

Legers kompetanse og arbeidstid er en viktig ressurs som bør brukes på best mulig måte.

God bruk av legers arbeidstid?

Legeforskningsinstituttet har siden 1994 gjennomført regelmessige spørreundersøkelser hos et representativt utvalg norske leger og har derfor unike data om legers arbeidstid. Studien til Rosta & Aasland i dette nummer av Tidsskriftet (1) viser at omfanget av det pasientrettede arbeidet hos overleger og leger i spesialisering er redusert fra 61 % i 1994 til 46 % i 2014. Forfatterne finner store variasjoner i tidsbruk på tvers av spesialitetene. Fastleger og privatpraktiserende leger bruker til sammenlikning om lag 70 % av sin tid på direkte pasientrettet arbeid (1).

Studien er basert på selvrapporterte data. Observasjoner av legers faktiske tidsbruk ville nok gitt mer pålitelig informasjon, men ville vært krevende å gjennomføre. Sannsynligvis er det godt samsvar mellom selvrapporterte data og mer objektive observasjoner innen dette feltet (2). En større svakhet ved studien er at respondentene oppfatter begrepet «pasientarbeid» ulikt (1). Så lenge samme spørsmål er gjentatt over tid er det likevel grunn til å stole på at de markante tendensene som er påvist i studien er reelle.

Rosta & Aasland peker på en rekke mulige forklaringer på at det brukes mindre tid på pasientrettet arbeid: økte krav til dokumentasjon, endringer i helsetjenestens organisering, svakheter i elektroniske systemer og økende grad av funksjons- og oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper. I tillegg mener de at økende legetetthet kan ha betydning. Ifølge OECD ligger Norge på delt fjerdeplass i verden når det gjelder andel praktiserende leger per 1 000 innbyggere (3). Til sammenlikning er det i USA en legetetthet på om lag 60 % av den norske (3).

En pilotstudie fra 1961, basert på observasjoner av amerikanske leger i spesialisering, gir et interessant historisk bakgrunnstykke (4): Legene brukte omtrent 15 % av sin tid i direkte kontakt med pasienter og pårørende. Mesteparten av arbeidstiden gikk med til å kommunisere med annet helsepersonell og til å konsultere kolleger og overordnede. En nyere amerikansk studie av leger i spesialisering i indremedisin viste at de bare brukte rundt 12 % av arbeidstiden på direkte kontakt med pasienter (5). Sykehusleger brukte om lag 40 % av tiden foran datamaskinen (5), hvilket viser at digitaliseringen av helsevesenet påvirker legenes rolle, oppgaver og arbeidsmåter (6).

Legens oppdrag er å fremme helse og redusere lidelse, men legearbeid er ikke en konstant størrelse. Oppgavene endres over tid som følge av ny teknologi, økt spesialisering og fremveksten av nye yrkesgrupper innen helsevesenet (7). Endringer i oppgaver kan skje ved horisontal substitusjon, ved at oppgaver overføres mellom grupper med lik utdanningslengde (som leger og psykologer), og ved vertikal substitusjon, der oppgaver overføres mellom grupper med ulik utdanningslengde (som leger og sykepleiere eller radiografer). Eksempelvis var intravenøs behandling en egen kategori legearbeid i studien fra 1961 (4), mens vi i dag tar det for gitt at en slik oppgave ivaretas av andre yrkesgrupper.

Vertikal oppgavesubstitusjonen kan skje både «nedover» og «oppover». Norske legespesialisters lønn er i gjennomsnitt ca. 1,7 gan-

ger høyere enn norske arbeidstakeres gjennomsnittslønn. I de fleste europeiske land, som i Danmark, Finland og Nederland, tjener leger 2,5–4 ganger mer enn gjennomsnittet (3). Er norske legers arbeidstid så billig at sykehusene og kommunene ikke alltid bruker legene på en best mulig måte? Riktig bruk av arbeidstiden er ikke bare avgjørende for legers jobbtilfredshet, det er også viktig for å sikre at den enkelte oppnår tilstrekkelig klinisk erfaring og kompetanse. Det er betimelig å spørre: Har leger i dag tilstrekkelig praktisk og merkantil støtte til å kunne få brukt sin kompetanse på en effektiv måte? De siste 20 år er det blitt en dobling av antall leger i sykehus (1). Er det hensiktsmessig å fortsette denne utviklingen? Vi er nødt til å ha en diskusjon om oppgavefordeling og sammensetning av ulike kategorier personell i norske sykehus.

De tendensene Rosta & Aasland dokumenterer, er nok uttrykk for mer dyptgripende endringer i legerollen (8). Samfunnet og helsemyndigheter har et legitimt krav om økt innsyn i bruk av ressurser og kvaliteten i tjenestene, og det går med mer tid til dokumentasjon. Økt spesialisering har resultert i et økt behov for ledelse, koordinering og standardisering av behandling og pasientforløp. Legens oppdrag er uløselig knyttet til medisinsk diagnostikk, behandling og møtet med den enkelte pasient. Medisinere som gruppe må i tillegg ivareta andre viktige oppgaver i helsetjenesten – i ulike roller som «helsesystemleger». Leger bør være involvert i ledelse og i nyskaping og kvalitetssikring av tjenestene. Det er viktig å se på hva leger faktisk *braker* arbeidstiden på, slik at vi kan reflektere over hva leger *bør* bruke arbeidstiden på.

Jan C. Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Jan C. Frich (f. 1970) er professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitets-sykehus, Rikshospitalet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til direkte pasientarbeid i perioden 1994–2014. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1355–9.
2. Røhme K, Kjekshus LE. Når tiden telles – sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1458–61.
3. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015.
4. Payson HE, Gaenslen EC jr., Stargardter FL. Time study of an internship on a university medical service. N Engl J Med 1961; 264: 439–43.
5. Block L, Habicht R, Wu AW et al. In the wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, how do internal medicine interns spend their time? J Gen Intern Med 2013; 28: 1042–7.
6. Wachter RM. The digital doctor: hope, hype and harm at the dawn of medicine's computer age. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2015.
7. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the health-care workforce. Sociol Health Illn 2005; 27: 897–919.
8. Frich JC. Rommet krymper – hvorfor? Overlegen 2016; nr. 1: 28–30.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no