig høyt fordi kommunene i begge observasjonsperiodene våre var preget av prosessen rundt etableringen av FLO, med spørsmål om fordeling av ressurser mellom oppgavene og tjenestene både på faglig, administrativt og politisk nivå og med planleggingsaktiviteter.

### Samleskår

Samleskårene kan fortelle noe om samvariasjon mellom de enkelte variablene skårene består av. Det vil si at de kan fortelle om det er opphopning av de aktuelle aktiviteter avhengig av for eksempel organiseringsmodell, kommunestørrelse, geografi, tilgjengelig kompetanse eller lignende i kommunene. Med slike observasjoner over tid, vil man kunne finne ut om én aktivitet føder en annen, det vil si at det kanskje er slik at dersom man har én aktivitet bygges de andre lettere til. Samleskåren basert på 4 spørsmål er vist å ha spesiell utsagnskraft, og skulle kunne være en indikator på det samlede folkehelsearbeid.

Dersom vi holder resultatene for 2001 fra vår undersøkelse opp mot de amerikanske undersøkelsene kommer Norge nokså svakt ut. Av 4 mulige hadde altså kommunene i gjennomsnitt gjennomført 0.65 aktiviteter og av 7 mulige 1.27 i 2001.

De aktiviteter dette gjelder (tekstboks 8.2) er fra alle tre kjernefunksjonene i folkehelsearbeidet og dekker sentrale funksjoner i faglig, administrativ og politisk engasjement i og for helsetjenestene. Dette var altså i liten grad på plass i norske kommuner i 2001.

Imidlertid er kommunene i Norge klart mindre enn de vi kan sammenligne skår fra, og dette forklarer nok noe av forskjellen i forhold til de amerikanske tallene. Samleskårene for 2002 kan ikke sammenlignes direkte, da observasjonstiden er ulik.

Vi tror at med ytterligere bearbeiding av metoden og 3 års observasjonstid på de aktuelle variablene vil vi ha en interessant indikator for det forebyggende arbeidet i kommunal sektor, hvor både politiske, organisatoriske, faglige og medvirkningsmessige aspekter som må vurderes inngår i et poengtert, begrenset og overkommelig spørsmålsinstrument.

#### ***Tekstboks 8.2. Fire spørsmål med størst prediktiv styrke.***

- *Har det i din kommune/bydel vært laget en undersøkelse av befolkningens behov for helsetjenester inkludert forebyggende tjenester, hvor statistiske data om sykkelighet, dødelighet og befolkningsstatistikk inngikk?*
- *Har helseetaten eller helseavdelingen, inkludert kommunelege I i din kommune/bydel tatt initiativ til å informere politikere i forhold til prioriteringer mellom helsetiltak?*
- *Har det i din kommune/bydel blitt laget eller revidert en helseplan hvor befolkningen har deltatt i planprosessen?*
- *Har det i din kommune/bydel vært gjort en evaluering av hvilken betydning den samfunnsmedisinske og offentlige legetjenesten har for helsen til befolkningen i kommunen?*

### *Helseovervåkning*

Bare en fjerdedel av respondentene hadde over 3-årsperioden før FLO gjennomført noen form for undersøkelse av hvor mange som deltok i forebyggende tiltak som for eksempel undersøkelser i helsestasjon og skolehelsetjeneste, mammografi- og hjerte/kar-undersøkelser.

Dette spørsmålet retter seg mot å finne hvor stor andel og hvilken del av befolkningen som benyttet og hvilken del som ikke benyttet seg av slike primærforebyggende tilbud og screeningtilbud. Størstedelen av de rapporterte tilfellene var gjennomført i et samarbeid med forskningsinstitusjoner og/eller statlige organisasjoner (for eksempel det tidligere SHUS). Det betyr at kommunene selv i liten grad gjør slike undersøkelser, selv om de står ansvarlig for mange forebyggende tiltak innenfor for eksempel helsestasjon og skolehelsetjeneste, eldreomsorg, og indirekte gjennom allmennlegetjenesten. Dette betyr igjen at man i liten grad har oversikt over sin egen innsats og de mulige effektene av innsatsen.

Disse deltagerundersøkelser ble altså gjennomført av forsknings- og statlige institusjoner. Det er interessant å spørre om hva slags informasjon kommunene får ut av slike, om de kan nyttiggjøre seg og faktisk bruker informasjonen i disse og på hvilken måte. Dette finnes det ikke noen samlet oversikt over, men ut fra for eksempel Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er det få kommuner som etterspør og faktisk bruker slik tilgjengelig informasjon i den kommunale hverdag (muntlig meddelelse)

En femtedel av kommunene anga at de hadde gjort undersøkelse av befolkningens helsebehov hvor bruk av statistiske data inngikk. Dette er overraskende lite, sett i forhold til at det i undersøkelsesperioden var en stor helsereform i emning, der man skulle prioritere og dimensjonere tjenestene i forhold til befolkningens behov og faglige og politiske målsettinger. Det er også skuffende lite i forhold til de forventninger som uttrykkes i Folkehelsemeldingen om overvåkning, planlegging og konsekvensutredninger (2).

Da er det interessant at en langt høyere andel, 40%, hadde gjennomført undersøkelse av uvanlig, skadelig eller uheldig sykdomstilfelle over de siste tre årene før FLO og hele 37% over det første året etter FLO. Dette er sannsynligvis knyttet mer til lokale ressurser, kanskje spesielt medisinsk-faglig kompetanse, enn de forannevnte aktivitetene. Det betyr at det i en del av kommunene finnes kompetanse på dette og at den brukes. Det kan også tolkes til at dette er

en aktivitet det er erkjent behov for. Slik sett er det mange kommuner hvor slike undersøkelser burde vært gjort, men man har kanskje ikke slik kompetanse tilgjengelig.

At større kommuner i større grad enn mindre har gjort noen flere undersøkelser av smittsomme sykdommer overrasker vel lite, i det det er noe større sannsynlighet for at de har nødvendig kompetanse for dette enn i mindre kommuner, for eksempel spesialister i samfunnsmedisin (28).

#### *Politikkutvikling*

Slik vi har brukt begrepet politikkutvikling inngår både informasjonsarbeide overfor mange aktører, premissleveranse og beslutningstøtte overfor politisk nivå på ulike måter. Denne undersøkelsen viser at det både før og etter FLO har vært et rimelig høyt aktivitetsnivå i forhold til å tydeliggjøre prioriteringsspmål og informasjon overfor politikere. Dette har vært naturlig i forhold til at kommunene skulle tilpasse seg reformen.

Men det har vært klart mindre aktivitet knyttet til å lage en sammensatt helseplan med deltagelse av befolkningen. Dette kan tyde på at arbeidet har vært mindre systematisk enn det ideelt sett kunne vært, og at bredden og sammenhenger ikke er ivaretatt.

Mye av dette arbeidet kan og vil ofte være initiert av og/eller drives med samfunnsmedisinere som nødvendige aktører. At det ikke gjøres er bekymringsfullt for kommuneorganisasjonen men også for fagfolk som man ellers forventet skulle ha dette som vesentlig oppgave.

For både informasjonsvirksomhet overfor politikere om prioriteringer og i forhold til helseplan er det signifikante forskjeller mellom tiden før og etter FLO, ved at aktivitetsnivået er redusert. Dette kan forstås som et uttrykk for at man i tiden rett før FLO var spesielt og uvanlig aktiv og at nivået etter FLO var mer "vanlig". FLO skulle med denne forståelsen ikke bety noe negativt. Imidlertid var nivået både før og etter FLO bekymringsfullt lavt, og man skulle forvente at erfaringene i den mer aktive perioden før FLO skulle både inspirere og gi kompetanse til videre utvikling av slikt arbeide.

Men holdt opp mot våre data omkring samfunnsmedisinernes arbeidstid, dekning av lovpålagte oppgaver og prioriteringer av hovedoppgaver og samfunnsmedisinske oppgaver er resultatet

ikke overraskende. Disse dataene forteller hvilke aktiviteter som ikke blir gjort når forebyggende oppgaver ikke blir dekket eller prioritert.

#### *Oppfølging/kontroll*

Vårt spørsmål om evaluering av betydningen av samfunnsmedisinske og offentlige legetjenester ble i svært liten grad besvart positivt. Den type evaluering man her etterspør er komplisert, men sammen med kompetanse på de øvrige feltene skulle dette spørsmålet kunne besvares positivt av langt flere. Man hadde altså ikke kompetanse og kapasitet til å gjøre det i de aller fleste kommunene verken i de tre årene før eller året etter innføringen av FLO. Dette forsterker inntrykket av at kommunene ikke har tilgjengelig nødvendig kompetanse for nødvendige vurderinger av ressursbruk innenfor forebyggende virksomhet.

#### *Hvem tok initiativ til og gjennomførte aktivitetene?*

Størstedelen av undersøkelsene på deltagerfrekvenser på forebyggende undersøkelser og befolkningen helsebehov var gjennomført av sentrale forsknings/statlige organisasjoner. Det beskriver at mange undersøkelser foregår i regi av store institusjoner, - og omfatter nok flere kommuner og sikrer derved høyere kvalitet i noen ledd. Men det er da viktig å spørre hvordan det legges til rette for lokalt engasjement ved og senere lokal bruk av disse undersøkelsene. Her møter man spenningsfeltet mellom stor-skala forskning og screening og små-skala planlegging, drift og evaluering. Det er forskjell på arbeidsmetodene, men uansett vil det meste av det forebyggende arbeide foregå lokalt og både utvalg av indikatorer, presentasjon av og kommunikasjon om resultater må forsøkes tilrettelagt for lokalt nivå.

Samfunnsmedisineren fremkommer som en viktig aktør i forhold til å ta initiativ over politikerne. Vår informatør var samfunnsmedisineren, og det er derfor ikke uventet at vedkommende kanskje vil legge mer vekt på eget eventuelt tidligere kollega betydning i forhold til aktivitetene. Men det er så stor forskjell mellom de aktuelle instansenes relative betydning at vi mener det er sannsynliggjort at samfunnsmedisinerne har en avgjørende rolle i forhold til initiativtakning overfor politikere i forhold til prioritering mellom helsetiltak.



### *Konklusjon*

I dette kapitlet har vi ved hjelp av en serie spørsmål prøvd å få et samlet inntrykk av det sammensatte forebyggende helsearbeidet. Metoden har sine svakheter men vi mener den har gitt nyttig informasjon om situasjonen for dette arbeidet hvis den fortolkes sammen med de øvrige resultater fra de andre kapitlene.

Resultatene fra denne studien viser at det er grunn til bekymring over folkehelsearbeidet på bredt kommunalt nivå, noe som samsvarer med tidligere kapitler basert på annet datagrunnlag.

Både helseovervåking og evaluering ble gjort i begrenset grad, mens politikktutvikling ble gjort oftere, sannsynligvis knyttet til arbeidet med fastlegereformen. I alle kommunestørrelser var det rom for forbedringer.

Alle aktivitetene vi har evaluert krever samarbeide mellom fag, administrasjon og politikk. Det er da nødvendig med både tverrfaglig kompetanse og kapasitet, og etterspørsel og aktiv bruk av resultatene av aktivitetene. Slik sett er det nedslående resultatet for de samlede aktiviteter en oppfordring for flere aktører i kommunal sektor.

Det synes å være behov for betydelig kapasitets- og kompetanseøkning og kvalitetsforbedring i folkehelsearbeidet. Strukturelle endringer kan være nødvendige, kanskje spesielt for mindre kommuner. I praksis kan dette arte seg som både økonomiske incentiver, kommunesamarbeid eller -sammenslåing, utdanningsmessige satsinger, skifte i ansvarsforhold eller endrede samarbeidsmønstre mellom aktører på lokal arena.

#### REFERANSER:

1. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens Trykning, 1998.
2. St. meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
3. Fjermestad T. Fastlegeordningen og samfunnsmedisinske perspektiver i Trondheim. Utposten 1995; 24(5); 200-202.
4. Halvorsen I.- Hva mener OLL? Utposten 1997; 26(3): 119-120.
5. St. meld. nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
6. Det statlige styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene ("Hjulet"), innarbeidet i Kostra (kommune-stat-rapportering).
7. Pettersen B. Erfaringer med statistikk og informasjonssystemer i helsetjenesten. Indikatorer for tjenestene. Utredningsrapport nr U2 - 1992.
8. Pettersen B. Indikatorer for rehabilitering og forebygging. Notat til Sosialdepartementet, 1. april 1993.
9. Norgeshelsa. Norgeshelsa er et presentasjonsprogram som brukes til å gi en beskrivelse av helsetilstanden til befolkningen i Norge. Det foreligger data om helsetilstand og risikofaktorer, med mindre vekt på helsetjenester. [www.norgeshelsa.no](http://www.norgeshelsa.no)
10. Johnston NH, Venkat Narayan KM, Ruta DA. Development of indicators for quality assurance in public health medicine. *Quality in Health care* 1992; 1:225-230.
11. Bhopal RS, Thomsen RG, White M, Watson A. Audit in public health medicine: the Northern Region's approach. *Journal of Public Health Medicine* 1993; 15(3):255-262.
12. Miller CA, Moore KS, Richards TB. The impact of critical events of the 1980s on core functions for a selected group of local health departments. *Public Health Reports*, Nov-Dec 1993; 108:6, 695-700.
13. Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKaig C. A screening survey to assess local public health performance. *Public Health Rep.* 1994; 109:659-664.
14. Alpin VCL, Bhan A, Bennet J; Bergmann M. Regional organisational audit of district departments of public health. *Quality in Health Care* 1994; 3:92-96.
15. Turnock BJ, Handler AA, Dyal WW, et al. Implementing and assessing organizational practices in local health departments. *Public health reports* 1994; 109(4), 479-484.
16. Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, et al. Assessing public health practice: Application of ten core function measures of community health in six states. *Am J Prev Med* 1995; 11(suppl 2):36-40.

17. Mullett M, Rawding N, Brown CK, et al. Descriptive epidemiology of local public health systems. *Am J Prev Med* 1995; 11 (suppl 2):9-16.
18. Miller CA, Richards TB, Christenson GM, Koch GG. Creating and validating practical measures for assessing public health practices in local communities. *Am J Prev Med* 1995; 11 (suppl 2): 24-8.
19. Turnock BJ, Handler AS. From measuring to improving public health practice. *Annu Rev Public health* 1997; 18:261-82.
20. Pickett G, Romani JH. Accrediting local health departments: potentials and pitfalls. *J Public Health Manag Pract* 1998 Jul; 4(4):54-62.
21. Greenberg EL. How accreditation could strengthen local public health: an examination of models from managed care and insurance regulators. *Journal of Public Health Management Practice* 4, no 4 (1998): 13-16.
22. Miller CA, Richards TB, Davis SM, et al. Validation of a screening survey to assess local public health performance. *J of Public Health Management and Practice* 1, no 1 (1995): 63-71.
23. Kvamme OJ, Mainz J, Helin A, et al. Oversettelse av spørreskjema. Et oversett metodeproblem. *Nord Med* 1998; 113:363-6.
24. Margolis LH, Parker EA, Eng E. Who speaks for public health agencies: Assessing the core functions in local health departments. *J Public Health Management Practice*, 1999, 5(3):47-53.
25. Suen J, Christenson GM, Cooper A, et al. Analysis of the current status of public health practice in local health departments. *Am J Prev Med* 1995;11(suppl 2): 51-4.
26. Freund CG, Liu Z. Local Health department Capacity and Performance in New Jersey. *J of Public Health Management Practice*, 2000, 6(5), 42-50.
27. Halverson PK, Miller CA, Kaluzny AD, et al. Performing public health functions: the perceived contribution of public health and other community agencies. *J Health Hum Serv Adm* 1996 Winter; 18(3): 288-303.
28. Pettersen Betty. Faktadel til Generalplan for samfunnsmedisin. Oslo, DnLf. 2001.

Tabell 8.1. Kjerneaktiviteter i folkehelsearbeidet siste 3 år før og første år etter Fastlegereformen. Samfunnsmedisinere. Antall og prosent, signifikansnivå. 2001 og 2002.

|  | Siste 3 år før reformen |          |      | Første år etter reformen |          |      | Signifikansnivå forskjell før og etter FLO |
|--|-------------------------|----------|------|--------------------------|----------|------|--|
|  | N=75-77                 |          |      | N=62-65                  |          |      |  |
|  | Ja                      | Vet ikke | % ja | Ja                       | Vet ikke | % ja |  |
| <b>Helseovervåkning</b>  |                         |          |      |                          |          |      |  |
| - Er det gjort undersøkelse av hvor mange som har deltatt i forebyggende tiltak*                             | 19§                     | 10       | 25   | 7§                       | 2        | 11   | ‡  |
| - Er det gjort undersøkelse av befolkningens helsebehov, hvor bruk av statistiske data† inngikk?             | 15§                     | 11       | 20   | 2§                       | 0        | 3    | ‡  |
| - Er det gjort undersøkelse av uvanlig, skadelig eller uheldig sykdomstilfeller eller helsetrusler           | 31                      | 7        | 41   | 24                       | 0        | 37   | ‡  |
| <b>Politikkutvikling</b>   |                         |          |      |                          |          |      |  |
| - Har helseetat, inkludert kommunelege I fremmet forslag til retningslinjer for prioritering av helsetiltak? | 37                      | 11       | 49   | 20                       | 1        | 32   | ‡  |

\* for eksempel deltagelse i tilbud på helsestasjon, i skolehelsetjeneste, på mammografi- og underlivsundersøkelser og hjerte/kar-undersøkelser.

† om sykkelighet, dødelighet og befolkningsstatistikk

‡ ikke direkte sammenlignbare, ingen testing

§ Tabell 8.4 gir data for hvem som gjennomførte undersøkelsen

Tabell 8.2. Kjerneaktiviteter i folkehelsearbeidet siste 1 år før og første år etter Fastlegereformen. Samfunnsmedisinere. Antall og prosent. 2001 og 2002.

|   | Siste året før reformen |          |      | Første år etter reformen |          |      | Signifikansnivå |
|---|-------------------------|----------|------|--------------------------|----------|------|-----------------|
|   | N=65-70                 |          |      | N=62-65                  |          |      |                 |
|   | Ja                      | Vet ikke | % ja | Ja                       | Vet ikke | % ja |                 |
| <b>Politikkutvikling</b>  |                         |          |      |                          |          |      |                 |
| - Har helseetat, inkludert kommunelege I tatt initiativ til å informere politikere i forhold til prioriteringer mellom helsetiltak?     | 50§                     | 6        | 66   | 32§                      | 0        | 50   | p=0.011         |
| - Har det blitt laget eller revidert en helseplan hvor befolkningen har deltatt i planprosessen?  | 23                      | 11       | 30   | 9                        | 2        | 14   | p=0.005         |
| <b>Oppfølging/kontroll</b>  |                         |          |      |                          |          |      |                 |
| - Har det vært gjort evaluering av hvilken betydning den samfunnsmedisinske og offentlige legetjenesten har for folkehelsen i kommunen? | 4                       | 6        | 5    | 0                        | 0        | 0    | p=0.120         |

§ Tabell 8.4 gir data om hvem som tok slikt initiativ

|| Tabell 8.4 gir data om resultatet av denne evalueringen

Tabell 8.3. Total skår for kjerneaktiviteter i folkehelsearbeidet 2001 og 2002. Gjennomsnitt for summen av henholdsvis 7 og 4 inkluderte variabler etter kommunestørrelse.

| Kommunestørrelse | År          |             |             |             |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                  | 2001        |             | 2002        |             |
|                  | N=36-66     |             | N=22-66     |             |
|                  | 7 variabler | 4 variabler | 7 variabler | 4 variabler |
| 0-4999           | 0.97        | 0.52        | 0.52        | 0.27        |
| 5000-14999       | 1.78        | 0.82        | 0.67        | 0.30        |
| 15000+           | 1.31        | 0.67        | 1.09        | 0.45        |
| Signifikansnivå* | p=0.071     | p=0.135     | p=0.114     | p=0.951     |

\* for forskjell mellom gjennomsnitt mellom kommunestørrelser det aktuelle år

Tabell 8.4. Fordeling av aktører som utførte de enkelte kjerneaktiviteter i folkehelsearbeidet før og etter Fastlegereformen. Samfunnsmedisinere. Antall og prosent. 2001 og 2002.

| <b>Overvåkning</b>  | Hvem undersøkte hvor mange som har deltatt i forebyggende tiltak*?  |                     |                     |      |
|---|---|---------------------|---------------------|------|
|   | 3 år før reformen   | 1 år etter reformen |                     |      |
| Kommune - evt. i samarbeid med statlig nivå   | 4   | 1                   |                     |      |
| Forskningsinstitusjon /statlig organisasjon   | 15  | 6                   |                     |      |
|   | Hvem laget undersøkelse av befolkningens behov, hvor bruk av statistiske data** inngikk?  |                     |                     |      |
|   | 3 år før reformen   | 1 år etter reformen |                     |      |
| Kommune - evt. i samarbeid med statlig nivå   | 5   | 1                   |                     |      |
| Forskningsinstitusjon /statlig organisasjon   | 6   |                     |                     |      |
| Kommune - evt. i samarbeid med statlig nivå   |   |                     |                     |      |
| Vet ikke/blank/uklart   | 4   | 1                   |                     |      |
|   | <b>Politikkutvikling</b>  |                     |                     |      |
|   | Hvem tok initiativet til å informere politikere i forhold til prioriteringer mellom helseiltak?                                       |                     |                     |      |
|   | 1 år før reformen   |                     | 1 år etter reformen |      |
|   | Antall  | %                   |                     |      |
| Kommunelege I eller tilsvarende   | 29  | 58                  | 21                  | 68   |
| Helseavdelingen   | 6   | 12                  | 2                   | 6    |
| Høyere administrativt nivå  | 2   | 4                   | 3                   | 9    |
| Kommunelege I eller tilsvarende og høyere administrativt eller politisk nivå sammen | 6   | 12                  | 3                   | 9    |
| Andre   | 5   | 10                  | 2                   | 6    |
| Vet ikke/blank  | 2   | 4                   | 1                   | 3    |
| Total   | 50  | 100                 | 32                  | 101* |
|   | <b>Oppfølging/kontroll</b>  |                     |                     |      |
|   | Hva ble resultatet av evaluering av betydningen av den samfunnsmedisinske og offentlige legetjenesten har for folkehelsen i kommunen? |                     |                     |      |
|   | 3 år før reformen   |                     | 1 år etter reformen |      |
|   | Ingen anga noe svar   |                     |                     |      |

\* høyere enn hundre på grunn av avrundningseffekt

*Det gjøres mange undersøkelser av forebyggende karakter i ulike grupper av befolkningen. Noen eksempler på dette er undersøkelser i helsestasjon og skolehelsetjeneste, mammografi- og underlivsundersøkelser og hjerte/karundersøkelser, og det gjøres nok mange andre lignende undersøkelser i kommuner og bydeler.*

**Over de siste 3 år før fastlegereformen/det første året etter fastlegereformen:**

- *Har det vært gjennomført undersøkelser i din kommune/bydel på hvor mange som har deltatt i slike forebyggende tiltak?*
- *Har det i din kommune/bydel vært laget en undersøkelse av befolkningens behov for helsetjenester inkludert forebyggende tjenester, hvor statistiske data om sykkelighet, dødelighet og befolkningsstatistikk inngikk?*

*Fra tid til annen oppstår det mistanke om epidemier og spesielle trusler mot liv og helse i enkelte (geografiske) områder. Eksempler på dette kan være kikhoste-epidemier, gulsott, magetarm-infeksjoner, skadelig drikkevann, spørsmål om asbest i skoler eller forhøyet forekomst av kreft eller annen sykdom.*

- *Har det i din kommune/bydel vært gjort noen undersøkelser av denne type uvanlige, skadelige eller uheldige sykdomstilfeller eller helsetrusler?*
- *Har helseetaten eller helseavdelingen, inkludert kommunelege I i din kommune/bydel fremmet forslag til retningslinjer for prioriteringer av helsetiltak for kommunen?*

**Over det siste året før fastlegereformen/det første året etter fastlegereformen:**

- *Har helseetaten eller helseavdelingen, inkludert kommunelege I i din kommune/bydel tatt initiativ til å informere politikere i forhold til prioriteringer mellom helsetiltak?*
- *Har det i din kommune/bydel blitt laget eller revidert en helseplan hvor befolkningen har deltatt i planprosessen?*
- *Har det i din kommune/bydel vært gjort en evaluering\* av hvilken betydning den samfunnsmedisinske og offentlige legetjenesten\*\* har for helsen til befolkningen i kommunen?*

*\* systematisk gjennomgang og vurdering*

*\*\* Definert som miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, smittevern, helsemessig beredskap og helseplanlegging og legetjenester i helsestasjon, skolehelsetjeneste og pleie og omsorg.*

*Vi spurte også om hvem som hadde tatt initiativ til, eventuelt gjennomførte, de enkelte tiltakene.*

-----  
*Spørsmål med **uthevet skrift** er de fire spørsmålene som i de amerikanske undersøkelsene predikerte 96% av variasjonen i den totale/samlede skår (for 26 spørsmål).*





## VEDLEGG 1

ER PRIORITERING AV SAMFUNNSMEDISIN OG OFFENTLIGE LEGEOPPGAVER  
ENDRET I KOMMUNENE ETTER MODERNISERING AV OFFENTLIG SEKTOR OG  
INNFØRING AV MARKEDSMODELLER I HELSETJENESTEN ?

Kandidat: Tom Solli

Veileder: Prof. dr. med. Roar Johnsen

Bi – veileder: Post. doc. stipendiat Olaug S. Lian

Kandidatoppgave i Folkehelsevitenskap  
ISM, UiTø. Høst 2003.



## **Innholdsfortegnelse:**

|         |  |      |    |
|---------|--|------|----|
| Kap. 1  | Innledning   | side | 2  |
| Kap. 2  | Offentlige helsetjenester i 400 år.  | side | 2  |
| Kap. 3  | Befolkningen er bedre, men har den det bedre?  | side | 4  |
| Kap. 4  | Motstridende signaler når det gjelder samfunnsmedisin og offentlig<br>legearbeid         | side | 5  |
| Kap. 5  | Hva er offentlig legearbeid?   | side | 6  |
| Kap. 6  | Fastlegeordningen  | side | 13 |
| Kap. 7  | Innføring av markedsmodeller i offentlig virksomhet                                      | side | 13 |
| Kap. 8  | New Public Management (NPM) en fortolkningsramme eller<br>samlekonsept for modernisering | side | 16 |
| Kap. 9  | Kjennetegn fra NPM ideologien i norsk helsevesen   | side | 20 |
| Kap. 10 | Markedselementer i helsetjenesten  | side | 22 |
| Kap. 11 | Sentrale elementer fra NPM – tenkningen og fastlegeordningen                             | side | 25 |
| Kap. 12 | Fastlegeordning i Vågan kommune  | side | 31 |
| Kap. 13 | Ingen modeller løser alle problemer  | side | 33 |
| Kap. 14 | Tillit   | side | 34 |
| Kap. 15 | Vurdering av virksomhetsområder  | side | 35 |
| Kap. 16 | Avslutning   | side | 58 |
| Kap. 17 | Litteraturliste  | side | 60 |

## **Kap. 1 Innledning**

Oppgaven vil beskrive kort:

- Etablering av offentlige helsetjenester i Norge
- Overføring av oppgavene til kommunene
- Modernisering av offentlig sektor
- Trender når det gjelder å innføre markedsmodeller i offentlig virksomhet, spesielt helsetjenester
- Virkemidler i disse markedsmodellene
- En beskrivelse av et samlekonsept for modernisering – New Public Management
- En vurdering om disse virkemidlene gjenfinnes i fastlegeordningen.
- Vurdering av virksomhetsområder innenfor legeoppgaver, basert på en intervju - undersøkelse i 2001 og 2002.

Hensikten med oppgaven er å introdusere problemstillinger rundt innføring av markedsanalogue styringssystemer i helsetjenesten, hva som sies om dette i offentlige publikasjoner, og å foreta en vurdering om en finner igjen disse i fastlegeordningen.

## **Kap. 2 Offentlige helsetjenester i 400 år**

I år 2003 feirer det offentlige helsevesen sitt 400 – års jubileum med brask og bram. Bakgrunnen for offentlig helsetjenester er for å si det brutalt – pest og krig. Behovet for våpenføre menn til hær og flåte – og penger til å finansiere dem - kan forstås som en vesentlig grunn for staten til å engasjere seg i helse (Ole G. Moseng 2000): ”grunnlaget for rigdom var en stor og velstående befolkning, der kunne stille de soldater og svare de skatter, styret krævede,” skriver den danske historikeren Ole Feldbæk (Feldbæk 1993). Når pesten har en dødelighet opp mot 50 %, blir det lite folk igjen til å finansiere krig og byråkrati.

Kampen mot epidemiene kostet mest. Med tiltak som karantene, isolasjon og avsperring oppnådde de vesteuropeiske staten at den farligste av alle epidemier – pesten – i hovedsak ble utryddet etter midten av 1600 – tallet. (Ole G. Moseng 2000)

På 1600 tallet kommer også utbygging av institusjoner for å ta vare på de svakeste, de som minst klarte å ta vare på seg selv. Og staten viste sitt janusansikt: kontrollerende og repressivt

på den ene side, humanistisk og faderlig på den annen (Ole G. Moseng 2000). Etter hvert fikk staten på plass en statlig distriktslegeordning, lov om de offentlige lægeforretninger kom i 1912, i 1984 fikk kommunene ansvaret for disse oppgavene.

Kommunene har hatt ansvaret for det offentlige helsevesen siden 1860. Sunnhetsloven av 1860 førte til en kraftig reorganisering av det norske helsevesenet i annen halvdel av 1880 – tallet (Aina Schiøtz 2003). Legene ble en del av det kommunale byråkratiet i forbindelse med kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt (1984). I løpet av 70 år gikk de offentlige legene fra å ha en dominerende stilling som distriktslege til å spille en stadig mer marginal rolle. Det er grunn til å tro at også det offentlige legearbeidet dermed fikk en mer marginal rolle. Historiker (dr. philos) Aina Schiøtz tillegger helsedirektør Karl Evang (1902 – 81) en sentral rolle for optimismen som rådde i distriktslegevesenet etter den annen verdenskrig:

- Evang så det som sin oppgave å reformere det norske helsevesen. Befolkningens helse var staten og fellesskapets ansvar. Han så på distriktslegen som det viktigste virkemidlet staten hadde for å gjennomføre helsepolitiske tiltak og styre utviklingen. Antibiotika og poliovaksine gjorde at distriktslegene hadde en sentral rolle i bekjempelsen av folkesykdommer som tuberkulose og poliomyelitt, og de hadde stor autoritet som helserådsordførere.

Mot 1960 begynte optimismen å avta i den offentlige legeetaten. Stadig flere leger søkte seg til sykehusene og etaten ble hengende etter med rekrutteringen. Fra slutten av 1960 – årene snudde trenden da den såkalte 68 – generasjonen mobiliserte for primærhelsetjenesten, men i 1970 – årene så det igjen ut til at gløden var slukket.

Jobben ble i det hele tatt mindre utfordrende for legene som ønsket en fri og autonom stilling med stor autoritet. Etter hvert ble helserådene stadig mer amputert og oppgaver og avgjørelser ble overtatt av andre eksperter og det politisk valgte helse- og sosialutvalget i kommunene. Det var ingen selvfølge at legene ble helsesjefer i sin kommune. Mange ønsket heller ikke disse stillingene fordi det innebar at de mistet legetittelen.

- Et annet moment som gjorde at ordningen tapte terreng er at 1970- årenes leger ville ha i pose og sekk, hevder Schiøtz. – De ville opprettholde en profesjonell autonomi på samme måte som tidligere, samtidig som stadig flere bad om å få funksjonærrollens rettigheter. Det er et innbygd motsetningsforhold i dette.

### **Kap. 3 Befolkningen er bedre, men har den det bedre?**

Befolkningen er sunnere og sterkere enn noen gang. Lengre levetid gjør at den enkelte vil oppleve flere sykdommer, etter en akutt sykdom kommer ofte en kronisk fase. Sykdommer som man før døde av er blitt til sykdommer man må leve med.

Livstilsykdommer, belastningslidelser og samsykdommer skaper nye problemer. En kan også hevde at psykiske lidelser har økt. Disse lidelsene kan tolkes som tegn på at mistilpasning og mistrivsel har økt, selv om noe kan forklares ved at behovene registreres bedre enn før og at folk etterspør mer.

Til sammen har dette ført til at behovet for enda mer helsetjenester er blitt større enn noen gang. Ventelistene er ikke blitt borte, helsetjenesten innhentes av sin egen behovsgenerering.

#### Suksess skaper problemer:

Økt kunnskap fører til at behov og etterspørsel utvides i flere retninger (St meld. 23 1996/97). Kunnskap om metoder for å bekrefte sykdom, skaper behov for å avkrefte sykdom. Kunnskap om metoder for å påvise risiko for sykdom skaper etterspørsel etter å undersøke friske mennesker som kanskje en gang kan få en sykdom. Helsetjenestens paradoks er at suksess skaper opplevd fiasko. Jo flinkere, dess større forventinger. Jo mer den utretter, dess lengre blir køene. Forebygging blir nedprioritert fordi det kurative må tas først.

#### Verdier for den norske helsetjenesten:

En egen stortingsmelding om verdier kom i 1999 (St meld 26 1999-2000). Hensikten med meldingen er å minne om hva som er det egentlige målet for helsetjenesten i en tid med store endringer.

Da det offentlige helsevesen ble etablert for 400 år siden tok pesten livet av så mange mennesker at det ble lite arbeidskraft igjen til å bemanne flåten og å skape skatteinntekter til staten. Økt levetid for innbyggerne ble dermed et middel for å skape en sterkere stat.

Det er sikkert rom for mange filosofiske betraktninger om utviklingen på 400 år når det blir slått fast i stortingsmeldingen at verdien over alle verdier i helsetjenesten er menneskets egenverd.

#### Kap. 4 Motstridende signaler når det gjelder samfunnsmedisin og offentlig legearbeid

I St. meld. 50 (1993-94) Samarbeid og styring sies det følgende: "Helsefremmende og forebyggende arbeid er viktige satsingsområder for kommunehelsetjenesten i årene framover og det tverrfaglige fagområdet samfunnsmedisin synes å være i en positiv utvikling.

*Regjeringen vil støtte denne utviklingen."*

I St. meld nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet under kap. 2 Hva er problemet med legetjenesten i kommunene? – står det følgende: "Kommunale myndigheter har mange steder vansker med å styre primærlegetjenesten slik de er pålagt. Det er vanskelig å få legene til å utføre kommunale legeoppgaver (tilsynslege, legevakt etc.) eller til å delta i tverrfaglig arbeid med andre personellgrupper. Det gjelder særlig leger med driftsavtale som mer enn fastlønnslegene synes å vektlegge kurativt arbeid fremfor forebygging." Det framgår også i oppsummeringen av dette kapitlet at de største problemene er blant annet at samfunnsmedisinsk arbeid; planlegging, helsefremming, forebygging og rehabilitering – blir i for liten grad prioritert i mange kommuner.

Hva har skjedd på disse 3 til 4 årene? Hvorfor er departementet mye mindre optimistisk i stortingsmeldingen om fastlegeordningen? Kan noe av forklaringen være innføring av markedsmodeller i helsetjenesten? Det er fristende å trekke slike konklusjoner når en ser på sammenfall i tid når det gjelder innføring av markeds – elementer i helsetjenesten.

Denne oppgaven vil drøfte disse problemstillingene mer inngående i et senere kapittel. Som en liten smakebit på disse problemstillingene tas det med følgende sitat fra NOU 1998: 18 Det er bruk for alle.

"Innenfor dagens finansieringsordning av kommunale legetjenester er det et markant skille i hvordan kurative og ikke – kurative legetjenester blir finansiert. Kurative legetjenester blir dekket gjennom tre komponenter: en kommunal andel, egenandel fra pasienten og en andel fra trygden. For ikke – kurative legetjenester må kommunen dekke alle tre komponenter. Selv om ikke – kurative legetjenester er lovpålagte for kommunen vil de kurative framstå som "billigere" for kommunene, og kommunene kan av den grunn ledes til å prioritere denne type oppgaver."

## **Kap. 5 Hva er offentlig legearbeid?**

Offentlig legearbeid i kommunene er en samlebetegnelse for de allmenntilleggslege og samfunnsmedisinske oppgavene legen har utenom sin kurative virksomhet.

### Samfunnsmedisin:

Samfunnsmedisin som fagområde har sin oppmerksomhet rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, samt på livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i. Samfunnsmedisinen tar sikte på å identifisere forhold i menneskenes livsmiljø som kan påvirke helsen positivt og negativt; det være seg av biologisk, fysisk, kjemisk eller sosial natur. Dette gjøres på bakgrunn av klinisk, sosial og eksperimentell kunnskap og erfaring, og ved å erverve seg kunnskap om hele populasjoner og definerte grupper.

Det overordnede mål er god folkehelse (svekke det som medfører helsefare, styrke det som bidrar til bedre helse), trivsel og gode miljømessige og sosiale forhold.

Samfunnsmedisinerne skal levere faglige innspill i løpende beslutningsprosesser i samfunnet, både i folkevalgte, administrative og faglige fora. De skal gjøre medisinsk kunnskap tilgjengelig og kjent for beslutningstakere på alle forvaltningsnivåer i samfunnet. De skal ta del i utviklingen av strategier og metoder for å fremme tiltak til forbedring av folkehelsen. En tredje hovedoppgave er virksomhet rettet direkte mot hele eller deler av befolkningen og miljøet - vaksinasjoner, opplysning, helseundersøkelser, inspeksjoner, målinger og lignende, med samme formål.

### *De viktigste arbeidsoppgavene i faget er:*

- overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan påvirke helsetilstanden positivt og negativt
- overvåking, analyse og ledelse av helsetjenesten på alle forvaltningsnivåer
- planlegging, gjennomføring, evaluering og kvalitetssikring av tiltak i egen og andre sektorer for å bedre helsetilstanden og forebygge sykdom

*Disse arbeidsoppgavene baserer seg på kompetanse innenfor følgende fire kort beskrevne hovedområder:*

1. Helsetjenestekunnskap, administrasjon og ledelse som:
  - helsetjenestens organisering, virkemåte og styringsstruktur
  - helselovgivning, forskrifter og regelverk



- strategisk planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetjenester
  - ledelse og personalforvaltning, kommunikasjon og informasjon
  - helseøkonomi
  - budsjettering og økonomistyring
  - prioriteringer i helsetjenesten
  - forvaltning av trygdemidler og sosiale rettigheter
  - kunnskap om fordeling og bruk av helsetjenester i samfunnet og om effektene av helsetilbud
2. Helsefremmende og forebyggende arbeid og sosialmedisin, som inneholder:
- samfunnets organisering og effekter på helsen
  - forholdet mellom samfunn og sykdom, - helseforhold, risiko og helseadferd i sosiale klasser, helsetjenestenes plass i samfunnssystemet og brukernes forhold til dem
  - helsefilosofi, etikk og human økologi
  - prinsipper for planlegging, etablering og drift av forebyggende helsetjenester
  - prinsipper og metoder for helseopplysning og annet forebyggende og helsefremmende arbeid, både gruppebasert og individrettet, innen klinisk allmenntilmedisin og øvrige tjenester
  - emner fra individrettet og spesielt grupperett socialmedisin såsom misbruksproblemer, arbeidsledighet, uførhet, atferd, fysiske og psykiske funksjonshemninger og vold
3. Miljømedisin og smittevern, som inkluderer:
- vurdering av biologiske, fysiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer som kan påvirke menneskets helse
  - smittsomme sykdommers årsak, spredning og forebyggelse
  - skadedyr og vektorkontroll
  - forurensningsproblemer i forhold til luft, vann, avløp, støy og stråling
  - arbeidsmiljøhygiene
  - inn klima
  - bomiljø, trafikk, nærmiljø, kommunikasjoner, flytting, pendling m.v.
  - skole-, bolig-, sykehushygiene og hygiene knyttet til andre arbeids-, oppholds- og samværsformer for mennesker
  - ulykker, skader og andre eksterne faktorer som kan tenkes å påvirke helsen
  - ernæring og helse

- energiforvaltning og helse
- 4. Vitenskapelige metoder og teori som inkluderer:
  - epidemiologi og biostatistikk
  - helsepedagogikk og kommunikasjonsteori
  - helse- og sosialøkonomi
  - helsetjenesteforskning
  - samfunnsvitenskapelig teori og metoder for forskning og evaluering

Samfunnsmedisin bygger sitt kompetansegrunnlag på flere forskjellige medisinske fag og krysser grensene til flere andre fag som jus, statsvitenskap, medisinsk geografi, sosiologi, etikk, antropologi o.a. Fagutøvelsen baserer seg på forskningsbasert kunnskap innen mange fagfelter, men den viktigste delen av substanskunnskapen hentes fra de aktører og omgivelser som det aktuelle problem er knyttet til. Samfunnsmedisineren er både observatør og aktør. Dette er spesielt for samfunnsmedisinsk forskning og fagutøvelse. Forskning innen anvendt samfunnsmedisin fokuserer på integrasjon av kunnskap fra mange fagfelt i forhold til beslutningsprosesser på ulike nivå i samfunnslivet. Samfunnsmedisineren må dermed hente informasjon fra mange aktuelle områder og fag. Dette krever evne til effektiv bruk av informasjon, evne til å analysere informasjon fra mange fagfelt, og evne til å handle når dette er nødvendig. På mange måter krever dette arbeidsforhold som ikke enkelt lar seg forene med kortsiktig resultatkrav. En samfunnsmedisiner må ha tid til å tolke trender og å vurdere konsekvenser for folkehelsen. Som regel får ikke samfunnet resultater av dette arbeidet på kort sikt, en samfunnsmedisiner må ha et perspektiv som er lengre i tid enn neste økonomirapport.

*Sentrale arbeidsoppgaver og ansvar:*

- Administrasjon og ledelse av helsetjenesten, iverksette vedtak og forordninger, samordning, planlegging, forsøksvirksomhet, personalforvaltning.
- Kvalitetssikringsarbeid; tilsyn med egenkontroll, evaluering, behandling av klagesaker, videre- og etterutdanning av personell.
- Lokal helseovervåkning; kommunehelseprofil, analyser av behov, risiko, ressurser og utviklingstrekk i befolkningen og helsetjenesten. Statistikk og meldinger til sentrale registre. Konsekvensutredninger.
- Medisinsk faglig rådgivning; for eksempel overfor administrasjon, politikere og pleie-, omsorgs og rehabiliteringstjenesten. Informere om helseforhold og

helsetjenester; tverrfaglig arbeid, bl.a. i forbindelse med samarbeid og ressursforvaltning; initiere og inspirere til nye tiltak gjennom planforslag og utspill til politikere; saksforberede for helse- og sosialstyret; gi uttalelser i saker vedrørende kommunehelsetjenesten og informasjon til andre etater om helsefaglige forhold.

- Forebyggende arbeid; utvikling av lokale forebyggingsstrategier, planlegging og initiering av aktiviteter, etablering og drift av helsestasjoner, skolehelsetjenester og bedriftshelsetjeneste, befolkningsundersøkelser og målrettede helsekontroller.
- Helseopplysning; planlegging og organisering, grupperettet helseopplysning, helseopplysning i massemedia, samarbeid med frivillige organisasjoner.
- Miljørettet helsevern; utøve tilsyn med og vurdere hvordan biologiske, fysiske, kjemiske og sosiale faktorer påvirker helseforholdene i helse eller deler av befolkningen, foreta inspeksjoner, målinger, prøvetakning, avgjørelse i saker etter delegasjon og i akutsituasjoner.
- Smittevernarbeid etter smittevernlovgivningen
- Helsemessig beredskap; sivile og militære beredskapsplaner, medisinsk nødmeldetjeneste, katastrofeberedskap.
- Sosialmedisinsk arbeid; rådgiver for trygdekontor, sosialetat og arbeidsmarkedsetat, blant annet i basisgrupper, medisinsk attføring, arbeid med funksjonshemmede og vanskeligstilte grupper, rus- og misbrukerproblematikk

Misforholdet mellom de mange arbeidsoppgavene og disponibel tid er ofte et hovedproblem for en samfunnsmedisiner. Å utarbeide kompliserte synteser i en travel hverdag er ikke mulig.

Arbeidssituasjonen er preget av:

Mye tid til å administrere helsetjenesten og løse konkrete saker. En har ikke tid til planlegging og større oppgaver. Det er verst med planoppgaver. En blir hele tiden konfrontert med spørsmål/vurderinger knyttet til den daglige driften av den kurative tjenesten. Det som er mest problematisk er å få tid til å sette seg ned med planarbeid, statistikk og epidemiologi. Mange føler frustrasjon over ikke å ha mulighet for å lage helhetlig forslag/løsninger. Det er ikke tid til å fordype seg. Det er også mangel på arenaer for å initiere tiltak og mangel på fagmiljø. Spesialisthelsetjenesten er heller ikke noe særlig aktiv på dette området. Sykehusene kan gjennom sin kompetanse om sammenhengene mellom risiko, forebygging og sykdom være en

mer aktiv medspiller enn i dag når det gjelder gjennomføring av primærforebyggende programmer.

#### Offentlige allmennt medisinske oppgaver:

De allmennt medisinske offentlige legeoppgavene framgår spesifikt av kommunehelsetjenesteloven. Dette gjelder:

- Lege ved helsestasjon/skolelege. Helsestasjon og skolehelsetjeneste har oppgaver av forebyggende og helsefremmende karakter. Disse oppgavene skiller seg ut fra det kurative arbeidet som fastlegen har som hovedvirke. Det skal ikke drives kurativ allmennt medisin på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. De personene som legen møter på helsestasjon har vanligvis sin egen fastlege som skal ta seg av kurative oppgaver.
- Sykehjemslege. Det er sykehjemslegen som har ansvaret for behandling og oppfølging av pasientene på sykehjemmet. Pasienter som kommer på sykehjem skal fortsatt stå på fastlegens liste. Det er viktig at det er god kommunikasjon mellom fastlegen og sykehjemslegen, at det foregår et samarbeid mellom fastlegen og sykehjemslegen om den enkelte beboer.
- Legetjeneste ved fengsler. Fengselslegen har i sin helhet det medisinsk-faglige ansvaret for innsatte under fengselsoppholdet. Fastlegen kontaktes eventuelt ved behov i forbindelse med utskriving. På lik linje med sykehjemspasienter vil de fleste innsatte stå på en fastleges liste før institusjonsoppholdet.

Det spesifikke samfunnsmedisinske arbeidet kan ikke uten videre ivaretas av en allmennlege. Samfunnsmedisin er et felt hvor det er viktig å se helhet og sammenhenger, oppgavene bør samles mest mulig og fordeles på et fåtall leger. Det er derfor hensiktsmessig å skille mellom det offentlige legearbeidet som fastlegene utfører og det offentlige legearbeidet som kommunelege I har ansvaret for – samfunnsmedisinen.

I fastlegeordningen er det slik at det offentlige legearbeidet som fastlegene tilpliktes er avgrenset til å gjelde det offentlige allmennt medisinske legearbeid. En slik avgrensning tydeliggjør den spesielle rollen kommunelege I har i det offentlige legearbeidet. (Ot.prp nr. 99, 1998-99.)

## Kap. 6 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har en lang forhistorie i Norge, og er vel etablert i flere andre land. Denne legeordningen eksisterte i England, Danmark og Nederland da ordningen ble innført i Norge 1. juni 2001. Fastlegesystemet ble etablert i England og Danmark i slutten av 40- årene.

Den norske ordningen avviker fra de andre lands systemer på tre punkter:

- Avlønningssystemet
- Egenbetalingsordningen
- Særlige restriksjoner på legebytte

Samlet sett ligger den norske fastlegeordningen nærmest den danske modellen, som også har vært inspirasjonskilde ved utforming av forskrifts- og avtaleverket for fastlegeordningen i Norge. I motsetning til mange andre land, hvor finansieringen av helsetjenester er basert på forsikringsordninger, er helsetjenestene i Danmark, England og Norge finansiert stort sett over offentlige budsjetter. Avlønningssystemet for legene varierer imidlertid stort i disse landene.

Den 18.05.93 ble forsøk med fastlegeordning startet i kommunene Lillehammer, Tromsø, Trondheim og Åsnes. Forsøket ble avsluttet 18.05.96. Forsøket omfattet i alt 250.000 innbyggere og ca. 165 leger deltok under forsøksperioden. De overordnede målene for ordningen var:

- Å utvikle en legetjeneste bedre tilpasset brukerne, særlig de grupper som har stort behov for legetjenester.
- Å legge forholdene bedre til rette for at en fast lege ved behov kan samarbeide med annet personell, og koordinere tiltak for sine pasienter i og utenfor helsetjenesten
- Å få til en effektiv ressursutnyttelse og bedre økonomistyring for stat, fylkeskommune og kommune ved bl.a. å bidra til mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom første- og annenlinjetjenesten

I tillegg til de mål som ble fremhevet fra departementet ga også Stortinget noen føringer på forsøksordningen, spesielt at de ville se svar på hvilken måte fastlegeordningen kunne

bidra til bedre legedekning og stabilitet i utkantkommuner. Ordningen ga imidlertid ikke noe svar på dette da ingen små utkantkommuner ble med i forsøksordningen.

Regjeringens forslag som ble lagt frem våren 1997 (St. meld.nr. 23 ) la opp til at befolkningen i alle kommuner skulle få tilbud om å velge fast lege, fortrinnsvis innen egen kommune. Det skulle være mulig å velge å stå utenfor en slik ordning, men det ville da bli dyrere å gå til lege.

For øvrig var hovedtrekkene i Regjeringens forslag:

- Man kan bytte fastlege inntil 2 ganger i året. Befolkningen skal også ha rett til ny vurdering hos annen lege.
- Fastlegen har ansvar for å sikre sin "listebefolkning" legetjeneste for alminnelig helseproblemer inkl. øyeblikkelig hjelp på dagtid hele året; skaffe vikar for fravær; delta i samfunnsmedisinsk arbeid og legevaksarbeid.
- Listen skal ikke inneholde færre enn 500 og ikke flere enn 2300 personer.
- Det skal innføres henvisningsplikt til spesialisthelsetjenesten. Det skal være fastlegen som har henvisningsrett og som hovedregel skal det også være fastlegen som utsteder sykmelding.
- Legene skal avlønnes dels gjennom pr. capita-tilskudd som skal utgjøre ca. 50 % av inntekten og dels gjennom refusjoner og egenandeler som til sammen skal utgjøre ca. 50 % (avlønningsordningen ble endret i Stortinget).
- Kommune og Rikstrygdeverk får ansvar for administrasjon og oppfølging av ordningen.
- For å sikre legedekningen i utkantkommuner med lavt folketall foreslås en rekke spesielle ordninger inkl. også spesiell avlønning av legene.
- For å sikre kvalitet på tjenesten skal det legges til rette for større brukerinnyflytelse, løpende kvalitetsutvikling og videre- og etterutdanning for fastlegene.

Stortingsmeldingen ble behandlet 11.06.97, hvor det ble fattet vedtak i Stortinget om innføring av en fastlegeordning. For øvrig ba et enstemmig Storting om at Regjeringen måtte

ha spesiell oppmerksomhet rettet mot kommuner med ustabil legedekning og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kunne bedre en slik situasjon. Videre ba Stortinget Regjeringen utarbeide kriterier for hvilke kommuner som skal kunne motta spesielle stimuleringsordninger med sikte på bedre og mer stabil legedekning.

## **Kap. 7 Innføring av markedsmodeller i offentlig virksomhet**

### Innledning:

Formålet for dette kapitlet er å få et overblikk over internasjonale trender når det gjelder å innføre markedsmodeller i offentlig virksomhet. En vil forsøke å identifisere virkemidlene i markedsmodeller som er i bruk innenfor offentlig virksomhet, spesielt hvordan disse brukes innenfor norsk offentlig virksomhet. Gjennom en studie av offentlige publikasjoner, spesielt emner innenfor helsetjenester og fastlegeordning, vil en forsøke å finne igjen disse virkemidlene.

### Nytt omstillingsprogram:

Det er vår jobb at innbyggerne får mer igjen for pengene, sa kommunalminister Erna Solberg da hun møtte fylkesmennene 26.februar 2003. Dette skal gjøres ved å støtte opp om kommuner som gjennomfører en helhetlig omstillingsprosess og som bruker flere ulike virkemidler for å oppnå økt innbyggerfokus og bedre effektivitet.

Kommunal- og regionaldepartementet lanserer et nytt omstillingsprogram for kommunene. Målet er mer effektive kommuner som kan gi et bedre tjenestetilbud til innbyggerne.

### Fra ord til handling:

Fra ord til handling, redegjørelse for Stortinget 24.1.02 fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet: "Stat og kommune har påtatt seg ansvaret for noen av de viktigste oppgavene i det norske samfunn – ansvar for helse og trygghet, for omsorg og utdanning, for miljø og sikkerhet, for arbeid og sosial rettferdighet. Dette påkaller stort alvor. Klarer vi å løse oppgavene, betyr det en god og trygg hverdag for den enkelte. Klarer vi det ikke, stiller vi i beste fall den enkelte i forlegenhet – og i verste fall forårsaker vi personlige tragedier.

Det er dessverre fortsatt stor avstand mellom ambisjoner og realiteter. Til tross for at Norge er blant de landene i Europa som har høyest offentlig forbruk, og til tross for at det er blitt nesten

200.000 flere ansatte i den offentlige i løpet av de siste femten årene, har vi fortsatt helsekøer, barnehagekøer, svikt i eldreomsorgen, kvalitetsproblemer og misnøye i skolen, og motivasjonsproblemer blant ansatte. Det politiske og samfunnsmessige engasjementet blant folk flest blir svakere, næringslivet opplever det offentlige som byråkratisk og regelverket som en hemske, og blant mange skattebetalere er det en utbredt oppfatning at det ikke er et rimelig forhold mellom det vi betaler i skatt og det vi får igjen av tjenester fra det offentlige.”

Tiltredelseserklæring fra Jens Stoltenberg i år 2000:

Statsminister Jens Stoltenberg i sin tiltredelseserklæring 22. mars 2000: ”For å sikre velferden må offentlig sektor styrkes. Derfor må den fornyes. Offentlig sektor skal tjene alle. Men den kan ikke gjøre alt. ”

I velferdsstaten har offentlig sektor en dominerende rolle, og den har også et høyt ambisjonsnivå for sine tjenester. Hvorfor er det slik? Følgende problemstillinger kan reises i den forbindelse:

- Hvorfor har vi en offentlig sektor, hva er begrunnelsen?
- Skal privat sektor overta oppgaver fra den offentlige sektor?
- Hvordan skape ny dynamikk i offentlig sektor?
- Trenger offentlig sektor å etablere nye styrings- og insitamentssystemer?

Tiltredelsestalen til Stoltenberg kan tolkes som svar fra regjeringen på disse spørsmål. Det ble sagt følgende: ”Regjeringen vil fornye og styrke offentlig sektor i nær dialog med brukerne, lokale folkevalgte og i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner. Vi inviterer til bred diskusjon om de løsninger som gir oss best produksjon og rettferdig fordeling av velferdsgoder.

Det offentlige leverer hoveddelen av velferdstjenestene. Private og frivillige organisasjoner har også en rolle å spille. Står vi fast på gamle løsninger som ikke virker, da svekker vi tilliten til fellesskapsløsningene. Da svekker vi velferden og øker ulikhetene. Det taper vi alle på. Folk ønsker valgfrihet. Og folk forventer seg mye av offentlige tjenester. Det offentlig sektor gjør, må den gjøre så godt at folk både velger, og stoler på de offentlige løsningene. Gode løsninger: En kvalitetsskole for alle. Et helsevesen med kapasitet som er der når vi trenger det. Fornyelse krever nytenkning. Regjeringen går nå i gang med å vurdere arbeidsdelingen



mellom forvaltningsnivåene; stat, fylkeskommuner og kommuner. På mange områder er det overlappende ansvarsforhold. Det må vi rydde opp i. Dobbel byråkrati gir ikke dobbel velferd. Sterk statlig styring er ingen automatisk garanti for likeverdig tilbud. Detaljstyringen må reduseres. Det administrative apparatet i forvaltningen må forenkles. Mer tjenesteproduksjon og mindre administrasjon.”

I ettertid er det interessant å se at regjeringen Willoch (1981-1986) iverksatte reformprogrammet ”Aksjon publikum” samtidig med at generalsekretær Van Lennep i OECD i sin ”Opening Address” formulerte retningen for utviklingsarbeidet i 1980 – årene.

Allerede i St.meld. 79 (1980-81) ble begrepet velferdssamfunn, og ikke velferdsstat, brukt av regjeringen Brundtland i langtidsprogrammet for perioden 1982 – 85. Det ble satt fokus på velferdssamfunnet contra velferdsstaten.

Liberalistisk orienterte økonomer argumenterte med at velferdsstaten ødela incentivsystemer (Vanebo og Strømsnes 2001). Arbeidsledighetsstrygd ødela incentivet for å søke etter arbeid. Husleiesubsidiering ødela boligmarkedet. Høyt skattenivå skapte disinsentiver. Dette viser at den rådende politiske oppfatning er at offentlig sektor må moderniseres. Men hvorfor? Hvilke krefter ligger bak og dytter på? Når jeg nå går over til å belyse New Public Management og virkninger på helsesektoren vil jeg avslutte dette kapitlet med å sitere følgende:

“It is thus not difficult to understand the resilience of the arguments for private markets in health care, and an expansion in private financing. There is a natural alliance on this issue between upper-income taxpayers and providers (and private insurers) of care. Whenever fiscal pressures on the state lead to threats of higher taxes or lowers spending in the public system, the same old private interests advocate the same old private policies – albeit with claims of “new” thinking”.  
(Robert G. Evans, 1997).

Management – ideologien er ikke ny. Det er lite i denne tenkningen som er virkelig nytt. Er det slik som Robert G. Evans antyder at det er noen som står bak som har økonomiske interesser i forbindelse med en slik utvikling? Til syvende og sist: Hvem stikker den økte fortjenesten i sin egen lommebok? Dette er en interessant innfallsvinkel, men det ligger utenfor denne oppgaven å forfølge denne tankegangen.

## **Kap. 8 New Public Management (NPM) - en fortolkningsramme eller samlekonsept for modernisering**

### Stat/marked:

I flere hundre år har forskere og politikere diskutert størrelsen på offentlig sektor. Det man har diskutert er både den relative størrelsen og betydningen av stat og marked som sektorer og styringsmekanisme (Klausen og Nielsen 1989). Adam Smith og Karl Marx har vært sett på som motpoler. Dette er en diskusjon mellom liberalistiske og sosialistiske synspunkter og ideologier.

Sitatene ovenfor kan forstås slik at regjeringer i Norge eksperimenterer med organisering og produksjon av offentlige tjenester. Grunnen til dette er nok først og fremst at stabiliteten i økonomien kom under sterkt press i siste halvdel av 1970 årene. Dette viste seg som stor arbeidsledighet, sterk inflasjon og underskudd i offentlige finanser. Keynesiansk ekspansiv etterspørselpolitikk fungerte ikke lenger, den ville bare forsterke inflasjonsproblemene og skape større ubalanse i de offentlige budsjetter (Ole Jørgen Mørkved 2001).

Tidligere styringsverdier ble utfordret, markedsstyring og markedslignende organisasjons- og styringsprinsipper ble prøvd ut i offentlig sektor. Ifølge Johan P. Olsen (1993) skulle den offentlige sektors makt reduseres, og styrings- og organisasjonsformen skulle moderniseres og effektiviseres. Utfordringen var ifølge Olsen: *"Å skape mer rom for spontane samfunnsprosesser gjennom privatisering og deregulering og erstatte byråkratisk regelstyring og forhandlinger mellom organiserte interesser med The New Public Management."*

### New Public Management:

New Public Management (NPM) kan sies å være et samlebegrep for en reformbølge som har satt sitt preg på vestlige land de siste 20 årene. Reformbølgen er hovedsakelig OECD – relatert i sin opprinnelse og utforming. Ved å gå tilbake i OECD sine rapporter og å sjekke nyhetsbrevene tilbake til 1996 på [www.oecd.org/puma/focus](http://www.oecd.org/puma/focus), kan en se at OECD er en pådriver når det gjelder innføring av NPM.

### OECD:

Van Lennep var generalsekretær for OECD. I sin "Opening adress" i OECD i Paris 1981 formulerte han følgende generelle program for 1980 – årene: "...new relationships between action by the state and private action must be sought; new agents for welfare and well-being developed; the responsibilities of individuals for themselves and others reinforced. It is in this sense that the emergence of the Welfare Society is both inevitable and desirable."

Dette budskapet var ifølge professor Stein Kunhle: "an idea whose time had come".

Fokus rapport nr. 3, 1994 fra OECD viste at styringsideen knyttet til prestasjonsmålinger og resultatorientert ledelse har fått gjennomslag i mange land. Denne nye styringsbølgen har vært med på å øke presset om å gjøre mer med mindre ressurser. Det er også satset mye på å finne måter og metoder for å kontrollere at mål blir nådd på en kostnadseffektiv måte.

Fokus rapportene blir brukt til å spre styringsideene som OECD står for. OECD forsøker å analysere og utvikle løsninger for å møte felles utfordringer som offentlige myndigheter har. En ønsker å selge inn ideer for å få til økt effektivitet i demokratiske institusjoner gjennom bruk av eksempler fra mange land. Mye av Fokus rapportene blir brukt til kort omtale av utviklingsprosjekter som OECD mener er viktige. Disse utviklingsprosjektene får kontaktnavn med telefon og e-post adresse slik at det blir enkelt å knytte kontakter. Disse rapportene inneholder mange eksempler fra norske prosjekter. Det er tydelig at det er tett kontakt mellom norske myndigheter og OECD. Det kan se ut som at det er viktig for norske tjenestemenn å få sitt prosjekt kjent i OECD/PUMA og dermed inn i Fokus rapporten.

### "Public Management Reform" i ti land:

Pollitt og Bouckaert (2000) har gjennomført en omfattende sammenlignende analyse av "Public Management Reform" i ti land. Flere land har i lange perioder vært gjennom en strategi hvor det politiske system tar avstand fra og gir skylden for alle problemer til offentlig sektor. "The strategy of distancing and blaming." Men på ett eller annet tidspunkt må politiske ledere bruke mer energi på å meisle ut strategier enn å kritisere.

I følge Pollitt og Bouckaert finnes det fire grunnleggende strategier for å kunne håndtere presset mot statsapparatet og å skape ny vekst. Dette er:

- Mobilisering, dvs. å forsterke tradisjonelle kontrolltiltak som å begrense offentlige utgifter, innføre ansettelsesstopp, dra i gang kampanjer mot sløsing,

- Modernisering, dvs. mer fleksible budsjettssystemer, nye ledelsesprinsipper og serviceerklæringer
- Markedsgjøring, dvs. å ta i bruk mest mulig markedslignende mekanismer
- Minimalisering, dvs. å overlate flest mulig oppgaver til markedet gjennom konkurranseutsetting og privatisering

Som sagt ovenfor har mange land vært gjennom fasen med avstandtagen og kritikk av offentlig sektor. Men de nordiske land tenderer til å ha hoppet over denne fasen, og heller ta sikte på modernisering med en forsiktig bruk av markedsgjøring. Antagelig er foretaksorganiseringen av sykehusvesenet et eksempel fra Norge på dette.

En kan se på fastlegeordningen som et eksempel på modernisering av offentlig sektor som inneholder elementer fra alle 4 strategier. Dette kan begrunnes slik:

- Mobilisering, en er opptatt av legen som effektiv døråpner. Når alle opplysninger om en pasient samles hos en lege blir det lettere å kontrollere henvisninger
- Modernisering, legene må konkurrere om pasientene, det blir viktig med serviceerklæringer, kommunelegen i Vågan var tidlig ute med å utvikle egen serviceerklæring
- Markedsgjøring, legenes inntekter er 70 % basert på insentiver, hvor flere pasienter som behandles hvor større blir inntektene
- Minimalisering, fastlegeordningen er også en privatiseringsreform, hovedregelen er privat legeorganisering

#### Kjerneargumenter i NPM tenkningen:

Hvis det skal være mulig å bestemme og undersøke om OECD initiativer når det gjelder innføring av NPM er slått inn i helsesektoren og fastlegeordningen, er det nødvendig å identifisere noen kjerneargumenter i NPM tenkningen. NPM er som sagt ovenfor en samlebetegnelse som har fått stor utbredelse (Aucoin 1990; Hood 1991; Prior 1993).

Hood (1991) beskriver NPM som to sterke idéstrømninger, to søyler. Dette er:

- Ny innsikt i økonomisk teori og bruk av markedsbaserte koordineringsmekanismer
- Forestillinger fra privat sektor innenfor organisering, styring og ledelse

Følgende elementer er sentrale i NPM (Vanebo og Strømsnes 2001):

- Borgerne bør sees som forbrukere som bør ha fritt valg mellom offentlige goder
- Brukerne må medvirke i tilretteleggelsen av offentlige tjenester
- Det bør skapes markeder eller kvasimarkeder så monopoler blir avløst av konkurranse mellom tilbydere, som til gjengjeld får større selvstendighet
- Det blir lagt vekt på bedriftsøkonomisk produktivitet og effektivitet
- Rammebudsjettering erstatter detaljregulering via regler. Ansvar for oppgaveutførelsen desentraliseres, og det innføres resultatvurderinger og kvalitetsmålinger
- Organisering og ledelsesprinsipper fra den private sektor imiteres og adapteres til den interne organisasjonen.

Disse elementene har utfordret og utfordrer den offentlige administrasjon og offentlig tjenesteyting. Den offentlige tjenesteyting er blitt konfrontert med markedsstyring og markedslignende organisasjons- og styringsprinsipper.

Utfordringene til vekslende regjeringer ligger å trekke grensene mellom offentlig sektor og markedet. Stokke (1993) hevder: *"Nye utfordringer for statsmyndighetene utløste en mer grunnleggende diskusjon om grensedragningen mellom markeder og offentlig sektor. I dette ideologiske spenningsfeltet vokste det i bredeste forstand frem drøfting av forvaltningspolitikkenes innhold og utforming i forhold til sentrale parametre som politisk styrbarhet, rettsikkerhets- og rettstatshensyn og kravet om effektivitet i så vel kostnadmessig som formålmessig forstand."*

## Kap. 9 Kjennetegn fra NPM ideologien i norsk helsevesen

Store reformer er iverksatt siden 1980 – tallet. Ansatte i norsk helsevesen er blitt utsatt for store omveltninger, mye energi er blitt brukt til intern aktivitet. Politikerne har vært opptatt av å vise handlekraft i forhold til ventelister og økte ventetider. Påstander om et ineffektivt helsevesen sammenliknet med andre land er stadig blitt framsatt. Ettersom en mangler dokumentasjon på effektivitet i dagens system er helsevesenet blitt tvunget til stadig organisasjonsmessige endringer fordi det blir vanskelig å si nei til såkalte effektiviseringstiltak når en ikke kan dokumentere dagens effektivitet.

I NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av helsetjenestene (Hagen – utvalget), gis det følgende oppsummering når det gjelder utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten:

”Som bakgrunn for arbeidet med finansieringssystemer er det i dette kapitlet gitt en kort beskrivelse av endringer i det medisinsk-faglige tilbudet, og endringer i etterspørsel og ressursbruk i spesialisthelsetjenestene. Det har de siste årene skjedd en betydelig utbygging av tilbudet, flere har fått behandling, og behandlingsmetoder og bruk av nye legemidler er i utvikling.

*Etterspørselen* etter helsetjenester er imidlertid også økende. Dette har flere årsaker. Bedre tilbud skaper i seg selv økt etterspørsel, befolkningen eldes. Kravene til helsetjenestene øker som følge av høyere utdanningsnivå og mer velinformerte pasienter.

Utforming av finansieringssystem ser ut til å påvirke de samlede utgifter i helsetjenesten. I rammefinansieringsepoken fra 1980 til 1997 var det en lavere vekst i utgiftene til somatiske sykehus enn i perioden før 1980, der statens kurdøgnfinansiering av spesialisthelsetjenesten dominerte. Fra og med 1995 økte utgiftstakten i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Parallelt ble Stortingets bevilgninger knytte til aktivitet i årene med stykkprisforsøk og toppfinansiering. Veksten ble opprettholdt og forsterket etter 1997 og innføringen av ISF.

På 1990-tallet har det vært en jevn og kraftig vekst i personellinnsatsen i somatiske sykehus. Dette avspeiles blant annet i en tydelig aktivitetsvekst, som særlig tok til omkring 1995 da antall heldøgnsopphold økte markert.

Aktivitetsveksten var særlig kraftig innen somatiske helsetjenester som var omfattet av ISF. Samtidig har det skjedd en vekst innen psykiatrien som hovedsaklig skyldes opptrappingsplanen for psykiatri, som ble iverksatt fra 1996.

*Effektivitetsutviklingen* i norske sykehus har vært emne for flere studier de siste årene, og funn tyder på at man teknisk sett får mer ut av ressursinnsatsen i dag enn for ti år siden. I to omganger på 1990-tallet økte imidlertid kostnadene vesentlig, og da spesielt knyttet til lønnsoppjøret i 1996. Selv om den tekniske effektiviteten viser en bedre ressursbruk, har kostnadseffektiviteten vært fallende. Senere analyser tyder på signifikante sammenhenger mellom finansieringssystemet og effektivitetsutviklingen, og at innføringen av ISF i 1997 ga en umiddelbar bedring i ressursutnyttelsen, men samtidig en økning i kostnadsnivået. Aktivitetsveksten var større enn veksten i bruk av ressurser, men veksten var kostbar. Sykehusene hadde også i liten grad kunnskap om egne kostnadsforhold, og myke budsjetterammer ga sterk og til dels uventet vekst i kostnadsnivået.

Det er stilt spørsmål ved om norske helsetjenester er på høyde med det vi finner i andre land vi bør sammenlikne oss med. Grunnlaget for slike sammenlikninger er lite og alltid vil være beheftet med metodiske svakheter. De data som finnes gjennom OECD indikerer at tilbud og kvalitet i spesialisthelsetjenestene i Norge er på høyde med eller noe over gjennomsnittet i OECD-området, mens ressursbruken for helsesektoren samlet er klart over OECD-gjennomsnittet.

Dette indikerer at det er mulig å skape et fullt ut tilfredsstillende tilbud av spesialisthelsetjenester innenfor en styringsmodell basert på hierarkisk styring med innslag av markedslementer slik den norske modellen nå har utviklet seg”.

## **Kap. 10 Markedselementer i helsetjenesten**

Spesialisthelsetjenesten er inne i en periode med betydelige endringer, både juridisk, økonomisk og organisatorisk. Finansieringen av somatiske helsetjenester ble endret ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) 1. juli 1997. Iverksetting av ny pasientrettighetslov i 2001 ga pasientene styrkede rettigheter til vurdering, fornyet vurdering og fritt sykehusvalg.

Disse endringene følger trenden i mange vestlige land, der offentlig sektor eksponeres for økonomiske insitamenter og brukernes rettigheter styrkes. Den mest omfattende reformen siste årene er imidlertid statens overtakelse av eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenestene 1. januar 2002.

Allerede i NOU 1987:25 kritiserte Eilertsenutvalget rammefinansieringen for at den ikke stimulerte til effektiv ressursutnyttelse. Rammebevilgningen gav ikke insentiver til å øke kostnadseffektiviteten. På bakgrunn av denne kritikken ble det i årene 1991 – 1993 gjennomført forsøk med stykkprisfinansiering, basert på DRG-systemet. Dette systemet er utviklet i USA og er basert på industribedrifters måte å løse problemene rundt kvalitet, effektivitet og kostnader (Lian 2003). Innsatsstyrt finansiering ble innført den 1. juli 1997 i alle sykehus i Norge (somatiske) for å øke kostnadseffektivitet og behandlingsaktivitet.

I år 2003 sier Hagen – utvalget følgende: ”Utvalget legger dermed til grunn at finansieringssystemene i helsetjenestene skal utvikles bort fra systemer basert på betaling for utførte enkelttjenester og over til systemer der en finansierer behandling etter diagnose (for eksempel DRG), behandlingsprogram eller behandlingsforløp.”

Dette betyr at områder som psykiatri, rusomsorg, sammensatte lidelser, forskning og utdanning, forebyggende arbeid og rehabilitering også vil bli underlagt aktivitetsbasert finansiering med stykkpriser.”

En av høringsuttalelsene sier følgende om Hagen-utvalgets innstilling: ”Økt kommersialisering, anbudsutsetting og privatisering forsterker mer enn å fjerne de problemer som ønskes løst. Resultatene blir konkurranse framfor samarbeid, sterkere prioriteringer av de minst syke, mer administrasjon og byråkrati, dårligere vilkår for fagutvikling og fagutøvelse, mindre samarbeid om langsiktige løsninger, god økonomisk inntjening går foran kvaliteten og vi vil oppleve større ulikheter i helsetilbudet.



Forslaget om å etterligne strukturen i store private selskaper hører absolutt ikke hjemme i et offentlig velferdssystem. Ideen er hentet fra områder med produksjon av varer som er enhetlige og lett kvantifiserbare, og hvor målsettingen er å produsere flest mulig enheter til lavest mulig kostnad. Sykehus er ikke produksjonsbedrifter med pasienter som produksjonsenheter. Innføring av en markedskultur med sterkt innslag av stykkprisprinsippet er uegnet som virkemiddel for å utvikle helsetjenestenes oppgaver kvalitativt. Pasientene må behandles individuelt, og skal ha de samme muligheter til nødvendige og gode helsetjenester. Forslagene i Hagen-utvalgets innstilling må ses i sammenheng med forslag til endring av pasientrettighetsloven om å likestille offentlige sykehus med kommersielle privat sykehus.” (NKF 2003).

#### Fastlegeordningen:

Fastlegeordningen er ikke blitt til i et vakuum. Det er vanskelig å tro at modellene for ny legeordning ikke er influert av OECD (“an idea whose time had come”), stykkprisfinansiering i sykehus og tanker om det ”moderne”. Hvordan denne influeringen framstår, og hvilke konsekvenser dette har fått, må være interessant å få fram.

I innstilling fra Sosialkomiteen om Resept for et sunnere Norge, folkehelsepolitikken (St.meld. nr. 16 2002-2003) - ble det fra et mindretall sagt følgende: ”Samfunnsmedisinen i våre kommuner har blitt betydelig svekket etter at fastlegeordningen ble innført, og denne må nå styrkes. Særlig er det viktig i den sammenheng å påpeke at samfunnsmedisinen innbefatter miljørettet helsevern, kommunalt smittevern og helsemessige beredskap og helseplanlegging. Mindretallet mener det i kommunehelsetjenesten må skapes plass og ressurser innenfor fastlegeordningen til en allmennpraktiserende lege med samfunnsmedisinsk kompetanse som kan ta seg av det helhetlige folkehelsearbeidet i kommunen, og at denne stillingen blant annet må ha et nært samarbeid med helsestasjonen.”

Fastlegeordningen er ment å innebære at legenes individrettede behandlede virksomhet alt vesentlig drives som selvstendig næring. Leger i fastlønnsstillinger har likevel rett til å fortsette i disse, og fastlønnsstillinger kan også opprettes i framtiden. Reformen dreier seg om det individrettede, kurative legearbeidet. Opprettede deltidsstillinger i offentlig legearbeid videreføres. Dersom offentlig legearbeid skal fordeles mellom legene på en annen måte, må berørte stillingsinnehavere være enig i dette. I motsatt fall må det foretas

oppsigelser etter ordinære regler som gjelder for arbeidsforhold. *Kommunen kan ikke pålegge leger oppgaver i samfunnsmedisin, verken ved utlysning av fastlegehjemmel eller senere.* Kommunen må inngå avtale med legen. Kommunen kan pålegge fastlegen individrettet offentlig legearbeid inntil 7,5 timer per uke ved fulltids virksomhet. Oppgavene knytter seg primært til helsestasjon, skole, sykehjem og fengsel. Pålagt offentlig legearbeid gir rett til tilsvarende redusert åpningstid i kurativ virksomhet.

I St. meld. nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen – blir erfaringen fra fastlegeforsøket oppsummert. Listelegene ble finansiert slik:

- Kommunen (per – capita tilskudd)
- Staten (refusjoner)
- Pasientene (egenbetaling)
- Noen leger valgte å beholde fast lønn

Per – capita – tilskuddet skulle erstatte det kommunale driftstilskuddet. De kommunale bistillingene som ble brukt til offentlig legearbeid ble lønnet som før på timebasis. I tillegg ble det utbetalt en praksiskompensasjon til dekning av legenes praksisutgifter i den tiden den kurative praksisen ble stående ubrukt.

I oppsummeringen framgår det at det individrettede forebyggende arbeidet innenfor allmennlegetjenesten ble styrket. Men at fastlegeforsøket ikke spesielt tok sikte på å bedre de samfunnsmedisinske oppgavene. Forsøket ga heller ikke entydig svar på hvordan de samfunnsmedisinske tverrfaglige oppgavene skal løses bedre enn i dag.

Avlønningsordningene stimulerer fortsatt til å legge vekt på pasientbehandling framfor generell tverrfaglig samarbeid. Dette var ankepunktet spesielt fra samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten hvor det før forsøket var mange fastlønnsleger og gode samarbeidsrutiner.

## Kap 11. Sentrale elementer fra NPM – tenkningen og fastlegeordningen

For å kunne si noe om innflytelse fra NPM – tenkningen i utformingen av fastlegeordningen kan en sammenlikne med sentrale elementer i NPM. Som påvist ovenfor er følgende elementer sentrale i NPM: Innbyggerne bør sees på som forbrukere, innbyggerne må medvirke i tilretteleggelsen. Det bør skapes et marked så monopoler bli avløst av konkurranse. I forbindelse med "markedsgjøringen" må det legges vekt på produktivitet og effektivitet. Det bør innføres resultatsvurderinger og kvalitetsmålinger, og organisering og ledelsesprinsipper overføres fra den private sektor.

Disse elementene kan identifiseres i fastlegeordningen med følgende kjennetegn:

1. **Fritt konsumentvalg:** Et av hovedprinsippene i fastlegeordningen er at det skal være fritt legevalg (Inst. O. Nr. 49). Imidlertid begrenses dette av kapasiteten til den enkelte lege. Retten til å stå på liste hos fastlege er hjemlet i § 3 i Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen. En person har rett til å skifte fastlege inntil 2 ganger per år (§5 i forskrift).
2. **Insentivsystemer:** Det er et selvstendig mål å forenkle avlønnings- og tilknytningsformene for legene. Ved å innføre ren stykkprisavlønning, kan produktiviteten i de kurative tjenester økes, men ikke uten risiko for at enkelte leger kan komme til å legge mer vekt på hva som lønner seg for dem framfor hva pasienten er best tjent med. Samfunnsmedisinske oppgaver og tverrfaglig samarbeid rent generelt vil kunne lide (St.meld. 23 1996/97). I denne Stortingsmeldingen ble det sagt at forholdet mellom fast inntektsdel (per – capita tilskudd) og stykkpris – del burde være om lag 50 – 50. Da ordningen ble innført ble forholdet 50 – 70. Dvs. at stykkprisinntektene skal utgjøre 70 % av fastlegenes driftsinntekter, mens basistilskuddet skal utgjøre 30 %. Tiltross for at man i stortingsmeldingen la vekt på å få fram skadevirkningene av et stykkprissystem ble andelen økt fra 50 til 70 prosent. Dette gir et klart signal om insentiver i forbindelse med kurativ virksomhet. Det blir viktig å ha en høy produksjon i legekontoret og å behandle mange pasienter. Trygderefusjonene til allmennlegene gikk opp med 30 % de første 3 måneder etter at fastlegeordningen ble innført 1.juni 2001. Per Øivind Gaardsrud i

Rikstrygdeverket sier følgende høsten 2001: - Refusjonsøkningen er ikke overraskende, og er i hovedsak en økonomisk konsekvens av å innføre fastlegeordningen. Samtidig ble det sagt fra Gaardsrud at fastlegeordningen lå an til en utgiftsøkning på 300 millioner kroner (2001).

- 3. Privatisering:** Etter departementets mening bør kommunene som hovedregel inngå avtaler med leger om å drive privat virksomhet i stedet for å ansette leger i kommunal stilling. (Innst. O. nr. 49 1999/2000). I innstillingen fra sosialkomiteen om fastlegeordningen (Innst. S. nr. 215 1996/1997) ble det sagt følgende av flertallet: "Avlønningssystemet for fastlegene gjør at en kan komme bort fra de svært uheldige konsekvensene av dagens ulike inntektsmuligheter for allmennlegene. Fastlegeforsøket viste at det gjennomsnittlige driftsresultat for den enkelte lege i gjennomsnittet lå fullt på høyde med driftsavtalelegene og langt over fastlønnslegene. Når det gjelder forholdet mellom per capita – delen og honorartakstene, så kan det være aktuelt å gå noe utover 50 % på honorardelen. Det er et hovedpoeng i fastlegeordningen at legene avlønnes etter samme modell i alle kommuner. Dersom det skulle vise seg at enkelte utkantkommuner må tilby fast lønn innenfor rammen av fastlegeordningen for å sikre legedekningen, vil det kunne gjøres avvik fra denne hovedregelen." Dette flertallet besto av medlemmer fra Arbeidspartiet og Sosialistisk Venstreparti. Dette flertallet anbefalte dermed at legene skulle være næringsdrivende som hovedregel og ikke fastlønnte kommunale leger. Som et lite sidespor kan det nevnes at medlemmer fra Høyre og Fremskrittpartiet sier i innledningen følgende: "Disse medlemmer registrerer med bekymring at forslagene om fastlegeordning i St.meld. nr 23 føyer seg godt inn i de ulike sosialiseringforslag for norsk helsevesen som Regjeringen ved Helseministeren nå legger opp til i ulike sammenhenger, og disse medlemmer viser igjen i denne sammenheng til St.meld. nr 24 (1996-1997) og videre til Ot.prp. nr. 47 (1996- 1997) om å nekte refusjon til leger, psykologer og fysioterapeuter som praktiserer uten avtalehjemmel eller annen avtale med fylkeskommunen eller kommune. Imidlertid har en ikke funnet litteratur som inngående drøfter problemstillinger i forbindelse med en privatisering av legetjenesten. Dette kan være fordi problemstillingene er uproblematisk eller at en ikke vil fokusere på dette av ulike årsaker.

4. **Konkurranse:** I Innst. S nr. 215 (1996-1997) sier flertallet følgende: ” Komiteens flertall, vil peke på at hovedhensikten med en fastlegeordning må være å skape trygghet hos pasientene for at de har en fast lege å forholde seg til, som kjenner deres problemer, og som har et ansvar for å gi legehjelp når behovet oppstår. Dette er en rett den enkelte pasient får. En fastlegeordning må ikke legges opp slik at den i for stor grad begrenser pasientenes mulighet til å velge lege og til å gå til en annen lege hvis de føler at de ikke får nødvendig hjelp.” En annet flertall sier at det skal være fullt mulig for pasienter som ikke ønsker en fastlege, å stå utenfor ordningen, men de må regne med å betale noe mer i egenandel. Pasienten må kunne skifte fastlege dersom de ønsker det, og de må ha rett til vurdering hos annen lege enn fastlegen dersom de mener fastlegen ikke har stilt riktig diagnose. Stortinget ønsker dermed konkurranse i fastlegeordningen. Denne konkurransen skal også gjelde faglig dyktighet fordi pasienten har rett til å få en annen lege til å sjekke diagnosen som fastlegen har bestemt. Forsker Benedicte Carlsen og forsker og medisiner Ole F. Norheim ved Universitetet i Bergen sier følgende: ”Fastlegeordningen gir bedre service. Fastlegeordningen har gjort legene mer omsorgsfulle og serviceinnstilte fordi de er redde for å miste pasienter, mener legene selv. Frykten for at pasientene skal bytte fastlege gjør at legene strekker seg litt lenger. Det er blitt flere fastleger, fordi det er en gunstig økonomisk avtale. Dermed er det også blitt hardere konkurranse om pasientene.” Dette sier forskerne etter dybdeintervjuer med 80 leger på Øst- og Vestlandet. Legene som er blitt intervjuet i undersøkelsen oppgir inntekt og yrkesstolthet som årsaker til at det er blitt viktigere å holde på pasientene. I Dagens Medisin den 20.5.03 blir de nyeste tallene fra RTV gjennomgått. Det sies følgende: ”Over 98 prosent av befolkningen har nå fastlege. Samtidig har over halvparten av fastlegene kapasitet til å ta imot flere pasienter. RTVs statistikk viser at 1,6 prosent av befolkningen byttet lege det siste kvartalet. Dette tilsvarer om lag 70 000 pasienter. De fleste som bytter lege bor i Oslo, hvor det også er mange fastleger med åpne lister. Forsker Hilde Lurås ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo har funnet ut at tre av fire fastleger mangler pasienter. Av landets drøyt 3600 fastleger har 2700 fått færre pasienter på listen enn de ønsket seg. I følge tall har fastlegen i snitt 127 færre pasienter enn vedkommende selv ønsker (mai 2002). Lurås sier videre at kampen om pasientene er størst i Oslo og andre folkerike kommuner. Jo mer sentral

kommunen er, jo lavere er sannsynligheten for at legen har nok pasienter. På sikt kan dette muligens bidra til en bedre legedekning i utkantstrøk, tror Lurås.

5. **Produktivitet og effektivitet:** I innstillingen fra sosialkomiteen om fastlegeordningen ble det framholdt at det fins en rekke problemer for pasienter, leger og myndigheter. De største problemene oppsummeres slik:
- Det er blitt for mange grupper leger som har ulik tilknytning til kommunen. Det gjør tjenesten uoversiktlig både for pasientene, legenes samarbeidspartnere og myndighetene. Det gjør pasientene utrygge, skaper dårlige betingelser for samarbeid.
  - Mange må vente for lenge på å slippe til en lege, og mange blir gående fra lege til lege. Mange leger mangler også oversikt over pasienter som søker dem.
  - Det er vanskelig å få og beholde leger i utkantstrøk. Det gjør det vanskelig for mange kommuner å planlegge en god helsetjeneste.
  - Det er store variasjoner når det gjelder hvilke problemstillinger som henvises videre. Dette gjør at behandlingen ikke alltid skjer på lavest effektive omsorgsnivå.
  - Praksis på dagtid og legevakt etter arbeidstid er for dårlig samordnet. Det er også store forskjeller i organisering av og utgifter til legevaktstjenesten.
  - Samfunnsmedisinsk arbeid og offentlige legeoppgaver blir i for liten grad prioritert i mange kommuner. Dette fører til unødig bruk av helsetjenester og andre offentlige tjenester og ytelser.

Målet var at en fastlegeordning skulle:

- Gi befolkningen større trygghet og tilfredshet
- Forbedre kvaliteten
- Skape bedre oversikt og gi større muligheter for evaluering, kostnadskontroll og utvikling.
- Være et virkemiddel for å redusere samarbeidsproblemer
- Gi pasientene større innflytelse

6. **Medvirkning og økte brukerrettigheter:** Enhver som er bosatt i norsk kommune har rett til å stå på liste hos fastlege. Rettigheten er ikke begrenset til bare å gjelde i

kommuner der vedkommende er bosatt, man kan velge lege i den kommunen man for eksempel arbeider. Retten innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen innen rimelig tid. Fastlegen skal etter avtale være pasientenes talsmann ovenfor andre instanser der dette er nødvendig. Alle har rett til å skifte fastlege 2 ganger per kalenderår. Henvendelse om skifte av fastlege krever ingen begrunnelse. En pasient har også rett til å kreve ny vurdering av annen lege.

Fastlegeordningen kom omtrent samtidig med lov om pasientrettigheter. Rett til medvirkning ble inngående drøftet i Ot. prp nr 12 (1998-99) "Pasientrettighetsloven". Det blir sagt følgende: "I den senere tids utvikling innen helsevesenet har pasientens medvirkning stått sentralt. Pasientene har fått mer kunnskap, både om sin egen helsetilstand og om helsetjenestene, og har dermed fått en mer deltakende og aktiv rolle. Det har skjedd en demokratiseringsprosess og brukerorientering i retning av samarbeid, medbestemmelse og medansvar som i flere henseender har avløst en tradisjonell paternalistisk hierarkimodell hvor pasientenes egen oppfatning ble tillagt liten vekt. Betydningen av at helsepersonell er spesialister på medisin, mens pasienten er spesialist på seg selv, er understreket flere steder. Sykdom leges ikke av leger, men ved legers hjelp. Helbredelsen skjer i pasientens kropp og med pasientens medvirkning. Det er i stigende grad erkjent at samarbeid mellom helsevesenet og pasientene er viktig for å oppnå gode resultater for pasientene".

Å lovfeste pasientens medvirkningsrett i en generell form kom først i Lov om pasientrettigheter. Før dette var det ikke medvirkningsrett – eller medbestemmelsesrett i noen lover bortsett fra legeloven (§ 25). Retten til medvirkning henger nært sammen med retten til å samtykke til helsehjelp og retten til informasjon. Det kan sies at medvirkningsretten innebærer at pasienten blir en samarbeidspartner for helsepersonellet.

I departementets begrunnelse blir medvirkning koblet sammen med effektivitet. Det sies følgende: "Forslaget om lovfesting av rett til medvirkning springer først og fremst ut av en respekt for den enkelte pasients liv og integritet. At noen blir pasient skal ikke innebære at de må oppgi dette. Samtidig må dette ses i

sammenheng med helsevesenets formål: på en effektiv måte behandle mennesker, lindre deres plager og gi nødvendig omsorg.” Departementet mener at medvirkning er viktig for å oppnå gode resultater for pasientene – og dermed for helsevesenet.

- 7. Ledelsesprinsipper fra privat sektor:** Fastlegeordningen kom omtrent samtidig med at kommunene i Norge innførte 2. nivå modellen. Dette innebærer flat struktur med egne resultatenheter. Denne ledelsestenkningen har fokusert på krav til mer resultatorientert ledelse og mer endringsorientert ledelse. Når det gjelder økonomistyring er det blitt mer fokus på resultater. For legene innebærer dette at de må forholde seg til en leder som setter sterke krav til resultater. Hvis legene er kommunalt ansatt innebærer dette at de må bidra når det gjelder resultatens samlede resultat. Hvis legene behandler mange pasienter får enheten større inntekter. Likeledes kan en si at ikke- kurativt arbeid fører ikke til inntekter. Og skal leder for resultatene kjøpe fri private leger til offentlig legearbeid må disse pengene framskaffes i en tøff prioriteringshverdag. Samfunnsmedisinen kan også bli skadelidende fordi dette langsiktige arbeidet gir ingen inntekter på kort sikt.



## Kap. 12 Fastlegeordning i Vågan kommune

I forbindelse med innføring av fastlegeordning i Vågan kommune ble det nedsatt et eget politisk forhandlingsutvalg. I kommunen hadde man på det tidspunkt 4 fastlønnte kommunale leger og 4 leger med private avtalehjemler. DnLF kom tidlig i prosessen inn med følgende krav når det gjaldt fastlønnte kommunale leger (skriv dat. 13.11.00):

”Selv om legene ved legesenteret er på fast lønn vil vi måtte forholde oss til pasientregnskap som om vi drev privat, dvs bruke en del tid og energi på å føre takster for hver enkelt pasient, og hver enkelt arbeidsoppgave. Kommunens inntekt fra legekantoret avhenger helt av dette i det nye systemet, da 70 % av inntektene vil komme fra takster. Av erfaring er dette både tidkrevende og brysomt, og vi foreslår en insentivavtale der legene mottar prosenter av takster og egenandeler. Dette vil være en pådriver for legene til flittig å bruke takstheftet, noe både kommunen og legene vil være tjent med. Det vil sannsynligvis være perioder med legemangel i kommunen, og kommunen er da avhengig av å inngå avtaler med hver enkelt lege om å ta flere pasienter på sin liste. En insentivavtale vil virke motiverende for å påta seg ansvaret for flere pasienter i slike situasjoner. Kommunen vil få inn mer penger per pasient, og ikke minst vil effektiviteten og antall behandlede pasienter øke. Dette vil igjen føre til økt brukertilfredshet. Vi tenker oss en avtale der legene får 30 % av egenandeler og takster. Dette mener vi er innenfor det som vil gi en vinn – vinn situasjon for kommunen og legene.”

Resultatet ble at legene fikk en insentivavtale på 30 % av omsetningen når det gjelder takster og egenandeler.

En kan trygt si at det er mye NPM- ideologi i kravet fra legeföreningen. Insentiv – avtale fører til en vinn - vinn situasjon, og mange flere pasienter vil få behandling. Det er den kurative virksomheten som er i fokus, lite sies om samfunnsmedisin og offentlige legeoppgaver.

Etter at fastlegeordningen ble innført har insentivavtalen gitt betydelig inntekter til fastlønnte kommunale leger. Etter å ha fått erfaring med hva dette utgjør i kroner har kommunen gjennom flere forhandlinger med lokal legeförening prøvd å sette ned insentivprosenten. Dette har skapt stor uro blant legene. Denne uroen har ført til at to kommunale leger har søkt politikerne om å bli private leger fordi det skal være så mer lønnsomt å være privat lege. Etter

flere runder i det politiske system er dette blitt godkjent. Dette gjør at kommuneleger ikke får dekt opp offentlige legeoppgaver blant fastlønte kommunale leger. Selv om private leger er tilpliktet i henhold til avtale med 7,5 timer pr. uke til offentlige legeoppgaver er det svært problematisk å få private leger med på dette. Selv med kompensasjon for tapte inntekter i privat praksisen er dette arbeidsoppgaver de private legene ikke ønsker å utføre. Det kan synes som om at arbeidsoppgaver utenfor praksisen ikke lenger er interessant. At arbeidsoppgaver for "fellesskapet" ikke lenger er noe som legene ønsker å prioritere.

Har NPM elementene i fastlegeordningen skyld i denne negative utviklingen?

Det er framført mange argumenter imot NPM (Olsen 1991 og 1993; Dunleavy og Hood 1994; Lynch og Markusen; Walsh 1995; Klausen 1996; Lynn 1998). Dette dreier seg bl.a at man klandrer NPM for ikke å ta hensyn til det som er spesifikk for den offentlig sektor, dvs. at:

- NPM bygger på naive forestillinger i forhold til målformuleringens kompleksitet og det normative grunnlag for styring og handling.
- NPM pretenderer at de forskjellige elementene er verdinøytrale, mens de i virkeligheten er politisk/ideologisk infisert og dermed kan føre samfunnet i en retning de færreste ønsker
- Det er snakk om psevdvalg og psevdomarkeder fordi markedet ikke er reelt for alle og at de nye kvasimarkeder fort blir til nye monopoler gjennom etablering av langtidskontrakter.

At den negative utviklingen i egen kommune når det gjelder offentlig legearbeid har kommet etter innføring av fastlegeordningen kan i alle fall slås fast.

## Kap. 13 Ingen modeller løser alle problemer

I St.meld. nr 23 (1996/97) sier departementet at ingen modeller kan løse alle problemer. Ved å endre virkemidlene kan noen problemer løses, men det er viktig å ha et realistisk mål.

Departementets forslag til virkemidler tar først og fremst sikte på å:

- Skape fastere bånd mellom primærlege og pasient
- Redusere forskjellen i tjenestetilbudet
- Skape et mer oversiktlig og styrbart system

Meningen var at den nye fastlegemodellen skulle sikre en bedre balanse mellom samfunnsmedisinsk og kurativ virksomhet. Samtidig sier departementet at innføring av stykkprisavlønning kan øke risikoen for at legene vil legge mer vekt på arbeidsoppgaver som lønner seg. Samfunnsmedisinske oppgaver og tverrfaglig samarbeid rent generelt vil kunne lide.

Samtidig med at Sosial – og Helsedepartementet utarbeider modellen for fastlegeordningen utarbeider arbeids- og administrasjonsdepartementet en utredning om konkurranseutsetting av offentlig sektor. I NOU 2000: 19 Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? – er det sagt følgende: ”Etablering av konkurransemarkeder er et virkemiddel som har blitt tatt i bruk i flere sektorer i nær alle OECD-land de siste 10-15 årene. Hovederfaringen internasjonalt synes å være at etablering av konkurransemarkeder leder til en mer effektiv produksjon ved at tjenestene produseres billigere enn tidligere. Erfaringer viser at denne type konkurranse ofte leder til økt tjenestemangfold, bedre kvalitet og høyere servicenivå. Insitamentet til å skaffe til veie nye produkter virker også å bli sterkere.”

## **Kap. 14 Tillit**

Olaug S. Lian sier i boken "Når helse blir en vare": "Med økt bruk av markedsmekanismer også i norsk helsevesen kan vi anta at Norge kommer til å følge utviklingen i USA. Dette skyldes at markedslignende styrings og finansieringssystemer plasserer profesjonene i en dobbeltrolle som både pasientens advokat og agent for tredje part, noe som gjør at de forventes å ivareta en rekke ulike og potensielt sett konflikterende hensyn. Blir hensynene for mange og for motstridende, kan de komme til å svekke tilliten til systemet ved at pasientene blir i tvil om at hjelperne handler på måter som er i deres interesse."

I min gjennomgang av dokumenter om markedsreformer i helsevesenet har jeg ikke funnet en klar dokumentasjon på sammenheng mellom insentiver og effektivitet.

Det er mulig at det er slik at helsearbeidere har en egen – motivasjon i å gjøre en god jobb ovenfor pasientene, og at dette er drivkrefter godt nok til å få til god service og et effektivt helsevesen.

Dvs. tillit uten insentiver!

## Kap 15 Vurdering av virksomhetsområder

### 1. Materiale og metode

#### New Public Management (NPM) elementer i legeoppagavene

Hvilke NPM elementer finnes i de forskjellige legeoppgaver?

Tabell 1. NPM elementer i legeoppgaver

| NPM Elementer | LEGEOPPGAVER               |                      |                              |              |                   |
|---------------|----------------------------|----------------------|------------------------------|--------------|-------------------|
|               | Forebyggende helsearbeid * | Diagnose/ behandling | Habilitering/ Rehabilitering | Pleie/omsorg | Hjelp ved ulykker |
| Konsumentvalg |                            | X                    |                              |              |                   |
| Insentiver    |                            | X                    |                              |              |                   |
| Privatisering | X                          | X                    | X                            | X            |                   |
| Konkurransen  | X                          | X                    | X                            | X            |                   |
| Effektivitet  |                            | X                    |                              |              |                   |
| Medvirkning   | X                          | X                    | X                            | X            | X                 |
| Ledelse       | X                          | X                    | X                            | X            |                   |

\* Definert som miljørettet helsevern, smittevern, helsestasjon, skolehelsetjeneste, helseopplysning og helsetjeneste for innsatte.

Diagnose/behandling (kurative oppgaver) har alle definerte NPM elementer i seg. I den forbindelse anser en at en ordning med insentiver er et viktig skille. Dette skillet er utgangspunktet for analysene som kommer for å vurdere om legeoppgaver med insentiver har høyere prioritet enn andre legeoppgaver.

Forebyggende helsearbeid, habilitering/rehabilitering og pleie/omsorg er også ført opp med NPM-elementene privatisering og konkurranse. Med dette menes at private leger utfører disse oppgavene i mange kommuner. Likevel er det noe usikkert om det er noen konkurranse om disse oppgavene. Det er vel heller slik at fastlegene som driver kurativ virksomhet må ta disse oppgavene "med på kjøpet", jfr. tilplikting i avtalene.

En større intervjuundersøkelse i 2001 og 2002 inneholder data som gir noe informasjon om prioritering mellom de ulike legeoppgavene. Høsten 2001 ble det foretatt en intervjuundersøkelse i ca. 90 kommuner. På dette tidspunkt var forhandlingene om individuelle fastlegeavtaler med legene ferdige, og fordelingen mellom samfunnsmedisin, offentlige

legeoppgaver og kurative oppgaver var vedtatt i de fleste norske kommuner. På bakgrunn av erfaringer i kommunene etter ca 1 år med fastlegeordning ble det foretatt en ny intervjuundersøkelse høsten 2002. Denne gang med ca. 70 kommuner. Begge årene ble det gjort et randomisert utvalg av kommunene, stratifisert for helseregion, størrelse og relativ andel av kommunene i den aktuelle regionen. Intervjuene ble gjort pr. telefon etter fast intervjueskjema. Intervjuobjektene fikk tilsendt skjemaene på forhånd.

§ 1-3 i kommunehelsetjenesteloven er utgangspunkt for inndelingen av legeoppgaver. I denne lovbestemmelsen slås det fast at kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende:

- Forebyggende oppgaver
- Kurative oppgaver
- Rehabilitering/rehabilitering
- Pleie og omsorg
- Hjelp ved ulykker og akutte situasjoner.

Kommunen må sørge for at disse oppgavene får tildelt legeressurser. Legeressursene må dermed fordeles og prioriteres.

Spørreskjema til rådmenn, ordførere, samfunnsmedisinere og fastleger hadde alle et spørsmål som gikk på hvordan omfanget av ressurstilgangen til de ulike hovedoppgavene var prioritert i forhold til hverandre på en skala fra 1 til 5. Hele spørsmålet var formulert slik: "Når du ser på omfanget av og ressurstilgangen til de ulike hovedoppgavene, mener du de er lavt, passe, eller høyt prioritert i forhold til hverandre? Vi ber om at du angir din mening på en skala fra 1 til 5 – hvor 1 står for "lavt prioritert, 3 for "passe prioritert" og 5 står for "høyt prioritert" i forhold til hverandre. Igjen ber vi om din skjønnsmessige vurdering."

I denne skjønnsmessige vurderingen får en ikke svar på om respondenten bare gir en beskrivelse av hvordan legeoppgavene er prioritert i forhold til hverandre, eller om respondenten sier noe om *for høyt* eller *for lavt*. Så lenge passe er et alternativ så kan dette bety, og dermed forstås, som *for høyt* eller *for lavt*. Imidlertid har en ikke grunnlag for å si at respondentene har foretatt en relativ bedømmelse av viktigheten av disse oppgavene. En har derfor valgt å tolke dette slik at svarene er en beskrivelse av ressurstilgangen til disse

hovedoppgavene. Undersøkelsen gir dermed svar på om legeoppgaver som har mange NPM elementer i seg har høyere prioritering når det gjelder ressurstilgang.

I 2001 ble det også spurt om hvordan respondenten mente lovpålagte oppgaver ville bli dekket i tiden etter at fastlegeordningen startet. En ba om en vurdering fra 1 til 5 hvor 1 sto for "ikke dekket" og 5 står for "optimalt dekket". Samtidig ble respondenten bedt om å si sin mening om hvordan disse oppgavene var dekket før fastlegeordningen kom i gang 1.6 2001. Svaralternativene på dette var "dårligere, samme eller bedre."

Dette spørsmålet ble fulgt opp i 2002 ved at man spurte om i hvilken grad lovpålagte oppgaver ble dekket i dette første året etter at fastlegeordningen startet. Meningen ble angitt på en skala fra 1 til 5 – hvor 1 står for "ikke dekket" og 5 står for "optimalt dekket".

I forbindelse med dette spørsmålet har en i oppgaven valgt å se nærmere på:

- Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte (kurativ virksomhet)
- Helsetjenester i skoler

En har valgt ut dette fordi disse to oppgavene kan sees på som motpoler i forhold til mengden NPM elementer. En kan dermed få svar om innføringen av fastlegeordningen har ført til endringer når det gjelder i hvor stor grad disse oppgavene blir dekket. Hvis man ser spørreskjema 2001 og 2002 i sammenheng kan en vurdere:

- Hvordan oppgaven var dekket før 1.6 2001 (dårligere, samme, bedre)
- Hvordan oppgavene vil bli dekket etter 1.6.2001
- Hvordan oppgavene har blitt dekket i dette første året etter at fastlegeordningen startet

Alle spørreskjema er blitt registrert i analyseverktøyet SPSS (ver. 11.5 for Windows). Testing av sammenhenger er også foretatt i EpiInfo (ver.3.01 for Windows).

## Deltagelse

Tabell 2. Samlet deltagelse begge år, antall og fordelt på helseregioner.

| Deltakelse          | Antall |  | Prosent |  |
|---------------------|--------|--|---------|--|
| Ønsker ikke å delta | 45     |  | 7,7     |  |
| Ønsker å delta      | 543    |  | 92,3    |  |
| Total               | 588    |  | 100     |  |

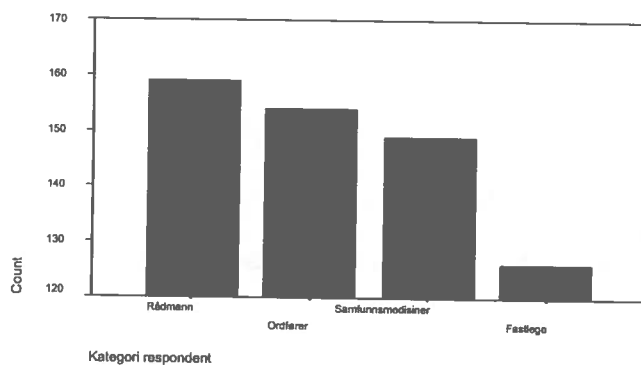
  

| Deltagelse fordelt på helseregioner | Øst | Sør | Vest | Midt-Norge | Nord | Total |
|-------------------------------------|-----|-----|------|------------|------|-------|
| Ønsker ikke å delta                 | 11  | 7   | 14   | 4          | 9    | 45    |
| Ønsker å delta                      | 137 | 92  | 122  | 94         | 98   | 543   |
| Total                               | 148 | 99  | 136  | 98         | 107  | 588   |

Tabell 3 Fordeling av deltagende kommuner etter kommunestørrelse og region.

| Helseregion | Intervall størrelse kommuner |           |            |             |         | Total |
|-------------|------------------------------|-----------|------------|-------------|---------|-------|
|             | 0-1999                       | 2000-4999 | 5000-14999 | 15000-49999 | 50000 + |       |
| Øst         | 6                            | 27        | 43         | 50          | 11      | 137   |
| Sør         | 17                           | 37        | 20         | 15          | 3       | 92    |
| Vest        | 15                           | 32        | 42         | 25          | 8       | 122   |
| Midt-Norge  | 18                           | 33        | 33         | 4           | 6       | 94    |
| Nord        | 40                           | 27        | 17         | 8           | 6       | 98    |
| Total       | 96                           | 156       | 155        | 102         | 34      | 543   |

Fig 1. Deltagere fordelt på stilling



Ca. 92 % av personene som fikk intervju skjema valgte å bli med på undersøkelsen. Midt-Norge hadde bare 4 % som svarte at de ikke ønsket å delta, mens Vest hadde den største andelen (10 %) som ikke ønsket å delta. Kommunene med et antall innbyggere fra 2000 til 15000 hadde med flest deltagere. Dette var naturlig ettersom flesteparten av kommunene tilhørte denne gruppen. Helseregion Øst hadde med flest (137) deltagere, mens helseregion Sør hadde med færrest (92).



## Representativitet

Denne undersøkelsen inneholder data fra alle helseregioner og små, mellomstore og store kommuner. Når det gjelder respondenter som ikke ønsket å delta av forskjellige årsaker er disse også spredt utover på forskjellige yrkesgrupper og helseregioner. Ingen gruppe skiller seg dermed negativt ut med få deltagere. Men det må sies at fastlegene har vært vanskelig å få tak i, og kommer dermed ut med en svarprosent som ligger lavere enn andre grupper. Det er også muligheter for at fastlegene som man ikke har klart å komme i kontakt med, eller ikke ønsker å delta, er leger som prioriterer kurative oppgaver høyere enn fastlegene som er med i undersøkelsen. Kanskje en travel hverdag med mange pasienter, og antagelig lite offentlige legeoppgaver, gjør at slike intervju - undersøkelser ikke blir prioritert.

Det er ca. 445 kommuner i Norge. Det ble ikke gjort noen analyser på forhånd for å få bekreftet om antall på ca. 90 kommuner i 2001, og ca. 70 kommuner i 2002, er nok for å få fram signifikante statistiske sammenhenger. Men en antar at antallet er nok når det gjelder å undersøke forskjeller i prioritering mellom legeoppgaver, og om det skjer noen utvikling fra 2001 til 2002.

Tabell 4. Deltagelse/ikke deltagelse i 2001 og 2002 fordelt på stilling.

| Stilling          | Deltagelse i 2001   |                | Deltagelse i 2002   |                |
|-------------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|
|                   | Ønsker ikke å delta | Ønsker å delta | Ønsker ikke å delta | Ønsker å delta |
| Rådmann           | 0                   | 88             | 2                   | 69             |
| Ordfører          | 11                  | 75             | 2                   | 68             |
| Samfunnsmedisiner | 3                   | 77             | 3                   | 66             |
| Fastlege          | 16                  | 54             | 8                   | 48             |

Det var flest fastleger som ikke ønsket å delta. Dette kan gi en selektert informasjon fordi en kan anta at leger som ikke ønsker å delta er personer som prioriterer kurativt arbeid høyere enn andre legeoppgaver. Imidlertid har vi ingen informasjon om de som avsto å delta.

## 2. Analyser

I analysene vil hovedvekten bli lagt på prioritering av kurative oppgaver. Ut fra argumentasjonen foran er det viktig å få fram hvordan disse oppgavene prioriteres i forhold til andre legeoppgaver. Følgende hypoteser skal undersøkes:

- Er det slik at oppgaver med NPM elementer i seg, særlig insentivdelen, prioriteres foran andre oppgaver?
- Er det noen forskjell i prioritering mellom tjenester?
- Er det noen forskjell i prioritering mellom årene 2001 og 2002?
- Er det noen sammenheng mellom hvor man bor (helseregion, kommunestørrelse) og hvordan man prioriterer legeoppgaver?
- Er 1. 6. 2001 (oppstart av fastlegeordningen) noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte oppgaver blir dekket?

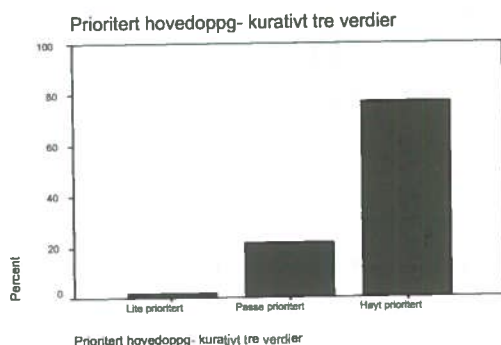
Som det framgår foran har flere av svaralternativene en vurdering som går fra 1 til 5. Her har man valgt å re – kode variablene slik at 5 alternativer reduseres til 3. Dette er gjort for å gi en bedre framstilling av resultatene, og for å få større deltagelse i hver celle.

Er det slik at oppgaver med NPM elementer i seg, særlig insentivdelen, prioriteres foran andre oppgaver?

A. Er det noen forskjell i prioritering mellom tjenester i 2001?

Når en ser alle stillinger samlet framkommer det at ca. ¾ deler prioriterer kurativt arbeid høyt, bare 5 personer har svart at dette er lavt prioritert.

Figur 2. Alle stillinger prioritering kurative oppgaver 2001.



Tabell 5. Prioritering av hovedoppgave - kurativt arbeid og stilling, 2001.

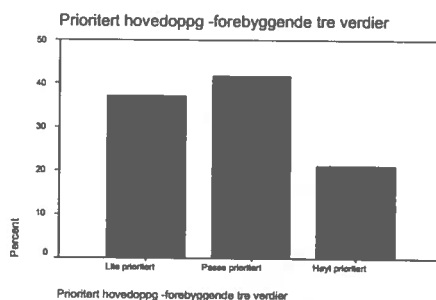
| Stilling          |                        | Prioritert hovedoppgave – kurativt |                  |                 | Total |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------|-------|
|                   |                        | Lavt prioritert                    | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |
| Rådmann           | Antall                 | 1                                  | 14               | 71              | 86    |
|                   | % innen samme stilling | 1,2                                | 16,3             | 82,6            | 100   |
| Ordfører          | Antall                 | 2                                  | 16               | 53              | 71    |
|                   | % innen samme stilling | 2,8                                | 22,5             | 74,6            | 100   |
| Samfunnsmedisiner | Antall                 | 0                                  | 19               | 58              | 77    |
|                   | % innen samme stilling |                                    | 24,7             | 75,3            | 100   |
| Fastlege          | Antall                 | 2                                  | 13               | 38              | 53    |
|                   | % innen samme stilling | 3,8                                | 24,5             | 71,7            | 100   |
| Total             | Antall                 | 5                                  | 62               | 220             | 287   |
|                   | % innen samme stilling | 1,7                                | 21,6             | 76,7            | 100   |

krysstabell (p=0,475)

82,6 % av rådmennene mener at kurative oppgaver er høyt prioritert, mens 71,7 av fastlegene mener det samme. Fastlegene, som utfører kurativt arbeid, er dermed den gruppen som har lavest score når det gjelder høy prioritering av kurativt arbeid.

Den politiske ledelsen (ordfører) har noe lavere prioritering, her har flere innenfor egen gruppe svart passe prioritert enn innenfor rådmannsgruppen. Under 2 % har svart at kurative oppgaver er lite prioritert.

Figur 3. Prioritert oppgave, forebyggende, 2001.



Her mener en stor gruppe at forebyggende arbeid er lite prioritert, over 37 % mener dette. Samlet sett er gruppen som mener at forebyggende arbeid er høyt prioritert faktisk den minste (21,1 %).

Tabell 6. Prioritert hovedoppgave - forebyggende arbeid og stilling, 2001.

| Stilling               | Prioritert hovedoppgave – forebyggende |                  |                 | Total |
|------------------------|--|------------------|-----------------|-------|
|                        | Lavt prioritert                        | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |
| Rådmann                | Antall 34                              | 31               | 21              | 86    |
| % innen samme stilling | 9,5                                    | 36,0             | 24,4            | 100   |
| Ordfører               | Antall 20                              | 30               | 18              | 71    |
| % innen samme stilling | 29,4                                   | 44,1             | 26,5            | 100   |
| Samfunnsmedisiner      | Antall 33                              | 28               | 14              | 77    |
| % innen samme stilling | 44,0                                   | 37,3             | 17,7            | 100   |
| Fastlege               | Antall 17                              | 28               | 6               | 53    |
| % innen samme stilling | 33,3                                   | 54,9             | 11,8            | 100   |
| Total                  | Antall 104                             | 117              | 59              | 287   |
| % innen samme stilling | 37,1                                   | 41,8             | 21,1            | 100   |

krysstabell (p=0,158)

Bare 1/5 del mener at forebyggende arbeid er høyt prioritert. Den største gruppen er "passe prioritert" med ca. 42 %. Svært få fastleger (11,8 %) mener at forebyggende arbeid er høyt prioritert, mens samfunnsmedisinerne ligger noe høyere (18,7 %). Rådmenn og ordførere er omtrent samstemte når det gjelder dette spørsmålet.

Legetjenester innenfor pleie/omsorg (tilsynslegetjenester) er mye diskutert. Legeforeningen og Helsedirektoratet m.fl. mener kommunene bruker for lite ressurser på dette. Det kan dermed være interessant å se hva som ble svart når det gjelder prioritering av dette feltet i 2001:

Tabell 7. Prioritert hovedoppgave - tilsynslegetjenester pleie/omsorg og stilling, 2001.

| Stilling          | Prioritert hovedoppgave – tilsynslegetjeneste |                  |                 | Total |
|-------------------|---|------------------|-----------------|-------|
|                   | Lavt prioritert                               | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |
| Rådmann           | Antall 6                                      | 27               | 52              | 86    |
|                   | % innen samme stilling 7,1                    | 1,8              | 1,2             | 100   |
| Ordfører          | Antall 4                                      | 19               | 48              | 71    |
|                   | % innen samme stilling 5,6                    | 26,8             | 67,6            | 100   |
| Samfunnsmedisiner | Antall 10                                     | 21               | 44              | 77    |
|                   | % innen samme stilling 13,3                   | 28,0             | 58,7            | 100   |
| Fastlege          | Antall 11                                     | 20               | 22              | 53    |
|                   | % innen samme stilling 20,8                   | 37,7             | 41,5            | 100   |
| Total             | Antall 31                                     | 87               | 166             | 287   |
|                   | % innen samme stilling 10,9                   | 30,6             | 58,5            | 100   |

krysstabell (p=0,040)

Den politiske ledelsen har den høyeste score når det gjelder at denne oppgaven er høyt prioritert. Alle stillinger har den største relative andelen på gruppen "høyt prioritert".

Tilsynslegetjenester har høyere prioritering enn forebyggende arbeid.

## B. Forandrer prioriteringen seg i 2002?

Tabell 8. Prioritert hovedoppgave kurative oppgaver, 2002.

| Stilling               | Prioritert hovedoppgave – kurativt |                  |                 | Total |
|------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------|-------|
|                        | Lavt prioritert                    | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |
| Rådmann                | Antall 2                           | 68               | 45              | 86    |
| % innen samme stilling | 2,9                                | 100              | 6,2             | 100   |
| Ordfører               | Antall 2                           | 60               | 35              | 71    |
| % innen samme stilling | 3,3                                | 100              | 58,3            | 100   |
| Samfunnsmedisiner      | Antall 2                           | 65               | 48              | 77    |
| % innen samme stilling | 3,1                                | 100              | 73,8            | 100   |
| Fastlege               | Antall 0                           | 46               | 34              | 53    |
| % innen samme stilling |                                    | 100              | 73,9            | 100   |
| Total                  | Antall 6                           | 239              | 162             | 287   |
| % innen samme stilling | 2,5                                | 100              | 67,8            | 100   |

krysstabell (p=0,473)

I 2002 har nesten 30 % svart at kurative oppgaver er passe prioritert. Ca 1/3 av rådmennene mener dette, og nesten 40 % av den politiske ledelse mener det samme. Det er om lag 68 % som har svart høyt prioritert, mens 2,5 % har svart lavt prioritert.

Tabell 9. Sammenligning år 2001 og 2002 når det gjelder kurativt arbeid, prosent.

| Stilling          | Prioritering hovedoppgaver kurativt |      |       |      |      |      |
|-------------------|-------------------------------------|------|-------|------|------|------|
|                   | Lite                                |      | Passe |      | Høy  |      |
|                   | 2001                                | 2002 | 2001  | 2002 | 2001 | 2002 |
| Rådmann           | 1,2                                 | 3,0  | 16,3  | 30,0 | 82,5 | 66,2 |
| Ordfører          | 2,8                                 | 3,3  | 22,5  | 38,3 | 74,7 | 58,4 |
| Samfunnsmedisiner | 0,0                                 | 3,1  | 24,7  | 23,1 | 75,4 | 73,6 |
| Fastlege          | 3,8                                 | 0,0  | 24,5  | 26,1 | 71,7 | 73,9 |

Større andel av fastlegene mener i 2002, sett i forhold til 2001, at kurativt arbeid er høyt prioritert. Alle andre stillingsgrupper har motsatt resultat, dvs. at andelen som mener at kurativt arbeid er høyt prioritert er sunket fra 2001 til 2002. Forskjellen er størst blant rådmennene

Tabell 10. Prioritert hovedoppgaven forebyggende arbeid og stilling, 2002.

| Stilling               | Prioritert hovedoppgave – forebyggende |                  |                 | Total |
|------------------------|--|------------------|-----------------|-------|
|                        | Lavt prioritert                        | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |
| Rådmann                | Antall 22                              | 35               | 10              | 67    |
| % innen samme stilling | 32,8                                   | 52,2             | 14,9            | 100   |
| Ordfører               | Antall 21                              | 29               | 11              | 61    |
| % innen samme stilling | 34,4                                   | 47,5             | 18,0            | 100   |
| Samfunnsmedisiner      | Antall 29                              | 31               | 5               | 65    |
| % innen samme stilling | 44,6                                   | 47,7             | 7,7             | 100   |
| Fastlege               | Antall 24                              | 18               | 5               | 47    |
| % innen samme stilling | 51,1                                   | 38,3             | 10,6            | 100   |
| Total                  | Antall 96                              | 113              | 31              | 240   |
| % innen samme stilling | 40,0                                   | 47,1             | 12,9            | 100   |

krysstabell (p=0,296)

I 2002 mener bare ca. 13 % at forebyggende arbeid er høyt prioritert. Gruppen som scorer høyest er faktisk ordførere, der 18 % innenfor egen gruppe mener at forebyggende arbeid er høyt prioritert. Over halvparten av fastlegene mener at forebyggende arbeid er lavt prioritert, ca. 45 % av samfunnsmedisinerne mener det samme.

Tabell 11. Prioritert hovedoppgave tilsynslegetjenester pleie/omsorg og stilling, 2002.

| Stilling               | Prioritert hovedoppgave – tilsynslegetjenester |                  |                 | Total |
|------------------------|--|------------------|-----------------|-------|
|                        | Lavt prioritert                                | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |
| Rådmann                | Antall 5                                       | 46               | 15              | 66    |
| % innen samme stilling | 7,6  | 69,7             | 22,7            | 100   |
| Ordfører               | Antall 3                                       | 30               | 29              | 62    |
| % innen samme stilling | 4,8  | 48,4             | 46,8            | 100   |
| Samfunnsmedisiner      | Antall 8                                       | 26               | 30              | 64    |
| % innen samme stilling | 12,5   | 40,6             | 46,9            | 100   |
| Fastlege               | Antall 8                                       | 17               | 22              | 47    |
| % innen samme stilling | 17,0   | 36,2             | 46,8            | 100   |
| Total                  | Antall 24                                      | 119              | 96              | 239   |
| % innen samme stilling | 10,0   | 49,8             | 40,2            | 100   |

krysstabell (p=0,003)

Her er det stor forskjell mellom rådmann og ordfører når det gjelder andelen som mener at tilsynslegetjenester er høyt prioritert, 22,7 % rådmenn mot 46,8 % ordførere. Samfunnsmedisineren og fastlegene er omtrent på linje når det gjelder andelen høyt prioritert.

**Er det noen sammenheng mellom hvor man bor (helseregion, kommunestørrelse) og hvordan man prioriterer legeoppgaver?**

En kan ha som hypotese at modernisering av offentlig sektor har kommet lengst i sentrale strøk på øst - landet.

Tabell 12. Prioritering av kurative oppgaver i helseregionene, 2001.

| Stilling   | Prioritert hovedoppgave – kurativt |                  |                 | Total |     |
|------------|------------------------------------|------------------|-----------------|-------|-----|
|            | Lavt prioritert                    | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |     |
| Øst        | Antall                             | 3                | 18              | 48    | 69  |
|            | % innen samme region               | 4,3              | 26,1            | 69,6  | 100 |
| Sør        | Antall                             | 1                | 12              | 37    | 50  |
|            | % innen samme region               | 2,0              | 24,0            | 74,0  | 100 |
| Vest       | Antall                             | 0                | 15              | 47    | 62  |
|            | % innen samme region               |                  | 24,2            | 75,8  | 100 |
| Midt-Norge | Antall                             | 1                | 10              | 43    | 54  |
|            | % innen samme region               | 1,9              | 18,5            | 79,6  | 100 |
| Nord       | Antall                             | 0                | 7               | 45    | 52  |
|            | % innen samme region               |                  | 13,5            | 86,5  | 100 |
| Total      | Antall                             | 5                | 62              | 220   | 287 |
|            | % innen samme region               | 2,5              | 21,6            | 76,7  | 100 |

Krysstabell (p=0,366)

Her er det helseregion Nord som har størst andel i gruppen høyt prioritert. Helseregion Øst har minst andel i denne gruppen. Samlet sett er over ¼ i gruppen høyt prioritert.

Tabell 13. Prioritering av kurative oppgaver i helseregionene, 2002.

| Stilling   | Prioritert hovedoppgave – kurativt |                  |                 | Total |     |
|------------|------------------------------------|------------------|-----------------|-------|-----|
|            | Lavt prioritert                    | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |     |
| Øst        | Antall                             | 1                | 19              | 45    | 65  |
|            | % innen samme region               | 1,5              | 29,2            | 69,2  | 100 |
| Sør        | Antall                             | 2                | 11              | 25    | 38  |
|            | % innen samme region               | 5,3              | 28,9            | 65,8  | 100 |
| Vest       | Antall                             | 2                | 14              | 39    | 55  |
|            | % innen samme region               | 3,6              | 25,5            | 70,9  | 100 |
| Midt-Norge | Antall                             | 0                | 16              | 20    | 36  |
|            | % innen samme region               |                  | 44,4            | 55,6  | 100 |
| Nord       | Antall                             | 1                | 11              | 33    | 45  |
|            | % innen samme region               | 2,2              | 24,4            | 73,3  | 100 |
| Total      | Antall                             | 6                | 71              | 162   | 239 |
|            | % innen samme region               | 2,5              | 29,7            | 67,8  | 100 |

krysstabell (p=0,525)



Her er det faktisk helseregion Nord som har størst andel i gruppen "høyt prioritert".  
Helseregion Vest ligger også over 70 % når det gjelder andel i gruppen "høyt prioritert".  
Helseregion Midt-Norge ligger høyest i gruppen "passe prioritert", men lavest i gruppen "høyt prioritert."

Tabell 14. Prioritering kurative oppgaver etter kommunestørrelse, 2001.

| Stilling    | Prioritert hovedoppgave – kurativt |                  |                 | Total |     |
|-------------|------------------------------------|------------------|-----------------|-------|-----|
|             | Lavt prioritert                    | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |     |
| 0-1999      | Antall                             | 1                | 8               | 39    | 48  |
|             | % innen samme gruppe               | 2,1              | 16,7            | 81,3  | 100 |
| 2000-4999   | Antall                             | 1                | 23              | 69    | 93  |
|             | % innen samme gruppe               | 1,1              | 24,7            | 74,2  | 100 |
| 5000-14999  | Antall                             | 1                | 13              | 67    | 81  |
|             | % innen samme gruppe               | 1,2              | 16,0            | 82,7  | 100 |
| 15000-49999 | Antall                             | 2                | 11              | 38    | 48  |
|             | % innen samme gruppe               | 3,9              | 21,6            | 74,5  | 100 |
| 50000+      | Antall                             | 0                | 7               | 7     | 14  |
|             | % innen samme gruppe               |                  | 50,0            | 50,0  | 100 |
| Total       | Antall                             | 5                | 62              | 220   | 287 |
|             | % innen samme gruppe               | 1,7              | 21,6            | 76,7  | 100 |

krysstabell (p=0,186)

Det er kommuner med en befolkning fra 0-1999 som har høyest andel på høyt prioritert (81,3 %). De aller største kommunene (50000+) har like mange svar i passe prioritert som høyt prioritert

Tabell 15. Prioritering hovedoppgave kurative oppgaver etter kommunestørrelse, 2002.

| Stilling    | Prioritert hovedoppgave – kurativt |                  |                 | Total |     |
|-------------|------------------------------------|------------------|-----------------|-------|-----|
|             | Lavt prioritert                    | Passe prioritert | Høyt prioritert |       |     |
| 0-1999      | Antall                             | 1                | 16              | 28    | 45  |
|             | % innen samme gruppe               | 2,2              | 35,6            | 62,2  | 100 |
| 2000-4999   | Antall                             | 2                | 19              | 40    | 61  |
|             | % innen samme gruppe               | 3,3              | 31,1            | 65,6  | 100 |
| 5000-14999  | Antall                             | 1                | 21              | 44    | 66  |
|             | % innen samme gruppe               | 1,5              | 31,8            | 66,7  | 100 |
| 15000-49999 | Antall                             | 2                | 10              | 36    | 48  |
|             | % innen samme gruppe               | 4,2              | 20,8            | 75,5  | 100 |
| 50000+      | Antall                             | 0                | 5               | 14    | 19  |
|             | % innen samme gruppe               |                  | 26,3            | 73,7  | 100 |
| Total       | Antall                             | 6                | 71              | 162   | 239 |
|             | % innen samme gruppe               | 2,5              | 29,7            | 67,8  | 100 |

krysstabell (p=0,843)

Mellom – store kommuner (15000-49999) ligger høyest når det gjelder å hevde at omfang og ressurstilgang til kurative oppgaver er høyt prioritert. Kommuner med antall innbyggere over 50 000 ligger også høyt i denne gruppen. De minste kommunene har størst andel i gruppen ”passe prioritert.”

**Er 1.6.2001 (oppstart av fastlegeordningen) noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte oppgaver blir dekket?**

Tabell 16. Hvordan kurative oppgaver var dekket før FLO.

| Stilling    | Dekket før FLO – kurativt arbeid |       |       | Total |
|-------------|----------------------------------|-------|-------|-------|
|             | Dårligere                        | Samme | Bedre |       |
| 0-1999      | Antall 20                        | 59    | 4     | 83    |
|             | % innen samme gruppe 24,1        | 71,1  | 4,8   |       |
| 2000-4999   | Antall 15                        | 54    | 2     | 71    |
|             | % innen samme gruppe 21,1        | 76,1  | 2,8   | 100   |
| 5000-14999  | Antall 21                        | 48    | 4     | 73    |
|             | % innen samme gruppe 28,8        | 65,8  | 5,5   | 100   |
| 15000-49999 | Antall 12                        | 37    | 3     | 52    |
|             | % innen samme gruppe 23,1        | 71,2  | 5,8   | 100   |
| 50000+      | Antall 68                        | 198   | 13    | 279   |
|             | % innen samme gruppe 24,4        | 71,0  | 4,7   | 100   |
| Total       | Antall 20                        | 59    | 4     | 83    |
|             | % innen samme gruppe 24,1        | 71,1  | 4,8   |       |

krysstabell (p=0,898)

Ca. 70 % av respondentene mener at kurativt arbeid hadde samme dekning før innføring av FLO. Få (4,7 %) mener at dekingen var bedre før FLO, mens ca ¼ mener at dekingen av kurativt arbeid var dårligere før fastlegeordningen ble innført 1.juni 2001.

Tabell 17. Hvordan skolehelsetjenesten var dekket før FLO.

| Stilling          | Dekket før FLO - skolehelsetjenesten |       |       | Total |     |
|-------------------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-----|
|                   | Dårligere                            | Samme | Bedre |       |     |
| Rådmann           | Antall                               | 10    | 69    | 6     | 85  |
|                   | % innen samme stilling               | 11,8  | 81,2  | 7,1   | 100 |
| Ordfører          | Antall                               | 3     | 65    | 4     | 72  |
|                   | % innen samme stilling               | 4,2   | 90,3  | 5,6   | 100 |
| Samfunnsmedisiner | Antall                               | 11    | 56    | 3     | 70  |
|                   | % innen samme stilling               | 15,7  | 80,0  | 4,3   | 100 |
| Fastlege          | Antall                               | 5     | 42    | 1     | 48  |
|                   | % innen samme stilling               | 10,4  | 87,5  | 2,1   | 100 |
| Total             | Antall                               | 29    | 232   | 14    | 275 |
|                   | % innen samme stilling               | 10,5  | 84,4  | 5,1   | 100 |

krystabell (p=0,330)

Over 80 % mener at dekningen etter FLO var den samme som før FLO. Bare 5,1 % mener dekningen var bedre før FLO, mens dobbelt så mange (10,5 %) mener dekningen av skolehelsetjenesten var dårligere før FLO.

Tabell 18. Dekket etter oppstart FLO – kurativt arbeid og stilling.

| Stilling          | Dekket etter FLO – kurativt arbeid |             |             | Total |     |
|-------------------|------------------------------------|-------------|-------------|-------|-----|
|                   | Lite dekket                        | Akseptabelt | Godt dekket |       |     |
| Rådmann           | Antall                             | 1           | 9           | 74    | 84  |
|                   | % innen samme stilling             | 1,2         | 10,7        | 88,1  | 100 |
| Ordfører          | Antall                             | 2           | 12          | 56    | 70  |
|                   | % innen samme stilling             | 2,9         | 17,1        | 80,0  | 100 |
| Samfunnsmedisiner | Antall                             | 0           | 2           | 71    | 73  |
|                   | % innen samme stilling             |             | 2,7         | 97,3  | 100 |
| Fastlege          | Antall                             | 2           | 4           | 44    | 50  |
|                   | % innen samme stilling             | 4,0         | 8,0         | 88,0  | 100 |
| Total             | Antall                             | 5           | 27          | 245   | 277 |
|                   | % innen samme stilling             | 1,8         | 9,7         | 88,4  | 100 |

krystabell (p=0,055)

245 av 277 respondenter (88,4 %) mener at kurativt arbeid vil bli godt dekket etter innføring av fastlegeordningen. Nesten alle samfunnsmedisinerne mener dette. Bare 1,8 % mener at kurativt arbeid vil bli lite dekket etter innføring av FLO.

Tabell 19. Dekket etter oppstart FLO – skolehelsetjeneste og stilling.

| Stilling               | Dekket etter FLO – skolehelsetjenesten |             |             | Total |
|------------------------|--|-------------|-------------|-------|
|                        | Lite dekket                            | Akseptabelt | Godt dekket |       |
| Rådmann                | Antall                                 | 7           | 27          | 51    |
| % innen samme stilling |  | 8,2         | 31,8        | 60,0  |
| Ordfører               | Antall                                 | 6           | 31          | 35    |
| % innen samme stilling |  | 8,3         | 43,1        | 48,6  |
| Samfunnsmedisiner      | Antall                                 | 12          | 18          | 42    |
| % innen samme stilling |  | 16,7        | 25,0        | 58,3  |
| Fastlege               | Antall                                 | 10          | 13          | 22    |
| % innen samme stilling |  | 22,2        | 28,9        | 48,9  |
| Total                  | Antall                                 | 35          | 89          | 150   |
| % innen samme stilling |  | 12,8        | 32,5        | 54,7  |

krysstabell (p=0,067)

55 % mener at skolehelsetjenesten vil bli godt dekket etter innføring av fastlegeordningen. Her er rådmennene mest optimistisk med en andel på 60 % i gruppen ”godt dekket”, mens ordførere og fastleger er omtrent på samme nivå i denne gruppen (ca. 48 %).

Tabell 20. Dekket 1. året etter FLO kurativt arbeid og stilling.

| Stilling               | Dekket 1. året etter FLO – kurativt arbeid |             |             | Total |
|------------------------|--|-------------|-------------|-------|
|                        | Lite dekket                                | Akseptabelt | Godt dekket |       |
| Rådmann                | Antall                                     | 0           | 5           | 64    |
| % innen samme stilling |  |             | 7,2         | 92,8  |
| Ordfører               | Antall                                     | 1           | 14          | 48    |
| % innen samme stilling |  | 1,6         | 22,2        | 76,2  |
| Samfunnsmedisiner      | Antall                                     | 0           | 4           | 62    |
| % innen samme stilling |  |             | 6,1         | 93,9  |
| Fastlege               | Antall                                     | 0           | 3           | 45    |
| % innen samme stilling |  |             | 6,3         | 93,8  |
| Total                  | Antall                                     | 1           | 26          | 219   |
| % innen samme stilling |  | 0,4         | 10,6        | 89,0  |

krysstabell (p=0,017)

Alle grupper utenom ordfører ligger over 90 % når det gjelder andel i svaralternativet ”godt dekket”. Ordfører har størst andel i gruppen akseptabelt dekket. Det er bare 1 ordfører som har svart at kurative oppgaver er lite dekket 1. året etter FLO ble innført.

Tabell 21. Dekket 1. året etter FLO – skolehelsetjeneste og stilling.

| Stilling          |                        | Dekket 1. året etter FLO – skolehelsetjeneste |             |             | Total |
|-------------------|------------------------|---|-------------|-------------|-------|
|                   |                        | Lite dekket                                   | Akseptabelt | Godt dekket |       |
| Rådmann           | Antall                 | 8   | 22          | 39          | 69    |
|                   | % innen samme stilling | 11,6  | 31,9        | 56,5        | 100   |
| Ordfører          | Antall                 | 4   | 23          | 36          | 63    |
|                   | % innen samme stilling | 6,3   | 36,5        | 57,1        | 100   |
| Samfunnsmedisiner | Antall                 | 13  | 18          | 34          | 65    |
|                   | % innen samme stilling | 20,0  | 27,7        | 52,3        | 100   |
| Fastlege          | Antall                 | 15  | 13          | 19          | 47    |
|                   | % innen samme stilling | 31,9  | 27,7        | 40,4        | 100   |
| Total             | Antall                 | 40  | 76          | 128         | 244   |
|                   | % innen samme stilling | 16,4  | 31,1        | 52,5        | 100   |

krysstabell (p=0,020)

Bare ca. halvparten av respondentene mener at skolehelsetjenesten er godt dekket 1. året etter FLO. Fastlegene er mest pessimistisk. Ordfører har størst score når det gjelder andel ”akseptabelt dekket”.

### 3. Diskusjon.

**Er det slik at oppgaver med NPM elementer i seg, særlig insentivdelen, prioriteres foran andre oppgaver?**

#### A. Er det noen forskjell i prioritering mellom tjenester

Tabell 5 viser prioritering av kurativt arbeid fordelt på stilling. Dette kan sammenlignes med tabell 6 som viser prioritering av forebyggende arbeid også fordelt på stilling. Når en slår sammen hele gruppene lavt prioritert og passe prioritert til en gruppe, og beholder gruppen høyt prioritert slik som framkommer i tabell 5 og 6, er forskjellen klart signifikant ( $p < 0,001$ ). Andelen som svarer at kurativt arbeid er høyt prioritert er på hele 76,7 %, mens gruppen som svarer at forebyggende arbeid er høyt prioritert er på 21,1 %. Dvs. at det er over 3,5 ganger så mange respondenter som mener at kurativt arbeid er høyt prioritert sett i forhold til forebyggende arbeid. Den klare forskjellen finner man også ved en analyse pr. hovedkategori (stilling).

Hvis en slår sammen lavt prioritert og passe prioritert til en ny gruppe og beholder høyt prioritert, og sammenligner forskjellen mellom kurativt og forebyggende oppgaver for

rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner og fastlege er forskjellen klart signifikant for alle disse stillingene ( $p < 0,001$ ).

En analyse på samme måten som avsnittet ovenfor på forskjellen mellom kurativt arbeid og tilsynslegetjenester (tabell 5 og tabell 7) viser klar signifikans ( $p < 0,001$ ).

Samme forhold gjelder begge årene 2001 og 2002. En kan dermed konkludere med at det er en klar forskjell i prioritering av kurativt arbeid sammenliknet med forebyggende arbeid og tilsynslegetjenester. Dette kan tyde på at oppgaver med NPM elementer i seg, særlig insentivdelen, har prioritet foran andre legeoppgaver. Dette gjelder både samlet for hele utvalget og når en vurderer stilling for stilling, dvs. ordfører, rådmann, samfunnsmedisiner og fastlege.

#### **B. Er det noen forskjell i prioritering mellom årene 2001 og 2002?**

Tabell 9 viser at det skjer en endring når det gjelder rådmann og ordfører for hovedoppgaven kurativt arbeid, dvs. kommunens politiske og administrative ledelse. Disse personene etterspør tjenester (bestiller) mens samfunnsmedisiner og fastlege produserer tjenester (utøver). Den samme endringen ser en ikke på produsent - siden. Endringen hos rådmann og ordfører består i en forskyvning fra høyt prioritert til passe prioritert. Hva kan forklare dette? En kan tenke seg flere forklaringer:

- Kurativt arbeid fikk mye fokus i forbindelse med innføring av fastlegeordningen i 2001. Bestiller – funksjonen i kommunen (ordfører, rådmann) var veldig opptatt av at alle kommunes innbyggere fikk tildelt fastlege, at det var leger nok til alle. Utover i 2001 førte dette til økt etterspørsel etter kurative tjenester og dermed økte ventelister. Når ordfører og rådmann får spørsmålet igjen i 2002 er det mulig at de synes kurative oppgaver har mye fokus, og dermed ønsker å svare passe prioritert.
- En kan også tolke dette slik at kommunes politiske og administrative ledelse etter innføring av fastlegeordningen og mye fokus på kurative oppgaver synes at prioriteringen av disse oppgavene er passe i 2002. Dette kan tyde på et ønske om status quo når det gjelder prioritering av legeoppgaver. En slik tolkning betyr også at en ikke kan forvente store endringer når det gjelder prioritering av

legeoppgaver, ledelsen mener at fordelingen av legeoppgaver er blitt ok etter all fokus på kurative oppgaver i forbindelse med innføring av fastlegeordningen.

Legene har ikke endret oppfatning fra 2001 til 2002. De fleste samfunnsmedisinerne utfører også kurative oppgaver, dette kan tyde på at produsentene av disse tjenestene mener at kurative oppgaver bør ha høy prioritet også året etter at fastlegeordningen ble innført. En sammenligning av forebyggende arbeid og tilsynslegetjenester på årene 2001 og 2002 viser samme tendens. I 2001 mener 24,4 % av rådmennene at forebyggende arbeid er høyt prioritert, dette synker til 14,9 % i 2002. (En sammenslåing av verdier til 2 grupper gir en  $p < 0,15$  når en sammenligner 2001 og 2002). 61,2 % av rådmennene mener at tilsynslegetjenester er høyt prioritert i 2001, dette synker til 22,7 % i 2002 ( $p < 0,001$ ).

Dette kan tolkes slik at status – quo teorien er den riktige. I 2002 mener ordfører og rådmann at fordeling og prioritering av legeoppgaver er ok, nå bør man ha ro om disse tingene. Men det kan også tolkes slik at disse funksjonene ikke lenger er på dagsorden i 2002, prioriteringen kan være slik den er.

Status - quo teorien styrkes også av tabell 18 og tabell 20 ettersom disse tabellene ikke gir uttrykk for noe stort ønske om endringer. Omtrent like store andeler av ordførere og rådmenn mener at kurative oppgaver er godt dekket etter oppstart av FLO som etter 1. året etter oppstart av FLO.

Utover forskjellen mellom bestiller (rådmann/ordfører) og utfører (fastlege, samfunnsmedisiner) når det gjelder årene 2001 og 2002 er det ingen signifikante statistiske forskjeller mellom stillinger. Dog viser prosentandelen på de forskjellige verdier forskjeller, for eksempel sier 82,6 % av rådmennene at kurative oppgaver er høyt prioritert i 2001, mens 71,7 % av fastlegene mener det samme. Men statistisk signifikant er de ikke.

**Er det noen sammenheng mellom hvor man bor (helseregion, kommunestørrelse) og hvordan man prioriterer legeoppgaver?**

Spørsmålet som drøftes i denne diskusjonen er om det er noen sammenheng mellom hvor man bor (helseregion, kommunestørrelse) og hvordan man prioriterer legeoppgaver.

I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i prioritering av kurative oppgaver.

En kan ha som hypotese at modernisering av offentlig sektor har kommet lengst i sentrale strøk på østlandet, og at dette vil gi seg utslag i prioritering av kurative oppgaver som har flest NPM elementer i seg.

Det er faktisk helseregion nord som har høyest andel som svarer høyt prioritert, og helseregion øst som har lavest andel. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene. Det er noe forskjell mellom 2001 og 2002, andelen som svarer høyt prioritert synker fra 76,7 % i 2001 til 67,8 % i 2002 samtidig som passe prioritert øker noe. Dette framkommer når en sammenligner tabell 12 og tabell 13. (Gjennom å slå sammen verdiene til to grupper og sammenligne årene 2001 og 2002 får man en  $p=0,0234$ , dvs. statistisk signifikant).

Når en ser på kurative oppgaver fordelt på kommunestørrelse (tabell 14 og 15) framkommer det at de minste kommuner har høyest andel som svarer høyt prioritert. Dette kan forklares med at mange små kommuner hadde problemer med å skaffe en fastlege til alle innbyggerne, eller i alle fall hadde fokus på denne problematikken. Andelen på 81,3 % i 2001 hos små kommuner synker til 62,2 % i 2002 når det gjelder høyt prioritert. Dette kan tolkes slik at de fleste små kommuner fikk til å skaffe en fastlege til alle innbyggerne i 2001, og kan dermed ha mindre fokus på dette i år 2002.

Disse tabellene viser at det ikke er grunnlag for å hevde at påvirkningen fra NPM tenkningen har ført til at kurative oppgaver prioriteres høyere i sentrale strøk og i store kommuner. Det er vel andre årsakssammenhenger som bør brukes til å forklare eventuelle forskjeller.



## **Er 1. 6. 2001 (oppstart av fastlegeordningen) noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte oppgaver blir dekket?**

Det kan være interessant å vurdere om innføringen av fastlegeordningen den 1. juni 2001 er noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte oppgaver ble dekket. Diskusjonen ovenfor om prioritering av oppgaver har vist at det er stor enighet mellom rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner og fastlege når en ser et bestemt år isolert (dvs. år 2001 eller år 2002). Kurative oppgaver er høyt prioritert, det samme kan ikke sies om for eksempel forebyggende arbeid og tilsynslegetjenester.

Graden av dekket er noe annet enn prioritet. Dekket er en mer praktisk dimensjon fordi dette berører hvordan man gjennom faglig-politisk diskusjon og forhandlinger ble enige om å avsette ressurser til forskjellige legeoppgaver. Resultatet av disse forhandlingene var også avhengig av en rekke praktiske faktorer som interesser til legene, hvor mange leger kommunen hadde tilgjengelig, om det var håp om bedring i legedekningen snart hvis kommunen mangler leger etc. Det var vel også slik at kurative oppgaver måtte dekkes først, alle kommunens innbyggere hadde krav på en fastlege.

Prioritering kan sees på som mer prinsipiell og mindre praktisk enn graden av dekket. Prioritering involverer mer politikk og økonomi enn det som graden av dekket gjør.

Ovenfor er det vist at rådmann og ordfører får en endring fra høyt prioritert til passe prioritert når det gjelder kurative oppgaver fra 2001 til 2002 (tabell 9). Men ettersom prioritering er en annen dimensjon enn graden av dekket så er det ikke sikkert at en finner igjen det samme når det gjelder en analyse av graden av dekket.

I analysen er tabell 16 til og med 21 tatt med for å svare på dette spørsmålet. Tabell 16 og 17 svarer på hvordan kurative oppgaver og skolehelsetjenesten var dekket for FLO. En liten andel mener at dekningsgraden var bedre før FLO (dette gjelder både kurativt arbeid og skolehelsetjeneste), mens det er en større andel som mener kurativt arbeid var dårligere dekket før FLO enn skolehelsetjenesten. Dette kan tyde på at kurativt arbeid har hatt mest nytte av innføring av FLO når det gjelder dekningsgrad. Det bør likevel nevnes at flesteparten mener at oppgavene var dekket på samme måte før FLO (71 % når det gjelder kurativt arbeid og 84,4 % når det gjelder skolehelsetjenesten). En sammenslåing til to grupper i tabell 16 og

17 og en vurdering av total – antallet i disse to gruppene viser at forskjellen ikke er statistisk signifikant. ( $p=0,8135$ )

Tabell 18 og 20 og tabell 19 og 21 viser henholdsvis forskjellen på dekket etter oppstart FLO og dekket 1. året etter for kurativt arbeid og skolehelsetjenesten. Det er ikke statistiske signifikante forskjeller mellom tabell 18/20 og tabell 19/21, respondentene svarer lite forskjellig 1. året etter sett i forhold til etter oppstart av FLO.

Derimot er det store forskjeller mellom tabell 18 og 19 (kurativt arbeid sammenlignet med skolehelsetjenesten). 88,4 % mener at kurativt arbeid er godt dekket, bare 54,7 % mener det samme om skolehelsetjenesten. Forskjellen mellom kurativt arbeid og skolehelsetjenesten er statistisk signifikant ( $p<0,001$ ) når en slår sammen til to grupper og vurderer total - antallet.

Rådmenn og ordfører fikk en endring fra høyt prioritert i 2001 til passe prioritert i 2002 når det gjelder forebyggende arbeid. Likevel har en andel på ca. 40 % svart at skolehelsetjenesten ikke er godt dekket. Det kan synes som om prioritering er en ting, påvisning om en tjeneste er godt dekket eller ikke er tydeligvis noe annet.

Forskjellen mellom kurativt arbeid og skolehelsetjenesten (tabell 20 og 21) er like tydelig 1. året etter FLO. 89 % mener at kurativt arbeid er godt dekket, 52,5 mener det samme om skolehelsetjenesten. Forskjellen er statistisk signifikant ( $p<0,001$ ) når en slår sammen til to grupper og vurderer forskjellen i total – antallet.

Dette kan tyde på at 1.6.2001 ikke er noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte legeoppgaver er dekket. Det kan synes som om påvirkningen fra NPM tenkningen startet lenge før innføringen av fastlegeordningen og at aktørene tilpasset seg disse strømningene i god tid før 1. juni 2001.

## Oppsummering

I oppgaven er det stilt 3 viktige spørsmål:

1. Er det slik at oppgaver med NPM elementer i seg, særlig insentivdelen, prioriteres foran andre oppgaver?
2. Er det noen sammenheng mellom hvor man bor (helseregion, kommunestørrelse) og hvordan man prioriterer legeoppgaver?
3. Er 1.6.2001 (oppstart av fastlegeordningen) noen milepæl når det gjelder hvordan lovpålagte oppgaver blir dekket?

Det er en klar forskjell i hvordan rådmann, ordfører, samfunnsmedisiner og fastlege har svart på spørsmålet som ble stilt angående prioritering når det gjelder kurative oppgaver sammenliknet med forebyggende arbeid og tilsynslegetjenester. I 2001 er det for eksempel over 3,5 ganger så mange respondenter som mener at kurativt arbeid er høyt prioritert sett i forhold til forebyggende arbeid. Kurative oppgaver (diagnose, behandling) har mest NPM elementer i seg. Det kan dermed synes som om legeoppgaver som har innlagt mange NPM elementer har en høyere prioritering enn andre legeoppgaver. Undersøkelsen gir ikke svar på om den skjønsmessige vurderingen respondentene foretar sier noe om *for høyt* eller *for lavt*. Ettersom det er lite endringer i relativ andel som svarer godt dekket første året etter innføring av fastlegeordningen kan det tyde på respondentene ikke har foretatt en relativ bedømmelse av viktigheten av disse oppgavene. En har derfor valgt å tolke dette slik at svarene er en beskrivelse av ressurstilgangen til disse hovedoppgavene.

Forskjell i prioriteringer mellom årene 2001 og 2002 slår ut for den politiske og administrative ledelse (bestiller), mens det er lite endringer når det gjelder produsent – siden (utøver). Dette kan tyde på at kommunens ledelse har et ønske om status quo når det gjelder prioritering av legeoppgaver, og at man dermed ikke kan forvente store endringer i disse prioriteringene i årene framover.

En hypotese om at modernisering av offentlig sektor har kommet lengst i sentrale strøk av Østlandet og at dette vil gi seg utslag i prioriteringer av kurative oppgaver, ser ikke ut å slå til. Det er helseregion nord som har høyest andel som svarer høyt prioritert, og helseregion øst som har lavest andel.

Det er de minste kommuner som har høyest andel som svarer høyt prioritert når det gjelder kurative oppgaver. Det kan synes som at modernisering av offentlig sektor, og NPM elementer, ikke er noen forklaringsvariabel her.

Svarene som er kommet inn når det gjelder dekningsgrad (lite, akseptabelt, godt) av lovpålagte legeoppgaver kan tyde på at innføringen av fastlegeordningen 1.juni 2001 ikke er noen milepæl. Den relative dekningsgraden mellom lovpålagte oppgaver opprettholdes stort sett sammenlignet med før fastlegeordningen ble innført, det skjer heller ikke store endringer første året etter. En dimensjon i en slik forklaring kan være at aktørene tilpasset seg strømningene fra NPM tenkningen lenge før 1. juni 2001.

## **Kap. 16 Avslutning**

Debatten om riktig bruk av helsetjenestenes ressurser er svært vanskelig fordi den foregår på mange nivåer samtidig:

- Helsepersonellet tar individuelle kliniske beslutninger som gjelder enkeltpersoner
- "Mannen i gata", hvilke konsekvenser får dette for meg?
- Politikere, økonomer og samfunnsforskere argumenterer stort sett på samfunnsnivå.
- De enkelte fagprofesjonene argumenterer ofte ut fra sin spesialistkompetanse.

Debatten om prioriteringer er ofte forvirrende, fordi det kan være uklart hva som ligger i begrepene, og ofte blandes ulike dimensjoner av prioritering sammen.

I forbindelse med denne undersøkelsen som er omtalt her vil nok en lege som får spørsmålet om prioriteringssvarene han har gitt har noe med NPM elementer å gjøre, antagelig komme med andre forklaringer. Det kan være helt praktiske årsaker som gjør at han/hun har svart at kurative oppgaver er høgt prioritert når det gjelder omfang og ressurstilgang. "Pasientene er jo der, de må få behandling". Mens andre mener at kurativt arbeid må være høgt prioritert for å framskaffe inntekter til praksisen og dermed penger i egen lommebok.

I egen kommune blir forholdet mellom fastlønte leger og private leger mer og mer betent. I legeutvalget i slutten av sept. 2003, ble det hevdet fra de private legene at 3 kommunale leger burde ta all offentlig legearbeid, mens 5 private leger skulle bruke all sin tid på kurativt arbeid. Kommunelege I blir skyteskive og må virkelig kjempe for at offentlig legearbeid skal prioriteres. Samtidig er det slik at mye offentlig legearbeid som utføres av kommunalt fastlønte leger fører til tapte inntekter for egen resultatenheter. Enheten har ansvaret for eget resultat og må dermed kutte i sin virksomhet, dvs. en negativ spiral.

I oppgaven går en i dybden når det gjelder hva som skjer på makronivå, dvs. på samfunnsnivå og hvilke trender som er internasjonalt. En har prøvd å påvise at modernisering av offentlig sektor startet på 80- tallet, OECD var og er svært aktiv i denne prosessen, og markedsmodeller er innført i helsetjenesten. Disse trendene på makronivå får konsekvenser på mikronivå, selv om det er umulig å påvise noen kausal sammenheng. Dette er langsiktige trender som beveger seg på dypet av samfunnslivet og som kan være vanskelig å se på mikronivå.

*Vurderingen av virksomhetsområder er likevel et forsøk på å bevege seg på mikronivå.*

Undersøkelsen som det er referert til gir ikke bevis for at det er noen direkte sammenheng mellom graden av NPM elementer og prioritering. Men en kan fastslå at legeoppgaver som har alle NPM elementer har en høy prioritering når det gjelder omfang og ressurstilgang sett i forhold til andre legeoppgaver.

I alle fall er mange aktører bekymret for utviklingen av samfunnsmedisinen og offentlige legetjenester. Helsetilsynet har satt fokus på disse problemstillingene så sent som i sept. 2003, jfr. Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Hvis ikke denne negative utviklingen skal fortsette og kanskje forsterkes må NPM elementene innenfor kurativt arbeid nedtones. Alternativitet er at det må i innføres NPM elementer i offentlig legearbeid.

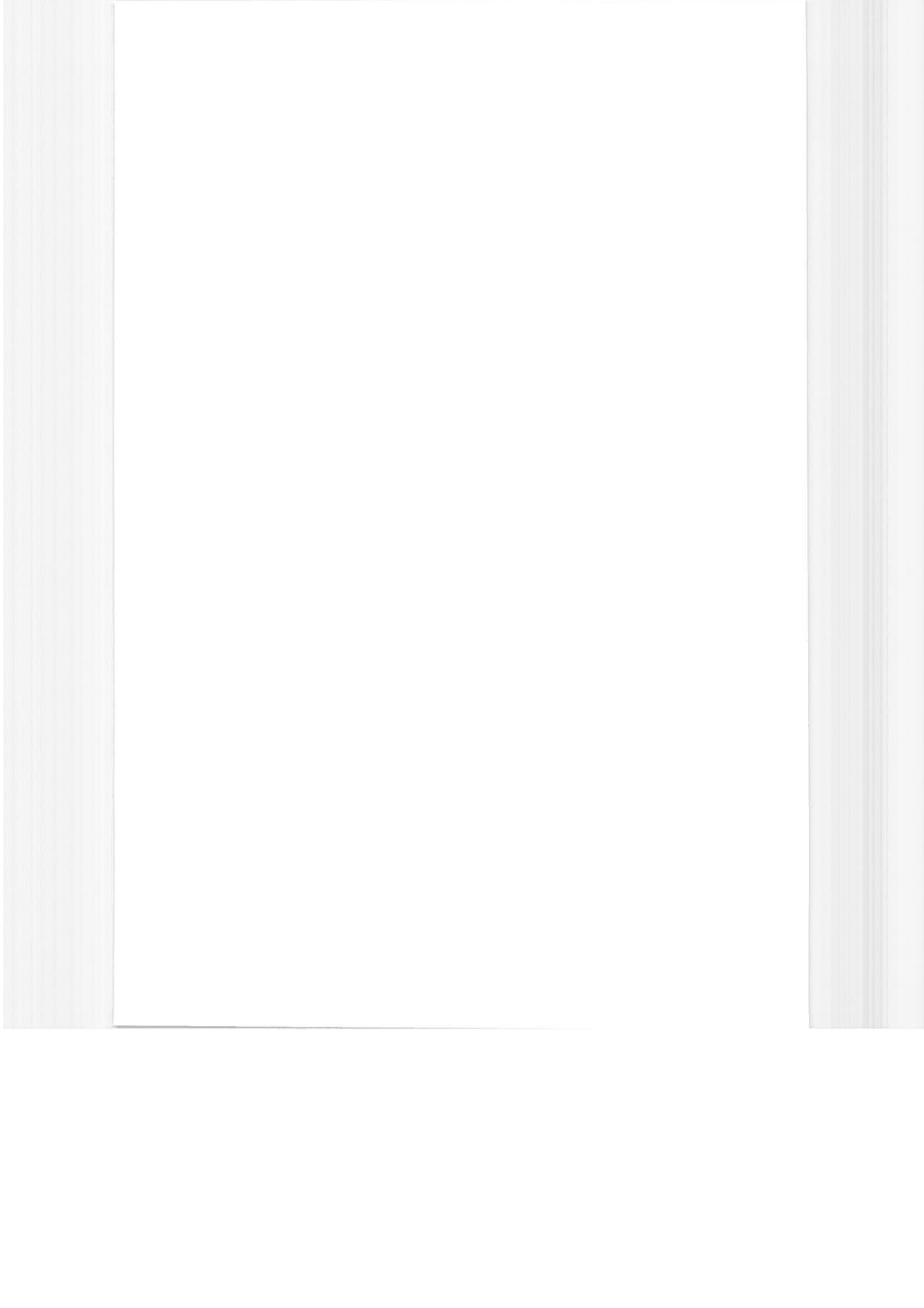
En vei å gå kan være å innføre insentiver i offentlig legearbeid og å prioritere opp statusen til samfunnsmedisineren.

Dette bør være tema når utviklingen av offentlig legearbeid skal vurderes av Helsedepartementet.

## Kap. 17 Litteraturliste

- Arbeids- og administrasjonsdept (2001): Skritt på veien. Program for fornyelse av offentlig sektor.
- Berger Peter, Luckmann Thomas: Den samfunnsvitenskapelige virkelighet.
- Busch Tor, Johnsen Erik, Klausen Kurt Klaudi, Vanebo Jan Ole: Modernisering av offentlig sektor.
- Dolan Paul og Jan Abel Olsen (2002): Distributing health care – economic and ethical issues.
- Fuggeli Per: Samfunnsmedisin – rød eller blå resept?
- Giddens Anthony: Modernitetens konsekvenser
- Feldbæk O. Danmarks økonomiske historie 1500-1840.
- Helsedepartementet (2002): Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Helsedepartementet (2003): St. meld. Nr. 16. "Resept for et sunnere Norge." Spesielt kap. 9 "Helsetjenestens bidrag i folkehelsearbeidet".
- Hood Christopher (1991); A public management for all seasons?
- Illich Ivan: Medisinsk nemesis
- Lian Olaus S: Når helse blir en vare (2003)
- Mordal Tove L.: Som man spør får man svar (1989)
- Moseng Ole Georg (2003): Ansvaret for undersåttenes helse 1603 - 1850
- NOU (1997): Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsevesen.
- NOU (1998): Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.
- Pettersen Betty: Søkelys på samfunnsmedisin. Folkehelse 1994.
- Pettersen Betty (2001): Faktadel til Generalplan for samfunnsmedisin. DnLf.
- Schiøtz Aina (2003): Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003.
- Sosial- og helsedep. (1994): Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. St.meld. nr. 50 (93/94).
- Sosial- og helsedep. (1997): Trygghet og ansvarlighet. Om legetjeneste i kommunene og fastlegeordningen. St.meld. nr. 23 (96/97)
- Sosial- og helsedep. (1999): Om verdier for den norske helsetenesta. St.meld nr. 26 (1999/2000).
- Sosial- og helsedep. (1999): Fastlegeordningen, lovendringer. Ot.prp nr. 99 (98/99).
- Strand T (2001): Ledelse, organisasjon og kultur.
- Widerberg Karin: Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt (2001).

Takk til Betty Pettersen for tilgang til data og gjennomgang av alle fasene i forbindelse med intervjueskjema.







**ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:**

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.  
**Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)**
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.  
**Av Anders Forsdahl, 1977.**
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.  
**Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.**
4. D. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.  
**Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.**
5. D. Reformer i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.  
**Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.**
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.\* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.  
**Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.**
- 8.\* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.  
**Av Anders Forsdahl, 1984.**
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.  
**Av Toralf Hasvold, 1984.**
10. D. Tvuget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.  
**Av Georg Høyer, 1986.**
11. D. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.  
**Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.**
- 12.\* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.  
**Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.**

13. D. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.  
**Av Anne Johanne Sjøgaard, 1989.**
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.  
**Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.**
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. D. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.  
**Av Knut Holtedahl, 1991.**
17. D. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.  
**Av Synnøve Fønnebø Knutsen, 1991.**
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.  
**Av Åge Wifstad, 1991.**
19. D. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.  
**Av Knut Fylkesnes, 1991.**
20. D. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.  
**Av Odd Nilssen, 1992.**
21. D. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.  
**Av Vinjar Fønnebø, 1992.**
22. D. Aspects of breast and cervical cancer screening.  
**Av Inger Torhild Gram, 1992.**
23. D. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.  
**Av Roar Johnsen, 1992.**
24. D. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.  
**Av Hasse Melbye, 1992.**
25. D. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.  
**Av Kaare Bønnaa, 1992.**

26. D. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.  
**Av Hanne Thürmer, 1993.**
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.  
**Av Anders Forsdahl, 1993.**
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.  
**Av Knut Westlund og Anne Johanne Sjøgaard, 1993.**
29. D. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.  
**Av Anne Elise Eggen, 1994.**
30. D. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.  
**Av Per G. Lund-Larsen, 1994.**
31. D. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.  
**Av Maja-Lisa Løchen, 1995.**
32. D. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.  
**Av Edvin Schei, 1995.**
33. D. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.  
**Av Børge Ytterstad, 1995.**
- 34.\* D. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.  
**Av Åge Wifstad, 1996.** (utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. D. Factors affecting doctors' decision making.  
**Av Ivar Sønbo Kristiansen, 1996.**
37. D. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population.  
**Av Bjørn Bernersen, 1996.**
38. D. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway.  
**Av Toralf Hasvold, 1996.**

39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.  
**Av A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.**
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988. **Av Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.**
- 41.\* D. Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.  
**Av Inger Thune, 1997.**
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.  
**Av Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.**
43. D. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients  
**Av Terje Risberg, 1998.**
44. D. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989.  
**Av Inger Njølstad, 1998.**
45. D. General practitioner hospitals: Use and usefulness. A study from Finnmark County in North Norway.  
**Av Ivar Aaraas, 1998.**
- 45B Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.  
**Av Ivar Aaraas, 1998.**
46. D. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn.  
**Av Jorid Andersen, 1998.**
47. D. The Tromsø Study: Risk factors for non-vertebral fractures in a middle-aged population.  
**Av Ragnar Martin Joakimsen, 1999.**
48. D. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine.  
**Av Bjørn Odvar Eriksen, 1999.**
49. D. Echocardiographic screening in a general population. Normal distribution of echocardiographic measurements and their relation to cardiovascular risk factors and disease. The Tromsø Study.  
**Av Henrik Schirmer, 2000.**

50. D. Environmental and occupational exposure, life-style factors and pregnancy outcome in arctic and subarctic populations of Norway and Russia.  
**Av Jon Øyvind Odland, 2000.**
- 50B Окружающая и профессиональная экспозиция, факторы стиля жизни и исход беременности у населения арктической и субарктической частей Норвегии и России  
**Юн Ойвин Удлан 2000**
51. D. A population based study on coronary heart disease in families. The Finnmark Study 1974-1989.  
**Av Tormod Brenn, 2000.**
52. D. Ultrasound assessed carotid atherosclerosis in a general population. The Tromsø Study.  
**Av Oddmund Joakimsen, 2000.**
53. D. Risk factors for carotid intima-media thickness in a general population. The Tromsø Study 1979-1994.  
**Av Eva Stensland-Bugge, 2000.**
54. D. The South Asian cataract management study.  
**Av Torkel Snellingen, 2000.**
55. D. Air pollution and health in the Norwegian-Russian border area.  
**Av Tone Smith-Sivertsen, 2000.**
56. D. Interpretation of forearm bone mineral density. The Tromsø Study.  
**Av Gro K. Rosvold Berntsen, 2000.**
57. D. Individual fatty acids and cardiovascular risk factors.  
**Av Sameline Grimsgaard, 2001.**
58. Finnmarkundersøkelsene  
**Av Anders Forsdahl, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E, Lupton B, Selmer R, Straume E, 2001.**
59. D. Dietary data in the Norwegian women and cancer study. Validation and analyses of health related aspects.  
**Av Anette Hjartåker, 2001.**
60. D. The stenotic carotid artery plaque. Prevalence, risk factors and relations to clinical disease. The Tromsø Study.  
**Av Ellisiv B. Mathiesen, 2001.**
61. D. Studies in perinatal care from a sparsely populated area.  
**Av Jan Holt, 2001.**
62. D. Fragile bones in patients with stroke? Bone mineral density in acute stroke patients and changes during one year of follow up.  
**Av Lone Jørgensen, 2001.**

63. D. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A psychiatric case register study.  
**Av Vidje Hansen, 2001.**
64. D. Ill health in two contrasting countries.  
**Av Tom Andersen, 1978/2002.**
65. D. Longitudinal analyses of cardiovascular risk factors.  
**Av Tom Wilsgaard, 2002.**
66. Helseundersøkelsen i Arkangelsk 2000.  
**Av Odd Nilssen, Alexei Kalinin, Tormod Brenn, Maria Averina et al., 2003.**
67. D. Bio-psycho-social aspects of severe multiple trauma.  
**Av Audny G. W. Anke, 2003.**
68. D. Persistent organic pollutants in human plasma from inhabitants of the arctic.  
**Av Torkjel Manning Sandanger, 2003.**
69. D. Aspects of women's health in relation to use of hormonal contraceptives and pattern of child bearing.  
**Av Merethe Kunmlle, 2003.**
70. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen.  
**Av Olaug Lian, 2003.**
71. D. Vitamin D security in northern Norway in relation to marine food traditions.  
**Av Magritt Brustad, 2004.**
72. D. Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunns basert hjerte- og kar forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp.  
**Av Beate Lupton, 2004.**
73. D. Environmental factors, metabolic profile, hormones and breast and endometrial cancer risk.  
**Av Anne-Sofie Furberg, 2004.**
74. D. Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege.  
**Av Eli Berg, 2004.**
75. Kreftregisteret i Arkhangelsk oblast i nordvest Russland. Med en sammenligning av kreftforekomst i Arkhangelsk oblast og Norge 1993 - 2001.  
**Av Vakt skjold Arild, Lebedintseva Jelena, Korotov Dmitrij, Tkatsjov Anatolij, Podjakova Tatjana, Lund Eiliv, 2004**

76. D. Characteristics and prognosis of long-term stroke survivors. The Tromsø Study.  
**Av Torgeir Engstad, 2004**
77. D. Withdrawal and exclusion. A study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients.  
**Av Geir Fagerjord Lorem, 2005.**

De som er merket med D er doktorgradsarbeid.

De som er merket med \* har vi dessverre ikke flere eksemplarer av.

