
Samfundsmedicinerens vurdering af samarbejde og arbejdsbelastning i kommunehelsetjenesten

KLINIKK OG FORSKNING

NILS KOLSTRUP

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

Institut for Sundhedstjenesteforskning – Sundhedsøkonomi
Syddansk Universitet, Odense, Winsløwparken 19
DK-5000 Odense C

Formålet med undersøgelsen var at studere medisinsk-faglig ansvarlige legers samarbejdsrelationer og vigtigheden af samarbejdet med forskellige kommunale samarbejdspartnere. Vi ønskede også at undersøge, hvor stor betydning faglig rutine, arbejdstid og tilstedeværelsen af helse- og sosialsjef havde på lægernes samarbejde og faglige tilfredshed.

Dette var en tværsnitsundersøgelse med selvadministrerede spørgeskemaer og lukkede spørgsmål.

Vi fik svar fra 218 kommunalt ansatte samfundsmedicinere som var i samme stilling i hele studieperioden (svarprocent 81) og fra 98 læger i samfundsmedicinske stillinger som sluttede i sin stilling i samme periode (svarprocent 86).

Samarbejdet med kommunens sundhedspersonale var godt og prioriteredes højt, men samarbejdet med den kommunale administration og politikerne var mindre godt. Jo større organisatorisk afstand mellem lægerne og administrationen, jo større problemer i samarbejdet og jo mindre arbejdstilfredshed. Samarbejdet med helse- og sosialsjefene var bedre end med den kommunale centrale administration. Blandt læger autoriseret før 1983 sås samme tendens.

For at få stabile samfundsmedicinere til kommunerne må disse læger have reel indflydelse på kommunens sundhedspolitiske beslutninger.

Samfundsmedicinen sejler i modvind i norske kommuner. Rekrutteringen til faget er dårlig, og for første gang i historien måtte Folkehelsas kommunelegekurs (det tidligere Bygdøy-kurset) i 1998 aflyses på grund af mangel på ansøgere til studiet.

Traditionelt har man i Nord-Norge haft mange vakante kommunelegestillinger. På grund af bevidst satsning på samfundsmedicin har man i Finnmark klaret sig rimeligt godt i de senere år, men desværre er situationen nu igen meget vanskelig. Per 1.10. 1997 havde kun 11 af Finnmarks 19 kommuner haft kommunelege 1 i funktion fast (dvs. uden permission og uden skift i kommunelege 1) de sidste seks måneder. I 1998 var situationen ikke bedre (personlig meddelelse Karin Skarsaune, Fylkeslegens kontor i Finnmark). I resten af landet er der også store rekrutteringsproblemer, og situationen ændrer sig til det værre. Forklaringen på disse problemer er meget sammensat (1 – 7). Når vanskelighederne er blevet større de sidste år, har det blandt andet sammenhæng med et misforhold mellem oprettede lægestillinger og erhvervsaktive læger (1). I en sådan situation vil de mest upopulære arbejdsopgaver og de mindst populære geografiske områder få størst rekrutteringsproblemer.

Både for kommunerne og for lægerne har det været vanskeligt at omstille sig fra en distriktslege-model til en kommunelege-model (8). Den nye kommunelov (9) med fri udvalgsstruktur og den muligt kommende fastlegereform antages yderligere at kunne vanskeliggøre samfundsmedicinerens situation i kommunerne (10). De største problemer har været relateret til faglige kompetancestridigheder, uklare grænser mellem politikere og fagfolk, distancering af kommunelegerne i forhold til resten af den traditionelle kommuneadministration og deraf resulterende manglende trivsel med udbrændthedssymptomer hos lægerne (8, 11, 12). Svigtende rekruttering og stabilitet ser derfor ud til at være et øgende problem, hvor færre og færre ønsker at arbejde som samfundsmedicinere.

På baggrund af dette ville vi undersøge, hvordan lægerne var tilfredse med relationerne til forskellige samarbejdspartnere i kommunerne, og hvor stor betydning de tillagde samarbejdet med forskellige kommunale instanser. Desuden ønskede vi at belyse, om samarbejdsrelationerne var afhængige af faglig erfaring, defineret som antal år siden autorisation. Vi ønskede endeligt at undersøge, om arbejdstid og administrativ placering i kommunerne påvirkede lægernes vurdering af det samfundsmedicinske arbejdes faglige indhold og mening.

Materiale og metode

I 1993 – 94 sendte vi et spørgeskema til alle læger i Norge, som vi fra en tidligere undersøgelse (4) vidste havde stilling som medisinsk-faglig ansvarlig lege per 1.1. 1988. Vi sendte ikke skemaer til læger som havde været i stillingen under seks måneder. Vi sendte heller ikke spørgeskemaer til læger fra Oslo og Bergen pga. at disse kommuner havde gjort så store administrative ændringer i perioden at en sammenligning fra 1988 til 1992 blev meningsløs. De adspurgte læger blev klassificeret som stabile, hvis de sad i stillingen i hele perioden 1.1. 1988 – 31.12. 1991 og som ustabile, hvis de havde sluttet i samme periode. Af 281 læger som var stabile og

137 som sluttede, blev henholdsvis 11 og 24 ekskluderet pga. fejlagtig adresse, dødsfald, eller at de have været mindre end seks måneder i stillingen. Der blev rykket for svar indtil tre gange. Vi fik svar fra 218 (81 %) af de 270 stabile læger og 98 (87 %) af de 113 ustabile.

I skemaet spurgte vi først om personalia og nuværende stilling. Herefter fulgte seks hovedspørgsmål om tilfredshed med arbejdsmæssige forhold (7). Under hovedspørgsmålet om samarbejdsforholderne havde vi underspørgsmål om samarbejdet med ti forskellige partnere (kommunens læger, plejetjenesten, socialtjenesten, etc.) hvor lægerne kunne angive dette som ”godt” (=1), ”passe” (=2) eller ”dårlig” (=3). Lægerne blev derefter bedt om at angive de tre vigtigste samarbejdspartnere. Vi spurgte om anslået arbejdstid i timer på vagt. Desuden skulle lægerne krydse af, om de per vagt arbejdede under 30 minutter, mellem 31 og 120 minutter eller mere end 120 minutter i gennemsnit per vagt mellem kl 2400 og kl 0600.

Undersøgelsen var godkendt af Datatilsynet. Data blev analyseret i statistikprogrammet EPI INFO (13). Forskelle mellem grupper af kategoriske variable blev testet med khi kvadrat test i tabeller hvor alle variabler havde over 20 observationer, eller Fishers eksakte test i tabeller hvor enkeltvariabler havde under 20 observationer. Ordinale variable blev testet med Wilcoxon's ikke-parametriske parrede test. Yderligere detaljer findes i tidligere publikationer (6, 7).

Resultater

Samarbejde

Lægerne angav størst tilfredshed med samarbejdet med medarbejdere (score mellem 1,10 og 1,18 på en skala hvor 1 er ”godt tilfreds” og 3 er ”dårligt tilfreds”) (tab 1), med andre læger (score mellem 1,21 og 1,61) og med plejetjenesten, mens tilfredsheden var mindst for samarbejde med rådmanden, kommunens politikere og andre kommunale etater (score mellem 1,61 og 2,17) (tab 1).

Tabel 1

Medisinsk faglig ansvarlige legers vurdering af deres samarbejde med forskellige kommunale instanser for perioden 1.1. 1988 til 31.12. 1991. Der er beregnet gennemsnitsscore¹ baseret på rapporteret samarbejde (godt = 1, middel = 2, dårlig = 3). N = 316

Samarbejdsforhold	Sluttet i perioden ²				Læger fra kommune med eller uden helse- og sosialsjef ³	
	Alle læger		Læger autoriseret før 1983			
	Nej	Ja	Nej	Ja	Med	Uden
Forholdet til medarbejderne	1,10	1,16	1,10	1,18	1,12	1,12
Uformelt/spontant samarbejde	1,20	1,28	1,19	1,31	1,24	1,19
Samarbejdet med de andre læger	1,22	1,51 ⁶	1,22	1,61 ⁶	1,34	1,21
Samarbejdet med plejetjenesten	1,31	1,32	1,31	1,41	1,32	1,27

Samarbejdet med helse- og sosialsjef	1,44	1,80 ⁵	1,42	2,00 ⁶		
Samarbejdet med socialtjenesten	1,69	1,73	1,68	1,84	1,69	1,73
Kommunen udnytter min kompetance	1,79	1,98 ⁴	1,79	2,18 ⁶	1,90	1,68 ⁴
Kommunen informerer mig	1,80	2,04 ⁵	1,78	2,16 ⁶	1,94	1,66 ⁵
Samarbejdet med andre kommunale etater	1,83	1,83	1,84	1,85	1,89	1,61 ⁵
Samarbejdet med kommunens politikere	1,88	2,03	1,88	2,14 ⁵	1,98	1,74 ⁵
Samarbejdet med rådmanden	1,89	2,04	1,89	2,17 ⁴	2,03	1,66 ⁶
• ¹ Gennemsnitsscore er beregnet for dem der svarede på spørgsmålet. Non-respons varierede fra 0 % til 69 % for de forskellige spørgsmål • ² 218 læger var stabile og 98 sluttede • ³ 245 læger arbejdede i kommuner med helse- og sosialsjef, 71 læger arbejdede i kommuner uden helse- og sosialsjef • ⁴ P< 0,05 • ⁵ P< 0,01 • ⁶ P< 0,001 bedømt med t-test						

Generelt var respondenter som ikke sluttede i samfundsmedicinske stillinger i kommunerne mere tilfredse end de som sluttede. De læger som ikke havde sluttet, var signifikant mere tilfredse med samarbejdet med kommunens andre læger (score 1,22 versus 1,51) og med helse- og sosialsjefen (score 1,44 versus 1,80). Der var også forskel i tilfredsheden med kommuneadministrationens evne til at udnytte respondenterne kompetence (1,79 mod 1,98) og med kommunens information til svareren (1,80 versus 2,04) (tab 1).

Disse forskelle blev også fundet ved sammenligning af de samme to grupper blandt læger som var autoriseret før 1983, og forskellene var mere markerede. Forskel i tilfredsheden med samarbejdet med andre læger var nu 1,22 mod 1,61 og tilfredsheden med samarbejdet med helse- og sosialsjef var 1,42 versus 2,00. Læger som var autoriseret før 1983, adskilte sig mere med hensyn til, om de følte at kommunen informerede dem bedre (score 1,78 for de som ikke sluttede og 2,16 for de som sluttede). Desuden var der her signifikante forskelle i respondenterne tilfredshed med samarbejdet med politikere (1,88 mod 2,14) og rådmænd (1,89 mod 2,17). I alle resultaterne var de læger, som var stabile mest tilfredse (tab 1).

Hvis man sammenligner svar fra læger i kommuner med helse- og sosialsjef med svar fra læger i kommuner uden helse- og sosialsjef synes de førstnævnte, at kommunen udnyttede lægens kompetence dårligere (1,90 versus 1,68), at kommunen informerede dårligere (1,94 mod 1,66) og at der var dårligere samarbejde med de øvrige etater (1,89 versus 1,61), politikere (1,98 mod 1,74) og rådmand (2,03 mod 1,66) (tab 1).

Alle grupper af læger i samfundsmedicinske stillinger prioriterede samarbejdet med andre læger højest (mellem 23 % og 26 % af afgivne svar) (tab 2), herefter samarbejdet med kontorets personale og helse- og sosialsjefen. Samarbejdet med de kommunale etater, vigtigheden af god kommunal information og samarbejdet med socialtjenesten blev prioriteret lavest for alle lægegrupper (fra 1 % til 4 % af svarene) (tab 2).

Tabel 2

Medisinsk faglig ansvarlige legers vurdering af vigtigheden af samarbejde med forskellige kommunale instanser. Svarene afgivet af læger som har været ansat i perioden fra 1.1. 1988 til 31.12. 1991 og læger som sluttede i samme periode. N = 758 (respondenterne angav de tre vigtigste samarbejdspartnere i uprioriteret rækkefølge, hvert svar er scoret med 1 poeng)

Sluttet i perioden									Læger fra kommuner med eller uden helse- og sosialsjef			
Alle læger					Læger autoriseret før 1983							
Samarbejdsforhold	Nej	(%)	Ja	(%)	Nej	(%)	Ja	(%)	Med	(%)	Uden	(%)
Andre læger	141	(26)	52	(23)	136	(26)	32	(22)	155	(26)	38	(23)
Medarbejdere	93	(17)	33	(15)	90	(17)	23	(16)	33	(6)	33	(20) ₁
Helse- og sosialsjef	92	(17)	28	(13)	91	(18)	18	(12)				
Plejetjenesten	50	(9)	25	(11)	48	(9)	13	(9)	53	(9)	22	(13)
Uformelle kontakter	49	(9)	22	(10)	48	(9)	10	(7)	54	(9)	17	(10)
Rådmand	30	(6)	17	(8)	27	(5)	14	(10) ₁	27	(5)	20	(12) ₂
Kommunen udnytter min kompetance	30	(6)	14	(6)	29	(6)	12	(8)	33	(6)	11	(7)
Samarbejdet med politikerene	20	(4)	11	(5)	20	(4)	8	(6)	24	(4)	7	(4)
Samarbejdet med andre kommunale etater	4	(1)	6	(3)	13	(3)	4	(3)	14	(2)	6	(4)
Vigtigheden af kommunens information	10	(2)	7	(3)	10	(2)	6	(4)	10	(2)	7	(4)
Samarbejdet med socialtjenesten	7	(2)	7	(3)	7	(1)	5	(3)	8	(1)	6	(4)
Totalt antal svar	536		222		519		145		590		168	
1 P < 0,05 2 P < 0,01 bedømt med t-test												

Ved sammenligning af prioriteringerne var der signifikante forskelle i vurderingen af vigtigheden af medarbejderne som samarbejdspartnere, mellem læger i kommuner med og læger i kommuner uden helse- og sosjalsjef (20 % versus 6 %). Desuden var der signifikante forskelle i vurderingen af vigtigheden af rådmannen som samarbejdspartner, mellem de læger som var autoriseret før og de læger som var autoriseret efter 1983 (5 % mod 10 %). Endeligt var der forskelle i prioriteringen af rådmanden som samarbejdspartner, mellem læger i kommuner med helse- og sosjalsjef og læger fra kommuner uden helse- og sosjalsjef (5 % og 12 %) (tab 2).

Arbejdsbelastning

Den selvrapporterede arbejdstid var ens i grupperne. I gennemsnit var arbejdstiden uden vagt 45 timer for alle grupper, mens vagtarbejdet var 4,8 timer. Natarbejdet (dvs. mellem kl 24 og 6) per vagt var under 30 minutter. Dog var natarbejdet angivet højere for de stabile end for de som sluttede i stillingen, idet flere af de som sluttede i stillingen mente at de mellem kl 24 og 6 i gennemsnit havde arbejdet mer end 30 minutter per vagt.

Den subjektive fornemmelse af arbejdsbelastning blev vurderet ved at være helt enig i forskellige udsagn (score = 1), delvis enig (score = 2) eller helt uenig (score = 3). Den subjektive arbejdsbelastning var ikke signifikant forskellig mellem grupperne som sluttede og de som ikke sluttede i stillingen. På udsagnet ”Vaktene sliter/slet meg ut” var gennemsnitsscorene 2,34 for de læger som sluttede og 2,19 for de som ikke sluttede ($p > 0,05$). På udsagnet ”Vakante vakter er/var en stor belastning” var tilsvarende gennemsnitsscore 2,24 og 2,0 ($p > 0,05$). Gennemsnitsscore ved udsagnet ”Utskiftningen av leger sliter/slet meg ut” var mellem 2,51 og 2,48 ($p > 0,05$) endeligt var gennemsnitsscore for udsagnet ”Jeg synes/syntes aldri jeg har/hadde fri” mellem 2,10 og 1,96 ($p > 0,05$).

Faglig tilfredshed

Lægerne rapporterede om oplevelsen af deres roller ved at tage stilling til forskellige udsagn, hvor svarene er scoret fra 1 til 3 (tab 3). Læger i kommuner uden helse- og sosjalsjef følte oftere at de gjorde nyttigt arbejde (gennemsnitsscore 1,18, mod 1,33 for læger med helse- og sosjalsjef, $p = 0,03$), at kommunen brugte deres kompetence (1,55 mod 1,76, $p = 0,03$) og at de havde mere indflydelse på kommunens sundhedspolitik (1,54 mod 1,82, $p = 0,01$) end de øvrige læger.

Tabel 3

Medisinsk faglig ansvarlig leges faglige tilfredshed vurderet i forhold til om kommunen har helse- og sosjalsjef eller ikke. N = 316

	Læger fra kommune med eller uden helse og sosjalsjef		
	Med	Uden	P
- Jeg føler/følte meg kompetent i arbeidet (1 = ja, 2 = delvis, 3 = nej)	1.26	1.31	0.58

- Jeg føler/følte at jeg gjør/gjorde en nyttig jobb (1 = ja, 2 = delvis, 3 = nej)	1.33	1.18	0.03
- Kommunen bruker/brukte min kompetanse (1 = ja, 2 = delvis, 3 = nej)	1.76	1.55	0.03
- Jeg har/hadde innflytelse på kommunens helsepolitikk (1 = ja, 2 = delvis, 3 = nej)	1.82	1.54	0.01
- Jeg føler/følte at jobben er/var ikke verdt slitet (1 = meget ofte, 5 = meget sjeldent)	2.99	2.92	0.61
- Jeg føler/følte at jeg har/hadde en interessant jobb (1 = meget ofte, 5 = meget sjeldent)	2.13	2.00	0.24

Diskussion

Det er velkendt at udformingen af spørgeskemaer lægger stærke præmisser for, hvilke svar man får (14, 15). Ved at have et spørgeskema med lukkede spørgsmål og begrænsninger i valgmulighederne, begrænsede vi svarerenes muligheder til at svare. Ved grundig forkundskab og testing af spørgeskemaet samt klar definiering af, hvad vi ønskede at få svar på, håber vi at vi alligevel har fået et billede af de reelle samarbejdsforhold, som oplevet af samfundsmedicinere i norske kommuner. Vi fik bekræftet at spørgeskemaerne traf reelle problemområder, fordi vi gav respondenterne mulighed for at kommentere spørgsmålene i spørgeskemaet. Ca. en tredjedel af respondenterne benyttede sig af chancen til dette og deres svar bekræftede at vore hovedkonklusioner er centrale for samfundsmedicinere i norske kommuner.

Vores undersøgelse tyder på, at lægerne er mest tilfredse med samarbejdet med kolleger i kommunen og med deres hjælpepersonale på lægekontoret. Arbejdsbelastningen betyder mindre. Tilfredsheden med samarbejdet er mindre for læger, der sluttede i deres stillinger i studieperioden og for læger i kommuner med helse- og socialsjef. Det er ikke overraskende, at samfundsmedicinere der sluttede vurderede kvaliteten af samarbejdsforholderne som dårligere, end de læger som ikke sluttede. Hvad der er årsag og virkning her er ikke nemt at vurdere.

Det har tidligere været hævdet, at det er de gamle samfundsmedicinere og læger med helse- og socialsjef som trives dårligst (16). Vore fund tyder på, at der er større forskelle i vurderingen af samarbejdets kvalitet mellem ældre stabile og ældre ustabile

læger end mellom yngre og ældre læger. Det kunne se ud til, at de ældre læger slutter efter at have oplevet store samarbejdsproblemer, mens de som forbliver, vurderer samarbejdet som ganske godt. Det er naturligt at antage at ældre læger allerede har valgt karriere, og at det derfor er forbundet med større frustration at bryde op.

Den stærke prioritering af samarbejdet som trivselsfaktor (7) kunne tyde på, at et godt samarbejdsklima er afgørende for om kommunerne kan beholde erfarne samfundsmedicinere.

Administrativ fjernhed til centrale instanser i kommunen nedsætter den faglige tilfredshed. Det er ikke overraskende og er i tråd med tidligere fund (16).

Vore undersøgelser antyder, at en placering nær centrale beslutningstagere i kommunen vil øge tilfredsheden hos samfundsmedicinere og derved forhåbentligt virke stabiliserende på lægerne i samfundsmedicinske kommunale stillinger samt hindre udbrændthed (17 – 19).

Vi fandt ikke afgørende bevis for bedre total trivsel hos læger, som ikke havde helse- og socialsjeff sammenlignet med de som havde (7). I kommuner hvor læge og helse- og socialsjeff arbejder godt sammen, kunne man tænke sig at helse- og socialsjefen aflaster lægen fra administrative funktioner og ledelsesfunktioner, så lægen får mere tid til rene milieutekniske og andre samfundsmedicinske opgaver, som i udstrakt grad kræver lægens faglige ekspertise. Dermed opvejes en øget frustration over fremmedgørelse i forhold til centraladministrationen af mindre frustration over arbejdsbelastningen.

En af grundene til indføringen af kommunehelseloven var ønsket om at se helse- og socialvæsenet sammen. Det er derfor interessant i undersøgelsen at se, at samarbejdet med socialtjenesten var lavt prioriteret. Dette fund kan skyldes at svarerne ikke kunne vælge flere end tre samarbejdspartnere som vigtige, men det er alligevel tankevækkende at så få samfundsmedicinere mener at socialtjenesten er blandt de tre vigtigste samarbejdspartnere. Der skulle derfor her være mulighed for nye organisationsmodeller, som også den nye kommunelov lægger op til (9). F.eks. kunne man have egen afdeling eller etat for helse, milieu og teknik eller opvækstetat (20). Omorganiseringerne hidtil har resulteret i nedleggelse af helse- og sosialutvalg. I mange kommuner har det resulteret i at samfundsmedicinere har mistet deres talerør overfor kommunens politikere.

Det ligger snublende nær at kæde vore fund sammen med de organisatoriske ændringer som er sket i kommunerne og konstatere, at man ved at fratage samfundsmedicinere reel indflydelse, har skabt en følelse af faglig afmagt og dermed en faglig utilfredshed. Dette har været en af faktorerne som har resulteret i den nuværende mangel på samfundsmedicinere i kommunehelsetjenesten.

Vi konkluderer at samarbejdsforholderne er vigtige for samfundsmedicinernes trivsel i kommunerne og at kommunernes organisation påvirker lægernes trivsel og stabilitet.

Vi takker alle kommunelæger og kommuner og andre der tålmodigt bidrog med oplysninger. Undersøgelsen er delvist finansieret af Legeforeningens Reservefond og Kvalitetssikringsfond I. Artiklen bygger på Nils Kolstrups hovedopgave fra Folkehelseutdanningen i Tromsø (21).

LITTERATUR

1. Vassbotn A. Legemangel i primærhelsetjenesten i utkant-Norge. Utposten 1997; 26: 280 – 3.
2. Bergesen E, Folkvord L, Kamøy MJ, Kjøstvedt O, Vige V. Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane? Del 1. Utposten 1997; 26: 71 – 3.
3. Bergesen E, Folkvord L, Kamøy MJ, Kjøstvedt O, Vige V. Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane? Del 2. Utposten 1997; 26: 136 – 8.
4. Andersen F. Hvordan bedre rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger? Utposten 1998; 27: 18 – 21.
5. Pettersen B. Søkelys på samfunnsmedisinen. En undersøkelse av samfunnsmedisin og samfunnsmedisinere i norske kommuner og bydeler, 1994. Rapport til Sosial- og helsedepartementet, april 1996. Arbeidsrapport nr. 1/1996. Oslo: Folkehelse, 1996.
6. Kolstrup N, Kristiansen IS. Gennemtræk i stillingerne som medicinsk faglig ansvarlig læge i perioden 1988 – 91. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2671 – 4.
7. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blandt læger i kommunale samfundsmedicinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481 – 6.
8. Agdestein S, Bjerve Ø, Finnanger IR, Gotteberg A, Larsen T, Ødegaard JA. Hold på legen. Hvordan sikre at den offentlige lege forblir i samfunnsmedisinen og at kommunelegen forblir i kommunen. En veileder for kommunene. Oslo: Kommuneforlaget, 1989.
9. Lov om kommuner og fylkeskommuner nr. 107 av 25. september 1992.
10. Folkehelsearbeidet i kommunene – delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning. Høringsuttalelse fra Den norske lægeforening til Sosial- og helsedepartementet, 4.6. 1998. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
11. Romøren TI. Hva skal det bli med kommunelegen? Utposten 1986; 15: 183 – 8.
12. 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. Oslo: TANO, 1988.
13. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 5: A world processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. USD, Inc., Georgia: Stone Mountain, 1990.
14. Olesen F, Mainz J. Krav til spørreskemaer I. Månedsskr Prakt Lægegern 1994; 72: 1367 – 73.
15. Olesen F, Mainz J. Krav til spørreskemaer II. Månedsskr Prakt Lægegern 1994; 72: 1461 – 8.
16. Romøren TI. Kommunehelsetjenestens fem første år. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 12 1989. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1989.

17. Rutle O, Roness A, Ree A, Koss KS, Koksvik T, Haugli L. Den oppbrukte lege. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1819 – 23.
 18. Fugelli P. Den utbrente legen. Nord Med 1987; 102: 360 – 2.
 19. Jørstad J. Utbrenthet et økende problem i helsearbeid. Nord Med 1988; 103: 102 – 5.
 20. Pettersen BJ. Politikere og legestand trenger markante samfunnsmedisinere. Intervju med Tore Ytterdahl. Utposten 1993; 22: 70 – 5.
 21. Kolstrup N. Stabilitet og trivsel blant medisinsk-faglig ansvarlige leger i norske landkommuner fra 1988 til 1992. Hovedoppgave i folkehelsevitenskap. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1994.
-

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.