

# Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014

**BAKGRUNN** Interessen for hva leger gjør kvalitativt og kvantitativt i sitt arbeid er alltid høy. I denne undersøkelsen beskrives utviklingen i samlet ukearbeidstid og tid brukt på direkte pasientarbeid fra 1994 til 2014 for leger i ulike stillingsgrupper og fagområder i Norge.

**MATERIALE OG METODE** Data kommer fra legepanelet, et tilnærmet representativt utvalg på omtrent 1 600 yrkesaktive leger som annethvert år siden 1994 er fulgt med spørreskjemaer. Underveis er pensjonistene tatt ut og nye unge leger tatt inn. Spørsmål om tidsbruk har alltid vært inkludert. I denne artikkelen benyttes data fra 1994, 2000, 2006, 2010 og 2014.

**RESULTATER** Svarprosentene lå mellom 67 og 95. Fra 1994 til 2014 var samlet ukearbeidstid uendret for alle typer leger, bortsett fra dem i akademiske stillinger. Tiden brukt på direkte pasientarbeid har gått litt ned, men ikke-signifikant, for allmennpraktikere/fastleger, privatpraktiserende spesialister og leger i akademiske og administrative stillinger. For kommuneleger og sykehusleger har pasienttiden derimot minket signifikant i 20-årsperioden. Men det er stor variasjon, særlig mellom de ulike sykehusspesialitetene.

**FORTOLKNING** Forskjeller og endringer i legers tid brukt på direkte pasientarbeid skyldes både strukturelle og kulturelle forhold i arbeidssituasjonen og ikke minst en betydelig økning i antall sykehusleger.

Legers arbeidstid og hvordan de fordeler tiden på ulike oppgaver har vært beskrevet i flere artikler. Arbeidstiden har innvirkning på behandlingskvalitet og pasientsikkerhet og på legenes egen helse (1). Det er vist at mer tid brukt på direkte pasientarbeid gir mer fornøyde pasienter og leger (2, 3) og at legene selv gjerne vil bruke mer tid på dette (4, 5).

Legeforskningsinstituttet har siden 1994 gjennomført regelmessige spørreskjemaundersøkelser hos et representativt utvalg yrkesaktive leger. Et gjennomgående tema har vært å registrere arbeidstid. Vi har vist at den gjennomsnittlige ukearbeidstiden til sykehusleger i heltidsstilling har ligget på mellom 45 og 47 timer (6). Samtidig har det vært en betydelig nedgang i direkte pasienttid, særlig etter 2000 (7). Fastlegene har en tilsvarende ukearbeidstid, men for dem har det ikke vært noen nedgang i andelen direkte pasienttid (8).

Hensikten med vår undersøkelse er å beskrive utviklingen i samlet ukearbeidstid – med særlig vekt på tid brukt til direkte pasientarbeid for leger i ulike stillingsgrupper og for sykehusleger på ulike fagområder.

## Materiale og metode

Legeforskningsinstituttets legepanel er et utvalg på omtrent 1 600 yrkesaktive leger som er fulgt med spørreskjemaer 12 ganger siden 1994. Utvalget representerer en ubalansert kohort – ved at deltakere som etter hvert forlater panelet blir erstattet av yngre leger, samtidig som man hele tiden beholder utvalgets representativitet.

Legepanelet ble utvidet med ca. 400 leger

i 2000, med ca. 250 leger i 2008 og med ca. 270 leger i 2012. 590 leger er tatt ut av panelet på grunn av yrkesslutt, frivillig avgang eller død. I denne artikkelen benyttes data fra 1994, 2000, 2006, 2010 og 2014.

## Hovedstilling og fagområde

Hovedstilling er kategorisert i åtte grupper:

Gruppe 1: leger som er ledere i sykehus (sjeflege, klinikkssjef, avdelingsoverlege, avdelingsleder, seksjonsoverlege, seksjonsleder)

Gruppe 2: overleger og leger i spesialisering i sykehus

Gruppe 3: allmennpraktikere/fastleger

Gruppe 4: privatpraktiserende spesialister

Gruppe 5: leger i kommunehelsetjenesten (kommunelege, kommuneoverlege, sykehjemsløse, tilsynslege, helsestasjonslege, bydelsoverlege)

Gruppe 6: leger i akademiske stillinger (professor, førsteamanuensis, stipendiat, forsker)

Gruppe 7: leger i administrative stillinger (fylkeslege, medisinsk rådgiver, fagsjef)

Gruppe 8: annen hovedstilling (bedriftslege, spesiallege)

Legen angir innenfor hvilken av de 45 norske godkjente spesialitetene/grensespesialitetene de for tiden arbeider. Fagområdene er gruppert i fem grupper:

Gruppe 1: indremedisinske fag (allmennmedisin, barnesykdømmer, blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri, hjertesykdommer, hud- og veneriske sykdommer, indremedisin, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nevrologi, onkologi, nyresykdommer, revmatologi)

**Judith Rosta**

*judith.rosta@legeforeningen.no*

**Olaf Gjerløw Aasland**

LEFO – Legeforskningsinstituttet

> Se lederartikkel side 1321

e-tab 1, e-tab 2, e-tab 3, e-tab 4 og e-tab 5 finnes i Tidsskriftets elektroniske utgaver



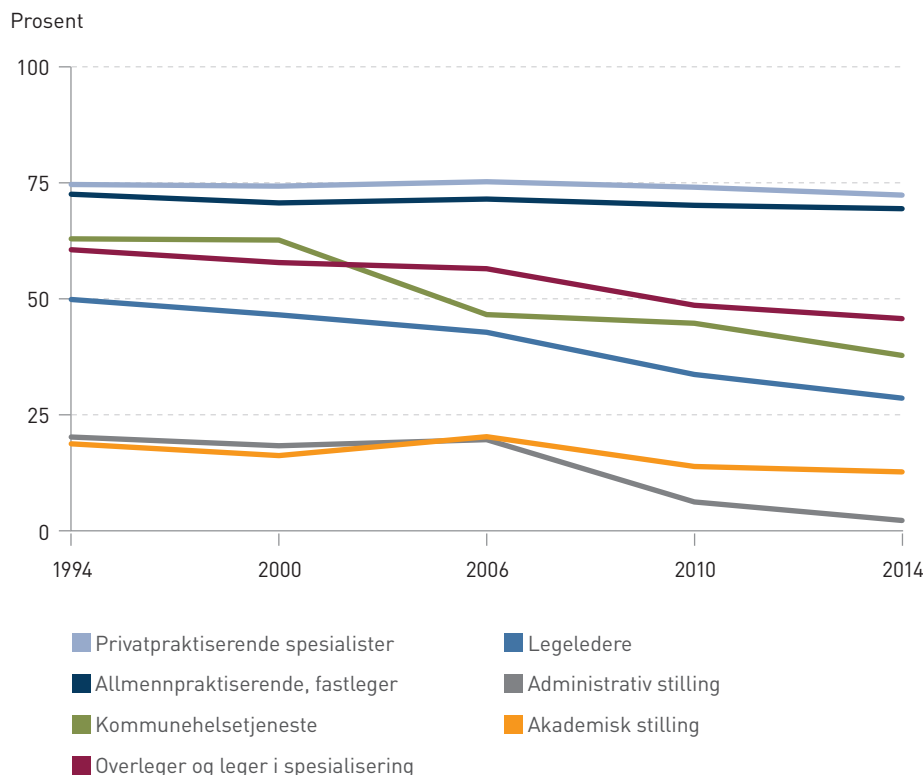
Engelsk oversettelse på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

## HOVEDBUDSKAP

I perioden 1994–2014 var den samlede ukearbeidstiden uendret for de fleste leger i Norge

Sykehusleger rapporterte betydelig nedgang i tid til direkte pasientarbeid. Nedgangen var større i perioden 2000–14 enn i perioden 1994–2000

Det var marginal endring i andel direkte pasientarbeid for fastleger og privatpraktiserende spesialister



**Figur 1** Andel tid brukt til direkte pasientarbeid for leger i ulike stillingsgrupper. Data fra LEFOs legepanel

Gruppe 2: kirurgiske fag (anestesiologi, barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, gastroenterologisk kirurgi, generell kirurgi, karkirurgi, maxillofacial kirurgi, nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologi, øre-nese-hals-sykdommer, øyesykdommer)

Gruppe 3: laboratoriefag (immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, nukleærmedisin, patologi, radiologi)

Gruppe 4: psykiatri (psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, rus- og avhengighetsmedisin, samfunnsmedisin)

Gruppe 5: annet

#### Tidsbruk

Tilsvarende spørsmål om tidsbruk er benyttet på alle spørretidspunkter. Spørsmålene var satt opp slik at legen skulle angi antall timer brukt på forskjellige gjøremål og selv summere til samlet antall arbeidstimer per uke. Det ble gjort noen justeringer underveis, men spørsmålet om antall timer til direkte pasientarbeid og samlet uketimetall var hele tiden det samme.

I 2014 formulerte vi spørsmålet slik: «I en gjennomsnittlig arbeidsuke, inkludert vakter og eventuelt bistilling(er), omtrent hvor mange timer bruker du på: pasientarbeid (all direkte kontakt med enkeltpasienter eller

deres pårørende, inkludert telefoner etc.), møtevirksomhet (tverrfaglige teammøter, journalmøter, veiledningsmøter etc.), papirarbeid, telefoner, e-post, dataregistrering (journaler, attester, epikriser, annet dokumentasjonsarbeid), faglig oppdatering, annet og til sammen.

#### Begrepet «pasientarbeid»

For å utdype spørsmålet om pasientarbeid spurte vi i 2002: «Hva har du inkludert i begrepet pasientarbeid?» Det var følgende svarmuligheter: «kun ansikt-til-ansikt-kontakt med pasienter, all direkte kontakt med enkeltpasienter, inkludert telefoner, e-post m.m., alt arbeid direkte relatert til enkeltpasienter, også journalarbeid, telefoner og møter, og til slutt annet.»

#### Analysen

Arbeidstidsvariablene var tilnærmet normalfordelte. Fordelingen av kjønn og alder var ulik i de forskjellige stillings- og spesialitetsgruppene. Vi bruker i denne artikkelen generell lineær modellering, med alder og kjønn som kovariater og hovedstilling som fast faktor for å estimere samlet ukearbeidstid og tid på direkte pasientarbeid for leger i heltidsstilling. Separate analyser for heltidsansatte sykehusleger på ulike fagområder ble også utført, med fagområde som fast faktor og kjønn og alder som kovariater.

Testing av statistisk signifikans for intervallvariabler og proporsjoner ble gjort ved å vurdere om 95%-konfidensintervallene overlapper hverandre. Heltidsarbeid ble definert som 37 timer eller mer per uke (9). Data ble analysert med statistikkprogrammet SPSS, versjon 23.

## Resultater

### Respondentene

I e-tabell 1 presenterer vi utvalg, antall respondenter, svarprosenter og sammensetning av stillingsgrupper for heltids- og deltidsarbeidende leger. Svarprosentene varierer fra 67 til 95. Antall sykehusleger og omfanget av heltid på de ulike fagområdene er beskrevet i e-tabell 2.

Når det gjelder alder, kjønn og hovedstillinger, er det i utvalget vårt tilsvarende fordeling som i legeregisteret (6). I 2014 var fordelingen på alder og kjønn i vårt utvalg også likt legeregisterets, men våre leger i akademiske stillinger var fem år eldre i gjennomsnitt, og våre fastleger, allmennleger og kommuneleger hadde 9% færre kvinner og var fire år eldre (data ikke vist).

### De ulike stillingsgruppene

E-tabell 3 viser gjennomsnittlig antall ukearbeidstimer og timer brukt på direkte pasientarbeid fra 1994 til 2014 for leger i ulike stillingsgrupper, justert for alder og kjønn, og justerte timetall for 2014. Den samlede ukearbeidstiden var uendret for de fleste, bortsett fra at leger i akademiske stillinger hadde en signifikant nedgang fra 1994 til 2014 med omtrent fem timer. På nesten alle måletidspunkter rapporterte leger i sykehus, fastleger og leger i akademiske stillinger lengre arbeidsuker enn leger i andre stillingsgrupper. Forskjellene mellom ujusterte og justerte data var minimale på alle måletidspunkter (data vist for 2014). Kvinnelige overleger og leger i spesialisering har noe lavere samlet arbeidstid, men ikke lavere pasienttid.

Figur 1 viser andel tid brukt på direkte pasientarbeid i ulike stillingsgrupper fra 1994 til 2014. Det var marginal endring for fastleger (73% versus 69%), privatpraktiserende leger (75% versus 72%) og leger i akademiske stillinger (19% versus 13%). Kommuneleger (63% versus 38%), legeledere (50% versus 28%), overleger og leger i spesialisering (61% versus 46%) og leger i administrative stillinger (20% versus 2%) rapporterte derimot en betydelig nedgang i 20-årsperioden. Nedgangen var større i perioden 2000–14 enn den var i perioden 1994–2000.

### Sykehuslegenes ulike fagområder

I e-tabell 4 vises gjennomsnittlig antall ukearbeidstimer og timer brukt til direkte pasientarbeid for sykehusleger på ulike fag-

områder i perioden 1994–2014, justert for kjønn og alder, og ujusterte timetall fra 2014. Ukearbeidstiden var stabil over hele perioden. Ledere hadde gjennomgående lengre arbeidsuker enn overleger og leger i spesialisering. Overleger og leger i spesialisering innen kirurgiske fagområder hadde signifikant flere ukearbeidstimer enn sine kolleger i psykiatri i 1994, 2000, 2006 og 2014. De ujusterte tallene viser at det særlig var kvinnelige overleger og leger i spesialisering i de indremedisinske fagene som hadde noe lavere ukearbeidstid (43,7 t mot 47,1 t for menn), men altså ingen signifikant forskjell i pasienttid.

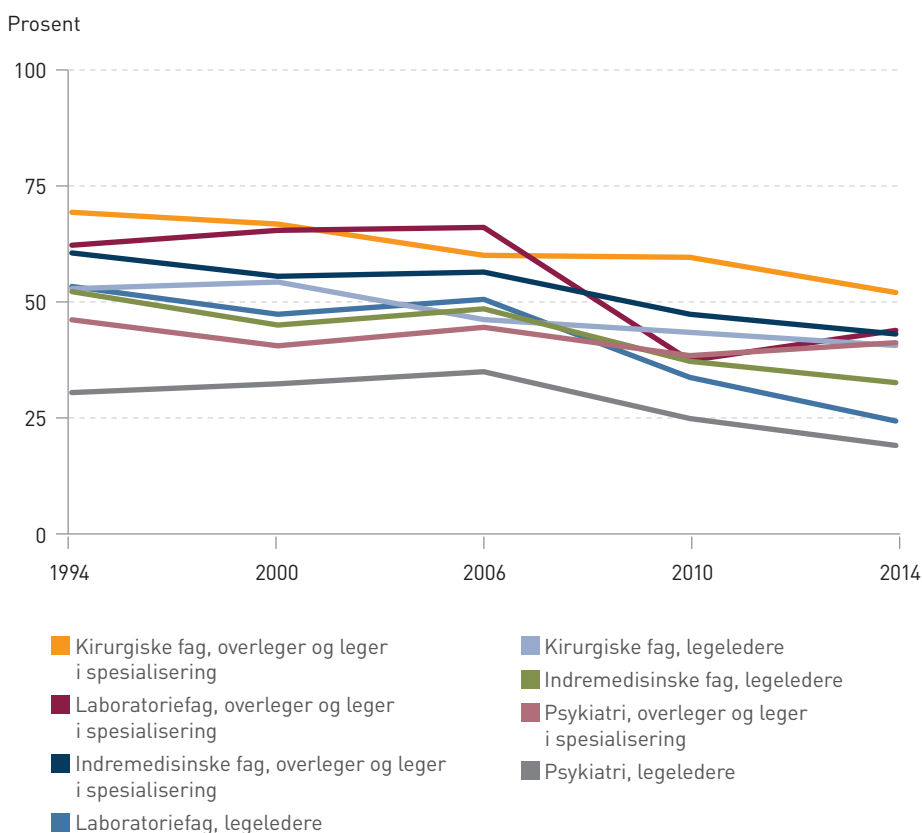
Figur 2 viser andelen tid brukt til direkte pasientarbeid for sykehusleger på ulike fagområder. Det er betydelige forskjeller mellom fagområdene. For leger i laboratoriefag gikk andelen pasientarbeid ned fra 53 % til 24 % for ledere og fra 62 % til 44 % for overleger og leger i spesialisering. Tilsvarende tall for indremedisinske fag var fra 52 % til 32 % for ledere og fra 61 % til 43 % for overleger og leger i spesialisering, for kirurgiske fag fra 53 % til 40 % for ledere og fra 69 % til 52 % for overleger og leger i spesialisering. For leger i psykiatrien var det en nedgang fra 30 % til 19 % for ledere og fra 46 % til 41 % for overleger og leger i spesialisering. På de fleste måletidspunktene var andel tid brukt til direkte pasientarbeid høyest blant leger i kirurgiske fag og lavest blant leger i psykiatri.

#### Begrepet «direkte pasientarbeid»

E-tabell 5 viser hva legene inkluderte i «pasientarbeid», fordelt etter kjønn, hovedstilling, spesialitet og arbeidstid i 2002.

Som det fremgår oppfattet legene begrepet nokså forskjellig, selv om flertallet svarte enten «kun ansikt-til-ansikt-kontakt med pasienter» (47 %) eller «all direkte kontakt med enkeltpasienter, inkludert telefoner, e-poster m.m.» (24 %), noe som tilsvarer vår definisjon av direkte pasientarbeid i spørreskjemaet.

Det var ingen vesentlig forskjell i svarfordeling etter kjønn og arbeidstid, men den varierte mellom ulike stillingsgrupper og fagområder. Fastleger og privatpraktiserende spesialister anga i større grad «kun ansikt-til-ansikt-kontakt med pasienter» som pasientarbeid, mens leger i administrative stillinger og ledere i større grad inkluderte «alt arbeid direkte relatert til enkeltpasienter, også journalarbeid, telefoner og møter» og «annet» som pasientarbeid. I kommentarfeltet til «annet» i 2014 sto det blant annet for leger innen laboratoriefag: bildediagnostikk, diagnostikk og patologisk undersøkelse, obduksjoner, blodgiverspørsmål, laboratoriarbeid, radiologiarbeid og mikroskopisk diagnostikk.



**Figur 2** Andel tid brukt til direkte pasientarbeid for legeledere, overleger og leger i spesialisering på ulike fagområder. Data fra LEFOs legepanel

## Diskusjon

### Hovedfunn

I perioden 1994–2014 holdt den samlede ukearbeidstiden seg stabil for de fleste leger, bortsett fra at det var en signifikant nedgang for leger i akademiske stillinger. Ledere i sykehus, fastleger og leger i akademiske stillinger hadde lengst arbeidsuke.

Tiden brukt til direkte pasientarbeid gikk ned i alle grupper, men nedgangen var marginal blant fastleger, privatpraktiserende spesialister og leger i akademiske stillinger. Blant sykehusleger var det store forskjeller når det gjelder nedgangen i direkte pasientarbeid – den var større i perioden 2000–14 enn den var i perioden 1994–2000.

### Andre studier

Norske sykehusleger har kortere arbeidsuker (45–50 t) enn sine kolleger i andre europeiske land (50–90 t) (6). En studie med data fra 2010 viser at andelen fastleger og privatpraktiserende leger som jobbet 50 timer eller mer var 55 % i Tyskland, mot 25 % i Norge (10). I en OECD-studie med data fra 2013 hadde 2,8 % av heltidsansatte arbeidstakere i Norge en arbeidsuke på 50 timer eller mer (11). Sammenliknet med våre data fra 2014 var andelen med  $\geq 50$  uketimer på 42 % for legeledere, 36 % for

fastleger, 27 % for leger i kommunehelsetjenesten og i akademiske stillinger, 24 % for privatpraktiserende spesialister, 21 % for overleger og leger i spesialisering og 13 % for leger i administrative stillinger (data ikke vist her).

En spørreskjemaundersøkelse blant danske overleger fra 2008 viste at andelen timer med direkte pasientarbeid var 31 % for ledende overleger, 69 % for overleger med vakt og 59 % for overleger uten vakt (12). Tilsvarende tall fra 2014 i vår studie var 28 % for legeledere og 46 % for overleger og leger i spesialisering. En studie fra 1999 ved medisinsk avdeling og kvinneklinikken ved Regionssykehuset i Trondheim viste at legene brukte 25 % av arbeidsdagen til direkte kontakt med pasienter (visitt, tekniske undersøkelser og poliklinikk) (4). Tilsvarende tall fra 2000 i vår undersøkelse var 54 % for ledere og 67 % for overleger og leger i spesialisering innen kirurgi og 45 % for legeledere og 55 % for overleger og leger i spesialisering innen indremedisinske fag.

I en studie fra 2009 med allmennleger i 11 land med spørsmålet «Omtrent hvor mye av arbeidstiden bruker du normalt på ansikt-til-ansikt-kontakt med pasienter i løpet av en uke?» anga de norske fastlegene gjennomsnittlig 67 %, mot for eksempel 66 % i Sve-

rige, 71 % i Tyskland eller 82 % i Frankrike (13).

En norsk undersøkelse basert på observasjon av sykepleiere ved en kirurgisk avdeling i 2006 viste at de brukte 36 % av den samlede arbeidstiden til direkte pasientkontakt, definert som øyekontakt med pasienter (inkludert opphold på pasientrommet) (14).

#### *Mulige grunner til mindre direkte pasientarbeid*

En del av nedgangen i direkte pasientarbeid for sykehusleger kan tilskrives rent demografiske endringer. Fra 1995 til 2014 har antallet sykehusleger økt med ca. 100 % (15), mens antallet potensielle pasienter (befolkningen) bare har økt med 17 % (16). Til sammenligning var økningen i antall fastleger på 26 % i perioden 2001–14 (17). Forutsatt en stabil folkehelse har det altså blitt flere leger «om beinet», noe som i seg selv må føre til en viss omfordeling av oppgaver, kanskje særlig direkte pasientarbeid. Dette stemmer godt med studier om et økende behov for tid til dokumentasjon, rapportering og koding, både i helsevesenet (18–20) og i andre yrkesgrupper, for eksempel pedagoger (21) og politifolk (22).

Helsevesenets organisering og det som i andre studier kalles legeproduktivitet kan også forklare noen endringer i legers tidsbruk.

OECD-data fra 2013 viser at legetettheten per 1 000 innbyggere var 4,3 i Norge, høyere enn i de fleste andre europeiske land (2,8 i Storbritannia, 3,0 i Belgia, 3,0 i Finland) (23). Legestatistikken indikerer at det nesten har vært en fordobling i antall yrkesaktive leger fra 1994 til 2014 (15). Ifølge Statistisk sentralbyrå økte antallet norske leger fra 1990 til 2009 raskere enn i andre europeiske land, særlig i sykehussektoren (24). Samtidig ser det ut til at legeproduktiviteten – målt i aktivitet både ved sengeavdelinger og i samlet aktivitet per legeårsverk – gikk ned i Norge. En analyse av data fra 1992 til 1999 viste en tydelig nedgang i legeproduktivitet (25). En rapport fra 2008 om bemanning og produktivitet i den somatiske helsetjenesten konkluderer med at Norge, sammenliknet med Danmark, Finland, Tyskland og Skottland, har den høyeste dekningen av leger i forhold til befolkningen og samtidig det laveste produktivetsnivået målt i antall utskrevne pasienter fra sykehus, polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger per lege (26).

Det er gjennomført fire store helse reformer de siste 15 årene – fastlegeordningen i 2001, fritt sykehusvalg i 2001, sykehusreformen i 2002 og samhandlingsreformen i 2012. Reformene har hatt innflytelse på organiseringen av legenes daglige arbeid.

Det var ingen politisk intensjon å skape mindre gunstige arbeidsforhold for leger, men legene rapporterer at de opplever begrenset faglig yringsfrihet og mindre autonomi (27, 28).

Data fra legepanelet i 2010 viser at 50–70 % av respondentene opplever stress knyttet til stadige omorganiseringer av helsevesenet, og særlig gjelder dette sykehuslegene. Videre at omsorgen for pasientene blir dårligere på grunn av tidspress og fordi en stor del av arbeidstiden går med til administrasjon og dokumentasjon (19). I en studie om reformer i spesialisthelsetjenesten oppfattet både leger og sykepleiere reformene først og fremst som press for å øke produktiviteten, det vil si krav om behandling av flere pasienter på kortere tid. Sykepleiere mener at legenes medisinskfaglige kjerneoppgaver går på bekostning av det «mellommenneskelige» (18). Dette er i samsvar med våre data om nedgang i andelen timer brukt til direkte pasientarbeid hos sykehusleger, særlig i perioden 2000–14. Fastlegereformen ser ikke ut til å ha slått ut tilsvarende – tiden brukt på direkte pasientarbeid er uendret, rundt 70 %.

Hvordan oppgavene er fordelt mellom de ulike helsepersonellgruppene, har også betydning for legenes tidsbruk. Sykepleierne har fått en mer aktiv rolle i diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter i sykehus og poliklinikker – blant annet oppgaver i tilknytning til endoskopi og andre prosedyrer innen kirurgi, innen kardiologi, med ultralydundersøkelse av hjerte og kar, innen onkologi, med oppfølging av kreftpasienter, og innen revmatologi, med oppfølging av revmatoid artritt. Andre helsepersonellgrupper, som bioingeniører innen fagområdet patologi eller radiografer, er mer involvert i oppgaver knyttet til diagnostikk, og fysioterapeuter deltar i pasientoppfølging ved poliklinikker (29, 30).

På den annen side har legene overtatt oppgaver som tidligere ble gjort av merkantilt personell, for eksempel fra helsesekretærer når talegjenkjenning som dokumentasjonsverktøy blir innført (31), noe som innebærer mer tid og ressurser brukt på dokumentasjon. Krav om rapportering og dokumentasjon for å sikre god kvalitet på behandlingen er stadig økende. Elektroniske journalsystemer (EPJ) i helse- og omsorgssektoren kan også være tidkrevende for legene. Riksrevisjonens rapport i 2014 peker på svakheter i tekniske løsninger for meldingsutveksling mellom helseforetak, kommuner og legekontorer (32). I en undersøkelse i 2014 om elektroniske journalsystemer i sykehus i regi av Legeforeningen rapporterte nesten syv av ti sykehusleger at tid brukt på dette går på bekostning av pasientbehandlingen (20).

#### *Styrker og begrensninger*

Studiens styrke er de gjentatte målingene og at respondentene er tilnærmet representative for yrkesaktive leger i Norge. Dette gir et godt grunnlag for generalisering av resultatene til alle yrkesaktive leger. Videre ligger svarprosentene mellom 67 og 95, høyere enn i andre spørreskjemaundersøkelser hos leger (6).

Selvrapportert tidsbruk for de enkelte arbeidskomponentene kan selvsagt være upresis. Hvorvidt det i vårt utvalg er en tendens til å overvurdere eller undervurdere de ulike arbeidstidskomponentene eller om det finnes stillings- eller spesialitetsrelaterte forskjeller i selvsrapportering, vet vi ikke. Arbeidstidskomponentene i svaralternativene ble presisert over tid, dels i tråd med den utviklingen som har vært siden 1994. Presisjonsnivået av våre arbeidstidskomponenter kan sikkert bli bedre, samtidig har det hele tiden ligget en innebygd kvalitetskontroll i at hver enkelt lege skal summere sine egne tidskomponenter til et samlet uketimetall.

Den relativt store variasjonen i hva den enkelte lege inkluderer i begrepet «pasientarbeid» er interessant og gir også metodiske utfordringer. Men siden det i stor grad er de samme legene som rapporterer ved hvert måletidspunkt, øker reliabiliteten på disse dataene betydelig, ettersom hver lege dermed også blir sin egen kontrollperson.

Andre variabler som kan påvirke tidsbruken, som for eksempel bemanning, oppgavefordeling og organisering av arbeidsdagen (4), har vi dessverre ikke data på i vårt materiale.

#### **Konklusjon**

Legenes totale arbeidstid er praktisk talt uendret fra 1994 til 2014, men tiden brukt til direkte pasientarbeid er redusert. Særlig gjelder dette sykehuslegene. Voksende krav til dokumentasjon, strukturelle endringer i helse-tjenestens organisering, nedgang i legeproduktiviteten, svakheter i elektroniske systemer, økende grad av funksjons- og oppgavefordeling mellom helsepersonellgrupper og – ikke minst – økende legetetthet kan forklare noe av denne nedgangen, i tillegg til en betydelig økning i antall sykehusleger. Det er ikke mulig å si hva en optimal andel av tid til direkte pasientarbeid er.

God pasientbehandling er avhengig av både individuelle og organisatoriske faktorer, inkludert kvalitetsutvikling og evaluering. Ut fra resultatene av vår studie kan vi forvente at stabile ukearbeidstimer og høy andel av timer brukt til direkte pasientarbeid fortsatt vil være typisk for fastleger og andre privatpraktiserende leger. Sykehuslegenes tidsbruk vil nok fortsatt være preget av konkurransen mellom tid til pasientarbeid og annen tid, forhåpentlig uten at pasienten blir den tapende part.

**Judith Rosta (f. 1968)**

er m.a., ph.d. og seniorforsker. Hun har 17 års erfaring med forskning om legers helse og arbeidsforhold, bl.a. initierte hun og ledet den første nasjonale spørreskjemaundersøkelse blant sykehusleger i Tyskland. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944)**

er lege, MHA og seniorforsker. Han har i over 25 år forsket på legers helse og atferd. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Litteratur**

- Rosta J. Arbeidstid og helse henger sammen. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 461.
- Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med 1999; 14 (suppl 1): S34-40.
- Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. Eur J Public Health 2003; 13: 299-305.
- Røhme K, Kjekshus LE. Når tiden telles – sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1458-61.
- Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ et al. What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. BMC Fam Pract 2013; 14: 41.
- Rosta J, Aasland OG. Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work-home balance and the European working time directive: a panel study. BMJ Open 2014; 4: e005704.
- Aasland OG, Rosta J. Hvordan har overlegene det? Overlegen 2011; 1: 47-55.
- Aasland OG, Rosta J. Fastlegenes arbeidstid 2000-08. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1076-9.
- Bø T, Håland I. Sysselsatte med ekstra lange arbeidsuker. Økonomiske analyser 2012; 5: 13-5.
- Voltmer E, Rosta J, Siegrist J et al. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. Int Arch Occup Environ Health 2012; 85: 819-28.
- OECD. Better Life Index – Edition 2015. <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=BLI> (6.11.2015).
- Overlægeföreningen. Overlægers arbeidsvilkår 2008. København: Overlægeföreningen, 2008.
- Holmboe O, Bjertnæs Ø, Bukholm G et al. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Oslo: Kunnskapssenteret, 2009.
- Foss H, Skaar V, Fosshaug B et al. Hvor mye tid får pasientene? Tidsskr Sykepl 2006; 94: 94-6.
- Den norske legeforening. Legestatistikk. Oslo: Den norske legeforening, 2015.
- Søbye E. Folkemengdens bevegelse 1735-2014. Oslo: Oktober, 2015.
- Helsedirektoratet. Fastlegestatistikk 2014. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk> (20.4.2016).
- Fjeldbraaten EM. Mellom idealer og praksis: En casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten. Kristiansand: E.M. Fjeldbraaten, 2010.
- Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1310-4.
- Den norske legeforening. Undersøkelse om elektroniskpasientjournal i sykehus. Oslo: Den norske legeforening, 2014.
- Ellingseter M, Wien-Fjell M, Haugen A et al. Tilstandsrapporten for universiteter og høyskoler 2014. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2014.
- Politiets Fellesforbund. Politiet mindre synlige. [https://www.pf.no/aktuelt\\_na/nyhetsarkiv/2010/november/Politiet+mindre+synlige.d25-TMdnKZy.ips](https://www.pf.no/aktuelt_na/nyhetsarkiv/2010/november/Politiet+mindre+synlige.d25-TMdnKZy.ips) (31.5.2016).
- OECD. Health care resources: Physicians. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC) (6.11.2015).
- Mundal A. Vekst i antall leger. Samfunnspeilet 2011; 25: 43-50.
- Magnussen J. Utviklingen i effektivitet. I: Hansen FH, red. Sykehussektoren på 1990-tallet. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA, 2000: 113-21.
- Deloitte. Makroanalyse av bemanning og produktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten – En sammenligning av Norge, Danmark, Finland, Tyskland og Skottland. Oslo: Spekter, 2008.
- Aasland OG, Hagen TP, Martinussen PE. Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2218-21.
- Aasland OG, Førde R. Legers faglige ytringsfrihet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1838-40.
- Helsedirektoratet. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
- Forsettlund L, Vist G, Dalsbø T og et al. Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Oslo: Kunnskapssenteret, 2013.
- EPJ Monitor. Årsrapport 2010: Oversikt over utbredelse og klinisk bruk av IKT i helsetjenesten. Trondheim: Norsk senter for elektronisk pasientjournal, 2011.
- Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Riksrevisjonen, 2014.

Mottatt 6.1. 2016, første revisjon innsendt 26.4. 2016, godkjent 13.6. 2016. Redaktør: Tor Rosness.