

Vikarbruk i fastlegeordningen

■ BIRGIT ABELSEN • MARGRETE GASKI • HELEN BRANDSTORP • NSDM, Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om bruken av vikarer i fastlegjetjenesten. Vi vet lite om den ordinære vikarbruken blant fastleger som blant annet oppstår på grunn av legers spesialisering, barnefødsler eller annet arbeid. Vi vet også lite om vikarbruken som skyldes at kommuner mangler fastleger. Uansett årsak til vikarbruk, oppleves fastlegens fravær trolig som manglende kontinuitet blant pasienter. I denne artikkelen presenterer vi data om omfanget av den ordinære vikarbruken blant fastleger og resultater fra en kartlegging av legeløse lister og tilhørende vikarbruk i kommuner med under 20 000 innbyggere.

Fastlegeordningens (FLOs) intensjon er at alle som ønsker det skal ha en fast allmennlege å forholde seg til og at forholdet mellom lege og pasient så godt det lar seg gjøre, skal være stabilt over tid. Forutsetningen for å få dette til er blant annet tilfredsstillende legedekning og stabilitet blant leger i FLO. Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegereformen slo fast at FLO var en suksess og at stabiliteten blant legene generelt var høy de første årene med fastlegeordning (1). Men den pekte også på at enkelte kommuner hadde store utfordringer med en ustabil legetjeneste som gjør målet om kontinuitet vanskelig å nå.

En studie fra Finnmark og Nord-Trøndelag, som var del av den forskningsbaserte evalueringen, viste at i perioden 2002–

2004 ble 25 prosent av fastlegeårsvverkene i kommuner med ustabil legedekning betjent av en legevikar, mens tilsvarende andel i kommuner med stabil legedekning var 9 prosent (2). Senere har Abelsen og medarbeidere (3) vist at det er stor variasjon i varigheten av fastlegeavtaler og at varigheten etter 13 år med fastlegeordning var over tre ganger så lang i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer (8,37 år), sammenliknet med i kommuner med under 2 000 innbyggere (2,75 år). Med andre ord; pasienter i små kommuner tilbys generelt en legetjeneste med lavere kontinuitet enn pasienter i store kommuner.

Hetlevik og Gjesdal (4) viste med data fra 2009, at 78 prosent av legekonsultasjonene i allmennlegetjenesten ble gjort av pasientens fastlege. Kontinuiteten mellom lege

og pasient var høyest blant eldre pasienter (86 prosent blant de som var 60 år og eldre), lavest blant unge pasienter (68 prosent blant de under 15 år) og i kommuner med under 10 000 innbyggere (68 prosent). Undersøkelsen inkluderte imidlertid bare 79 prosent av alle fastleger, og omfattet ikke leger med mindre enn 10 måneders praksis i 2009 (totalt 476 av 4063 fastleger), samt enkelte andre mindre grupper. Dette var trolig leger som var ute av praksis i hovedsak for videreutdanning eller på grunn av barnefødsel. Det er grunn til å tro at pasientene på disse legenes lister ble møtt av en eller flere vikarer. Dersom disse konsultasjonene hadde vært inkludert i undersøkelsen, ville kontinuiteten målt som andelen allmennlegekonsultasjoner et gitt år mellom fastlegen og pasienten, trolig vært lavere enn 78 prosent.

Ordinær vikarbruk i FLO

Fastleger har selv ansvar for å ordne med vikar ved fravær. Fastlegers rett til å bruke vikar er regulert i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS om fastlegeordningen¹. Antall vikarperioder for fastleger i 2014 er rapportert inn til HELFO. Slike vikarperioder identifiserer fastlegen, vikarlegen, start- og sluttdato og stillingsprosenten som vikarperioden omfatter. I 2014 hadde HELFO registrert 1829 slike vikarperioder². Dette er vikarperioder hvor hele eller deler av perioden omfatter 2014. Årsaken til vikariatet er ikke rapportert.

Tabell 1 gir en oversikt over varigheten av vikarperiodene (gjennomsnittlig og median antall måneder) fordelt i forhold til stillingsprosent. Tabellen viser at majoriteten (65 prosent) av vikarperiodene var for 100 prosent stilling. Forskjellen i gjennomsnitt og median varighet for vikarperiode-

1 ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS.

2 Datasettet fra HELFO inneholdt opprinnelig 1908 vikarperioder, men etter «vasking» av data (blant annet sletting av dobbeltregistreringer) sto vi igjen med 1829.

TABELL 1. Varighet av fastlegers vikarperioder (gjennomsnittlig og median antall måneder) som omfatter 2014. Totalt og fordelt i forhold til vikarperiodens stillingsprosent.

STILLINGSANDELEN SOM VIKARIATET OMFAFTER	ANTALL VIKARPERIODER	PROSENTANDEL VIKARPERIODER	VARIGHET AV VIKARPERIODER (MÅNEDER)	
			GJENNOMSNITT	MEDIAN
≤ 20 prosent	219	12	13,4	11
<20-40) prosent	148	8	14,7	12
<40-60) prosent	207	11	11,6	7
<60-100> prosent	69	4	10,6	8
100 prosent	1 186	65	5,0	2
Totalt	1 829	100	7,8	5



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

KOMMUNEGRUPPE	ANDEL FASTLEGER PR. 31.12.2014	ANDEL VIKARPERIODER I 2014
< 5000 innb.	13,4	17,7
5000-9999 innb.	12,4	13,3
10 000-19 999 innb.	16,7	17,7
20 000-49 999 innb.	22,5	16,8
50 000-300 000 innb.	23,5	19,5
Oslo	11,3	15,1
Total prosent	100,0	100,0
Totalt antall	4 531	1 829

TABELL 2. Andel fastleger og andel vikarperioder fordelt på kommunegrupper.

ne for 100 prosent stilling tyder på at det var stor variasjon i varigheten på vikarperiodene. Et mindretall lange permisjoner trakk den gjennomsnittlige varigheten opp.

De 1829 vikarperiodene var knyttet til 1314 ulike fastleger. Det vil si at nær tre av ti fastleger hadde en eller flere fraværperioder med vikar i løpet av 2014³. Blant disse var det 928 fastleger (71 prosent) som hadde en vikarperiode, 264 fastleger (20 prosent) som hadde to vikarperioder, og 122 fastleger (9 prosent) som hadde mellom tre og åtte vikarperioder, som omfattet hele eller deler av 2014.

De legene som hadde mer enn én vikarperiode i 2014, hadde i all hovedsak engasjert ulike vikarer i de ulike periodene. Noen hadde vikarperiodene rett etter hverandre i tid, andre hadde parallelle vikarperioder som totalt sett kunne være for full stilling, men som var splittet opp på to ulike vikarer (f.eks. en vikar i 40 prosent av stillingen og en annen vikar i 60 prosent).

Tabell 2 viser at fastleger i kommuner med under 20 000 innbyggere og fastleger i Oslo var overrepresentert med vikarperioder, mens leger i kommuner med mellom 20 000 og 300 000 innbyggere relativt sett var underrepresentert. Fastleger i Oslo ut-

gjorde eksempelvis 11,3 prosent av landets fastleger og sto for 15,1 prosent av vikarperiodene. Fastlegene i kommuner med mellom 20 000 og 49 999 innbyggere utgjorde 22,5 prosent av landets fastleger, men sto for bare 16,8 prosent av vikarperiodene i 2014.

Vikarbruk som skyldes fastlegemangel

Til forskjell fra det vi har omtalt som den ordinære vikarbruken, er vikarbruken som oppstår fordi kommuner mangler faste leger, gjenstand for oppmerksomhet i dagspressen fra tid til annen. Slike oppslag forteller gjerne om utstrakt vikarbruk og tilhørende vikarstafetter i enkelt kommuner, hvor vekslingene ofte foregår mellom leger med dårlige kunnskaper i norsk og om norske forhold, med pasienter som den tapende part.

Ved utgangen av 2014 var det ifølge statistikk fra Helsedirektoratet (5), 67 lister uten lege i Norge. I et datamateriale fra HELFO med oversikt over omfanget av vikariater som betjente lister uten lege i 2014, var det totalt registrert bare 35 vikariater⁴. Vår kjennskap til omfanget av legeløse lister og vikarbruk, og antallet legeløse lister i Helsedirektoratets statistikk, tilsa at HELFOs statistikk var mangelfull og at omfanget i 2014 reelt måtte være større. Dette var en av grunnene til at vi valgte å undersøke vikarbruken knyttet til legeløse lister mer inngående.

Egen kartlegging

Ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin gjennomførte vi i 2015 en kartlegging hvor vi undersøkte omfanget av legeløse lister og tilhørende vikarbruk i kommuner med under 20 000 innbyggere (6). Vi kartla status i kommunene pr. 1.1.2015 og situasjonen slik den retrospektivt var i 2014. Vår undersøkelse omfatter 338 svar. Disse re-

presenterte 359 av 374 kommuner. Det tilsvarende svarprosent på hele 96, og må anses å gi et representativt bilde av situasjonen. Undersøkelsen ble besvart av kommuneoverleger (60,1 prosent), kommunal ledere (31,4 prosent) og andre med inngående kjennskap til legetjenesten i kommunen (8,6 prosent).

For å kartlegge situasjonen i løpet av 2014 spurte vi om antall fastlegehjemler/stillinger som sto ledig i mer enn 3 måneder, antall vikarer som var engasjert av kommunen for å dekke opp for denne ledigheten og lengden på disse vikariatene. Vi spurte også om hvordan vikarene var rekruttert (vikarbyrå, egenrekruttering) og om hvorvidt de var bosatt i Norge.

For å få et øyeblikksbilde, kartla vi situasjonen pr. 1.1.2015. Vi spurte om antall ledige fastlegehjemler/stillinger, hvor lenge de hadde stått ledig, om de var lyst ledige og eventuelt hvor mange ganger. Vi spurte videre om antall søkere ved siste utlysning og antall søkere som ble ansett som kvalifiserte.

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av krysstabellene som viser hvordan verdiene i de undersøkte variablene varierer med kommunestørrelse og kommunens sentralitet. Sentralitet handler i denne sammenhengen om avstand til tettsted av en viss befolkningsstørrelse og omfanget av funksjoner og tjenester tettstedet har å by på (for eksempel sykehus og utdanningstilbud). I sentrale kommuner er det under 75 minutters reisetid til et tettsted med over 50 000 innbyggere og et bredt spekter av funksjoner og tjenester, mens de minst sentrale kommunene har mer enn 45 minutters reisetid til et tettsted med mer enn 5000 innbyggere og få funksjoner og tjenester. Vi har benyttet kji-kvadrat test for å teste om det er statistisk signifikant sammenheng mellom de aspekter vi har spurt om og henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet. Videre ble Gamma beregnet som et mål på styrken i disse sam-

³ Andelen er beregnet med utgangspunkt i at det ved utgangen av 2014 var registrert 4512 fastleger i Norge.

⁴ 32 av disse var i kommuner med under 20 000 innbyggere.

menhengene. Gamma-verdiene ble sammenliknet for å avgjøre hvilken sammenheng (kommunestørrelse eller sentralitet) som var sterkst.

42 kommuner med legeløse lister i 2014

42 kommuner svarte bekreftende på spørsmålet om noen fastlegehjemler/stillinger i kommunen hadde stått ledig i mer enn tre måneder i løpet av 2014 av annen grunn enn at fastlegen hadde fødselspermisjon eller annen type permisjon (for eksempel i forbindelse med spesialisering) i løpet av 2014. I disse kommunene var det totalt 61 hjemler/stillinger som hadde stått ledige. Disse var fylkesvis fordelt slik: Nordland (19), Møre og Romsdal (8), Finnmark (7), Troms (5), Sogn og Fjordane (4), Oppland (3), Nord-Trøndelag, Hordaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Buskerud (2), Hedmark og Rogaland (1).

Mange og korte vikariater for å dekke opp for legeløshet

Kommunene engasjerte vikarer for å dekke opp de ledige hjemlene/stillingene. Når legemangel gjør at kollegiale fraværsordninger ikke kan benyttes, har kommunen plikt å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe situasjonen⁵.

Tabell 3 viser at de 61 ledige hjemlene/stillingene ble dekket opp med mer enn 136 vikarer i 2014⁶. Dette er et tall som er langt høyere enn det antall vikariater som ble registrert av HELFO. HELFO hadde bare registrert 32 vikariater for å dekke opp for legeløse lister hele eller deler av 2014 i kommuner med under 20 000 innbyggere. Vi antar at det er manglende rapportering fra kommunene til HELFO som er årsaken til ulikheten i våre tall og HELFOs tall på dette området. Det er derfor uheldig om HELFOs mangelfulle tall legges til grunn som nasjonal statistikk.

Tabell 3 viser videre vikariatene fordelt på ulik varighet og kommunestørrelse. Majoriteten av vikariatene var av kort varighet. Det var statistisk signifikant sammenheng mellom varigheten på vikariatene og kommunestørrelse i den forstand at jo færre innbyggere det var i kommunen, jo kortere var vikariatene.

Tabell 4 viser vikariatene fordelt på ulik varighet og kommunens sentralitet. Det var statistisk signifikant sammenheng

5 ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS.

6 Grunnen til at vi ikke vet nøyaktig hvor mange vikarer, var at svarskalaen for vikariat av ulik varighet stoppet ved sju vikarer eller flere. For én kommune var dette alternativet krysset av som antall vikariat av (0–3) måneders varighet.

VARIGHET AV VIKARIAT	ANTALL INNBYGGERE				TOTALT ANTALL
	UNDER 2000	2000-4999	5000-9 999	10 000-19 999	
(0-3) mnd	28	28	> 17*	0	> 73
<3-6) mnd	1	14	17	2	34
<6-9) mnd	3	6	8	2	19
<9-12) mnd	0	1	4	5	10
Antall vikariat totalt	32	49	> 46	9	> 136

p-verdi < 0,001, Gamma = 0,615
* Testen er beregnet med eksakt 17 i denne cellen.

TABELL 3. Antall vikariat i 2014 fordelt på vikariatlengde. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse.

VARIGHET AV VIKARIAT	KOMMUNENS SENTRALITET				TOTALT
	MINST SENTRALE	MINDRE SENTRALE	NOE SENTRALE	SENTRALE	
(0-3) mnd	> 48*	15	8	2	> 73
<3-6) mnd	24	2	6	2	34
<6-9) mnd	7	2	8	2	19
<9-12) mnd	5	0	5	0	10
Antall vikariat totalt	> 84	19	27	6	> 136

p-verdi < 0,006, Gamma = 0,284
* Testen er beregnet med eksakt 48 i denne cellen.

TABELL 4. Antall vikariat i 2014 fordelt på vikariatlengde. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet.

mellom varigheten på vikariatene og sentralitet. En klar majoritet av vikariatene var å finne i de minst sentrale kommunene. Sammenhengen mellom vikariatets lengde og kommunens størrelse var imidlertid sterkere enn sammenhengen mellom vikariatets lengde og kommunens sentralitet.

Vikarer fra vikarbyrå og fra utlandet

Til de mer enn 136 vikariatene for legeløse lister ble mer enn 73 vikarer rekruttert fra vikarbyrå, mens 53 vikarer ble rekruttert direkte av kommunen selv; 26 av disse vikarene var i en etablert vikarordning og hadde vikariert i kommunen gjentatte ganger. Blant de mer enn 136 vikarene var det mer enn 71 som ikke var fast bosatt i Norge. For noen av disse var det angitt at de var bosatt i Sverige og Danmark. Blant disse finnes det trolig både gode og mindre gode vikarleger. Vi har imidlertid ikke innhentet informasjon som kan si noe om kvaliteten på dem.

50 kommuner med legeløse lister pr. 1.1.2015

Øyeblikksbildet pr. 1.1.2015 viste at det den dagen var 62 ledige fastlegehjemler/stillinger fordelt mellom 50 ulike kommuner. Blant disse var det 39 kommuner som hadde én hjemmel/stilling ledig, sju som hadde to og tre kommuner som hadde tre ledige hjemler/stillinger. Sett i forhold til at 67 lister ble rapportert å være legeløse på landsbasis ved utgangen av 2014 (5), tyder tallene på at legeløse lister i all hovedsak forekom i kommuner med under 20 000 innbyggere.

Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom ledighet i hjemler/stillinger og kommunestørrelse (SE TABELL 5). Blant de sju kommunene med under 2000 innbyggere som hadde ledige hjemler/stillinger, var det imidlertid to som hadde tre ledige og to som hadde to ledige. Det er utvilsomt en større utfordring for en kommune med under 2 000 innbyggere å mangle to eller tre fastleger, enn det er for en noe større kommune å mangle én.

TABELL 5. Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/stillinger pr. 1.1.2015? Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

LEDIGHET	ANTALL INNBYGGERE I KOMMUNEN				TOTALT ANTALL
	UNDER 2000	2000-4999	5000-9 999	10 000-19 999	
Ja	9,7	16,9	18,4	12,1	14,9
Nei	88,9	83,1	80,5	87,9	84,5
Vet ikke	1,4	0	1,1	0	0,6
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall svar	72	118	87	58	335

p-verdi < 0,501, Gamma = 0,080

Det var signifikant sammenheng mellom ledighet i hjemler/stillinger og sentralitet (SE TABELL 6). Skillet går i hovedsak mellom sentrale kommuner med få legeløse lister og andre kommuner med relativt sett flere legeløse lister.

De tre fylkene med flest ledige hjemler/stillinger, var igjen Nordland (18), Møre og Romsdal (11) og Finnmark (7). Deretter kom Oppland og Vest-Agder (4), Troms, Nord-Trøndelag og Telemark (3), Sør-Trøndelag og Rogaland (2), Sogn og Fjordane, Aust-Agder, Buskerud, Vestfold og Hedmark (1).

En del lister står ledige over lang tid og det er generelt få kvalifiserte søkere

Av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som sto ledige pr. 1.1.2015 hadde nær to av tre stått ledige i mer enn tre måneder og nær tre av ti hadde stått ledige i mer enn ett år. Flertallet av sist nevnte (11 av 18), var å finne i de minst sentrale kommunene.

Av de 62 ledige hjemlene/stillingene, hadde 51 (82,3 prosent) vært lyst ledige henholdsvis en gang (14), to ganger (22), tre ganger (8) og fire ganger eller mer (7).

Ved siste gangs utlysning, var det til sammen 219 søkere på de 51 hjemlene/stillingene, dvs. i gjennomsnitt 4,3 søkere pr. hjemmel/stilling. Ved tre av disse utlysningene var det ingen søkere. Samlet sett ble 90 søkere (41 prosent) vurdert som kvalifisert for hjemmelen/stillingen. I gjennomsnitt var det dermed 1,8 kvalifiserte søkere pr. hjemmel/stilling. Ved 12 av utlysningene (24 prosent) var det ingen søkere som ble ansett som kvalifisert. I noen tilfeller opplyste respondenten om årsaken til at søkere ikke ble ansett som kvalifiserte. De mest vanlige årsakene var manglende språkferdigheter eller manglende turnustjeneste.

For å sette søkertallene til de ledige hjemlene/stillingene i perspektiv, var det i 2014 i gjennomsnitt 15,4 søkere til de 12 fastlegelistene hvor prisen ble bestemt gjennom den nasjonale nemndsordningen. Disse overdragelsene var imidlertid i all hovedsak i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere.

Ulikheter i vikarbruken

Våre undersøkelser viser at det er relativt vanlig blant fastleger å engasjere vikar for kortere eller lengre perioder. Diskontinuitet i lege-pasientforhold skapes med andre ord ikke bare i situasjoner hvor kommuner mangle faste leger. Vår undersøkelse gir et øyeblikksbilde og sier ingen ting med hensyn til om den ordinære vikarbruken har vært på samme nivå, økt eller avtatt i perioden med fastlegeordning.

Når det gjelder vikarbruken som skyldes legemangel, er det grunn til å anta at den har avtatt betydelig fra starten av fastlegeordningen og fram til i dag. Antall lister uten lege ble redusert fra 164 ved utgangen av 2001 til 67 ved utgangen av 2014.

Våre data tyder på at når fastlegene selv leier inn vikarer til sin praksis, så dekker en og samme vikar i større grad opp for den perioden den faste legen er fraværende, sammenliknet med det som er tilfelle når kommuner har legeløse lister og selv må leie inn vikarer. I slike tilfeller dekkes ledigheten ofte av flere påfølgende kortidsvikariat hvor ulike og gjerne utenlandske leger fra vikarbyrå engasjeres. Vi spør oss om det kan være noe for kommunene å lære av måten legene selv rekrutterer vikarer til sine fastlegepraksiser som kan bidra til økt stabilitet, selv om faste leger mangler. For å finne ut av hvor forskjellige og lærdommene eventuelt ligger trengs imidlertid det mer inngående undersøkelser.

Bruken av vikar i ordinær fastlegepraksis kan skyldes forhold utenom sykdom, barnefødsler og fravær som ledd i videre- og etterutdanning. Tidsavgrenset prosjektarbeid er ikke uvanlig. Allmennleger er generalister som gjerne er bredt orientert, og dermed kan være nyttig arbeidskraft i mange ulike avgrensede prosjekter (initiert av kommunen selv, helseforetak, myndigheter, Legeforening m.fl.). Selv om vi ikke har undersøkt årsakene til den ordinære vikarbruken spesifikt i vår kartlegging, vet vi at avbrekk fra fastlegestillingen i noen tilfeller brukes forebyggende mot utbrenthet. Fastleger kan oppleve listepa-

sientenes krav og forventninger mindre belastende når de ikke er tilgjengelig for dem i en periode. Noen «skjermer seg» trolig ved å ha vikar i en liten prosentandel over lang tid av samme grunn. Det er lite som tyder på at fastleger vil tape karriermessig på å gjøre noe annet enn kurativt pasientarbeid i kortere eller lengre perioder. I tillegg har de som næringsdrivende muligheten til denne fleksibiliteten, dersom de får vikar. Det er imidlertid ikke alltid i pasientens interesse at de møter en vikar i stedet for den fastlegen de har valgt å bygget opp en personlig relasjon til.

Omfanget av vikarstafetter?

Vår undersøkelse gir ikke grunnlag for å konkludere om omfanget av kommuner som har mer eller mindre kontinuerlige vikarstafetter gående. Til dette trengs det datainnsamling over tid.

REFERANSER

1. Sandvik H. (2005) Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. In: Oslo: Norges forskningsråd.
2. Moilanen M. (2005) Stillingsstabilitet i Finnmark og Nord-Trøndelag etter innføring av fastlegeordningen. I Abelsen B, Karlsen Bæk U-D (red.): Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Rapport nr 6. Tromsø: Norut Samfunnsforskning AS.
3. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. (2015) Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeförening, 22 (135): 2045–2049.
4. Hetlevik Ø, Gjesdal S. (2012) Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 30: 214–221.
5. Gaardsrud P. (2015) Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2014. Oslo: HelseDirektortatet.
6. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. (2016) Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO
■ MARGRETE.GASKI@UIT.NO
■ HELEN.BRANDSTORP@UIT.NO

TABELL 6. Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/-stillinger pr. 1.1.2015? Totalt og fordelt etter sentralitet. Tall i prosent.

VARIGHET AV VIKARIAT	KOMMUNENS SENTRALITET				TOTALT
	MINST SENTRALE	MINDRE SENTRALE	NOE SENTRALE	SENTRALE	
Ja	16,7	14,3	25,4	6,9	14,9
Nei	83,3	85,7	71,2	93,1	84,5
Vet ikke	0	0	3,4	0	0,6
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall svar	132	42	59	102	335

p-verdi < 0,002, Gamma = 0,189

