

På disse sidene i Tidsskriftet – legelivet – finner du stoff om legers liv. Her er det presentasjon av arbeidssteder, nyhetssaker, nye doktorgrader, nye spesialister og minneord. Alt samlet på ett sted – så du kan følge enda bedre med.



Olaf G. Aasland.
Foto: Einar Nilsen

Olaf G. Aasland (f. 1944) er seniorforsker ved LEFO – Legeforskningsinstituttet.

«Det er særlig på to områder legegapet gjør seg gjeldende. Det første er tidsgapet»

Legegapet

Lukking av legegapet vil være smertefullt for både leger og pasienter.

Helsegapet har ikke noe med odontologi å gjøre, men er et begrep som brukes av helseplanleggere og politikere som en illustrasjon på en økende avstand mellom de behandlingsmuligheter ny medisinsk teknologi og kunnskap gir og det som anses å være økonomisk og etisk forsvarlig. Derfor er prioritering og rettferdig fordeling nødvendig. Denne logikken kan også anvendes på den individuelle legen, legegapet, som kan forklare hvorfor leger i mange land melder om økende frustrasjon og stress i forbindelse med sin legegjerning.

Det er særlig på to områder legegapet gjør seg gjeldende. Det første er tidsgapet. Døgnetts 24 timer lar seg ikke formere og må ubønhørlig fordeles mellom jobb, privatliv og nødvendig søvn. En økning av én av disse tre vil nødvendigvis gå på bekostning av en annen, et klassisk fordelings- og prioriteringsdilemma. I praksis koker det gjerne ned til hvor mye tid en lege kan bruke på pasientarbeid og på oppbygging og vedlikehold av egen kompetanse uten at det går for mye utover privatlivet. Her går det en historisk linje fra sir William Oslers ideal om at legen helst skulle bo og arbeide på sykehuset, derav uttrykket *resident*, via en situasjon der legens familie alltid var «bakke-mannskap» og godtok at legen som regel ikke var hjemme, til dagens situasjon der

ofte både mor og far er leger, uten bakke-mannskap, og med forventninger om at de også skal være gode foreldre.

For å lukke dette gapet må legenes tid disponeres annerledes. Det er nok lettere å øke privattiden på bekostning av arbeidstiden enn omvendt. Ettersom legetettheten er svært høy, har vi vel allerede begynt med det. Men det er kanskje grunn til også å se nærmere på hele tidsbruksmønsteret, og ikke minst på sammenhengen mellom kvalitet i helsetjenesten og legenes tilfredshet.

Det andre gapet handler om forholdet mellom legerollen slik både legene og pasientene oppfatter den, og de rammebetingelsene som gis i dagens helsevesen – mellom idealer og realiteter. Til tross for en flom av protokoller og retningslinjer har legene ennå ikke greid å gi slipp på forestillingen om at den beste legen er den som i siste instans er sin egen sjef og som alltid er til stede for pasienten.

Dette gapet kan bare lukkes gjennom en grunnleggende endring av legerollen, fra individuell til kollektiv autonomi og med mer tverrfaglig samarbeid. Dette er smertefullt for både leger og pasienter, men vil i det lange løp gi et sunnere og mer tidsriktig helsevesen med mer fornøyde pasienter.

Olaf G. Aasland
olaf.aasland@legeforeningen.no