



Legers tid til pasientarbeid og pasienters tid med legen

DEBATT

DAG BRATLID

dag.bratlid@medisin.uio.no

Dag Bratlid (f. 1944) er spesialist i barnesykdommer, tidligere professor fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og tidligere overlege i nyfødtmedisin ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital. Han har en mastergrad i helseadministrasjon og er tilknyttet Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Antallet leger i sykehus øker mye mer enn antallet pasienter. Selv om sykehusleger mener at de får stadig mindre tid til pasientrettet arbeid, får den enkelte pasient likevel mer tid med en lege. Legers arbeidstid må organiseres bedre i forhold til ressursutnyttelse og pasientbehandling.

I en nylig publisert studie av Rosta & Aasland, basert på spørreundersøkelser i perioden 1994–2014, mente sykehusleger at de fikk stadig mindre tid til pasientarbeid, selv om den totale arbeidstiden ikke var endret (1). I den samme perioden økte imidlertid antallet sykehusleger med over 100 %, mens antall pasienter økte med bare rundt 17 %. Med en så sterk økning i antallet leger i forhold til pasienter vil selv en betydelig nedgang i den enkelte leges tid til pasientarbeid likevel medføre at den enkelte pasient opplever å få mer tid med legen, men da samlet fra flere leger.

Nye analyser

Resultatene fra Rosta & Aaslands studie er derfor analysert opp mot utviklingen i antall leger i spesialisthelsetjenesten fra 2010–14 og i pasientvolum i den samme tidsperioden.

LEGERESSURSER OG PASIENTVOLUM I SYKEHUS

Nasjonale tall for antall leger i de samme spesialitetene som inngikk i Rosta & Aaslands studie i 2010 og 2014 ble fremskaffet fra Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet (2). Dette gjaldt både medisinske spesialiteter (barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, hud- og veneriske sykdommer, indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer, nevrologi, onkologi og revmatologi) og kirurgiske

spesialiteter (anestesiologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, barnekirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi, bryst- og endokrin kirurgi, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, øre-nese-halssykdommer og øyesykdommer). Data for utviklingen i antall pasienter i medisinsk dagbehandling, dagkirurgi, liggedøgn (inneliggende pasienter) og polikliniske konsultasjoner, inkludert stråleterapi, kjemoterapi og dialyse, ble hentet fra Samdata-rapporten 2014 (3). Data om sykehuslegers arbeidstid og tid brukt til direkte pasientrettet arbeid ble hentet fra studien til Rosta & Aasland (1).

SYKEHUSLEGENES ARBEIDSTID OG TID TIL PASIENTARBEID

Total arbeidstid og total tid til pasientarbeid per uke på landsbasis ble beregnet ved å multiplisere de gjennomsnittlige arbeidstidstallene per uke med de landsomfattende tallene for antall leger i medisinske og kirurgiske spesialiteter i sykehus (1), (2).

Gjennomsnittlig total legearbeidstid og pasientrettet arbeidstid per pasient i medisinsk dagbehandling og i dagkirurgi ble så beregnet og omregnet til legers arbeidstimer per uke per pasient (1). Etersom det ikke fantes spesialitetsspesifisert statistikk for inneliggende pasienter (liggedøgn) og pasienter til polikliniske konsultasjoner, måtte total arbeidstid og tid til pasientarbeid for alle «somatiske sykehusleger» beregnes ved at total arbeidstid og tid til pasientarbeid for medisinske og kirurgiske spesialiteter slås sammen etter en vektning basert på antall leger i de to gruppene. Denne beregnede tid til pasientarbeid ble så brukt til å beregne de relative endringene i pasientens tid med lege for henholdsvis inneliggende pasienter og pasienter i polikliniske konsultasjoner.

NASJONALE ENDRINGER I ANTALL LEGER OG PASIENTVOLUM

Som vist i tabell 1 økte antall leger i perioden 2010–14 med 17,9 % og 8,0 % i henholdsvis medisinske og kirurgiske spesialiteter, med en samlet økning på 13 %. Samtidig gikk antall pasienter i medisinsk dagbehandling ned med 11 %, mens antall dagkirurgiske pasienter økte med 0,7 %. Antall inneliggende pasienter (dvs. liggedøgn) gikk ned med 7,1 %, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 11,9 %.

Tabell 1

Legeårsverk og pasientbehandling for 2010 og 2014 i klinisk somatisk spesialisthelsetjeneste (sykehus). Tall fra Statistisk sentralbyrå og Samdata (2, 3)

	2010	2014	Endring (%)
Leger			
Totalt antall sykehusleger	8 904	10 281	+15,5
Leger i medisinske spesialiteter	3 375	3 979	+17,9
Leger i kirurgiske spesialiteter	3 390	3 665	+8,1
Totalt	6 765	7 644	+13,0
Pasienter			
Totalt antall liggedøgn	3 852 117	3 577 784	
Liggedøgn per uke	74 079	68 804	-7,1
Totalt antall polikliniske konsultasjoner	4 964 374	5 553 384	
Polikliniske konsultasjoner per uke	95 469	106 796	+11,9
Kirurgisk dagbehandling	209 734	211 244	

	2010	2014	Endring (%)
Kirurgisk dagbehandling per uke	4 033	4 062	+0,7
Medisinsk dagbehandling (liggedøgn)	157 963	140 565	
Medisinsk dagbehandling per uke	3 038	2 703	-11

TOTAL ARBEIDSTID, TID TIL PASIENTARBEID OG PASIENTENS TID MED LEGEN

I medisinske spesialiteter økte legers totale arbeidstid med 17 % (tab 2). Selv om den enkelte lege rapporterte mindre tid til pasientarbeid, økte samlet tid til pasientarbeid med 6 % på grunn av økningen i antall leger. På grunn av færre pasienter medførte dette at hver pasient i dagbehandling fikk 20 % mer tid med en lege.

Tabell 2

Relative endringer fra 2010 til 2014 i total arbeidstid og timer til pasientarbeid per uke for leger i medisinske og kirurgiske spesialiteter og tilsvarende tid til pasientarbeid per pasient i medisinsk dagbehandling og dagkirurgi. Data om arbeidstid og antall pasienter er hentet fra Rosta & Aasland (1)

	2010	2014	Endring (%)
Medisinske spesialiteter			
Antall leger	3 375	3 979	+17,9
Antall arbeidstimer per uke per lege	46,7	46,4	-1
Samlet antall arbeidstimer per uke	157 613	184 626	+17
Tid til pasientarbeid per uke per lege	23,0	20,7	-10
Tid til pasientarbeid per uke totalt	77 625	82 365	+6
Pasienter til dagbehandling per uke	3 038	2 703	-11
Tid til pasientarbeid/dagbehandling	25	30	+20
Kirurgiske spesialiteter			
Antall leger	3 390	3 665	+8,1
Antall arbeidstimer per uke per lege	47,6	48,5	+2
Samlet antall arbeidstimer per uke	161 364	177 753	+10
Tid til pasientarbeid per uke per lege	29,4	26,1	-11
Tid til pasientarbeid per uke totalt	99 666	95 657	-4
Dagkirurgiske pasienter per uke	4 033	4 062	+0,7
Tid til pasientarbeid per dagkirurgiske pasient	25	24	-0

Tilsvarende økte arbeidstiden for leger i kirurgiske spesialiteter med totalt 10 %, mens tiden til pasientarbeid gikk ned med 4 %. Likevel ville hver enkelt dagkirurgisk pasient fått nærmest uendret tid med en lege. Samlet for alle leger i somatisk spesialisthelsetjeneste hadde hver inneliggende pasient fått 17 % mer tid med en lege fra 2010 til 2014, mens tid til pasientarbeid ved polikliniske konsultasjoner gikk ned med 5 % (tab 3). Dersom man forutsatte at det fra 2010 til 2014 innenfor en uendret total arbeidstid ikke hadde skjedd noen endringer i legers tid til pasientrettet arbeid, ville inneliggende pasienter fått 29 % mer tid og polikliniske pasienter 5 % mer tid med en lege.

Tabell 3

Relative endringer fra 2010 til 2014 i total arbeidstid og tid til pasientarbeid for leger i klinisk somatisk spesialisthelsetjeneste og tid til pasientarbeid per inneliggende pasient og pasient til poliklinisk konsultasjon. Tall for legetimer er omregnet fra tabell 2 til et vektet gjennomsnitt for leger i somatisk spesialisthelsetjeneste. Tall for inneliggende pasienter (dvs. liggedøgn) og pasienter til polikliniske konsultasjoner er hentet fra tabell 1. Endringer i tid til pasientarbeid per pasient er beregnet med uendret legetid til pasientarbeid fra 2010 til 2014

	2010	2014	Endring (%)
Antall leger i somatiske spesialiteter	6 765	7 644	+13
Vektet totale arbeidstimer per uke per lege	47,1	47,4	+1
Samlet arbeidstimer per uke	326 572	387 742	+19
Vektet tid til pasientarbeid per uke per lege	26,1	23,3	-11
Samlet tid til pasientarbeid per uke	181 343	190 491	+5
Med uendret tid til pasientarbeid		213 446	+18
Pasientvolum			
Liggedøgn	74 079	68 804	-7,1
Polikliniske konsultasjoner	95 469	106 796	+11,9
Legetimer per liggedøgn og konsultasjon			
Tid til pasientarbeid per liggedøgn	2,4	2,8	+17
Med uendret tid til pasientarbeid		3,1	+29
Tid til pasientarbeid/konsultasjon	1,9	1,8	-5
Med uendret tid til pasientarbeid		2,0	+5

Vurdering av legers arbeidstid

Det er fortjenstfullt av Rosta & Aasland at de har studert sykehuslegers bruk av sin arbeidstid, for det finnes få tilsvarende studier (4-7). Selv om deres resultater er interessante, er det usikkert om utvalget av leger er representativt. Ettersom fordelingen av pasientene i de ulike spesialitetene mht. poliklinikk, dagbehandling, elektive innleggelses

og øyeblikkelig hjelp er ulik, vil et gjennomsnitt – vektet eller ikke vektet – neppe være representativt. Det er dessuten usikkerhet om spørreundersøkelser gir svar som samsvarer med realitetene.

Pasientrettet arbeidstid

I Rosta & Aaslands studie mente legene de hadde fått mindre tid til direkte pasientrettet arbeid. Når disse resultatene analyseres opp mot pasientvolum, har imidlertid pasientene fått *mer* tid med en lege. Dette skyldes at flere leger og færre pasienter på mange områder mer enn kompensere for den enkelte leges følelse av mindre tid til direkte pasientrettet arbeid. Resultatene tyder på at det særlig er inneliggende pasienter og pasienter i dagbehandling som har fått mer tid med legen, mens det har vært liten endring, kanskje en reduksjon, i pasientens tid med legen ved polikliniske konsultasjoner. Siden andre studier viser at sykehusleger bruker fire ganger så lang tid på innlagte pasienter som på polikliniske pasienter, er det sannsynlig at pasientene totalt sett har fått mer tid med en lege (4,5,7). Dette underbygges også av det forhold at kontrollpasienter utgjør en stadig større andel av polikliniske pasienter (8). Dersom det i studieperioden ikke hadde vært noen reduksjon i tiden til pasientarbeid, ville inneliggende pasienter og polikliniske pasienter fått henholdsvis 29 % og 5 % mer tid med legen (tab 3).

Legenes følelse av mindre tid til pasientene kan skyldes at de har færre pasienter å forholde seg til, og ikke at de har mindre tid til hver pasient. Med færre pasienter vil samlet tidsbruk til direkte pasientarbeid kunne gå ned, selv om hver pasient faktisk får mer tid med lege, men da med flere leger. Dette kan være uheldig for kontinuiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen.

Årsaker til endringer i legers tidsbruk

Som årsak til at leger opplever mindre tid til direkte pasientrettet arbeid angir Rosta & Aasland flere forhold: Leger har overtatt oppgaver som tidligere ble gjort av merkantilt personell, bl.a. som følge av elektroniske pasientjournaler og talegjenkjenning, og krav om rapportering og dokumentasjon (1). I en undersøkelse om elektroniske journalsystemer rapporterte nesten syv av ti sykehusleger at denne utviklingen gikk på bekostning av pasientbehandlingen (9). Andre undersøkelser har imidlertid vist at informasjonsteknologi har gjort dokumentasjons- og kvalitetsarbeidet lettere (10,11). Selv om leger skulle bruke mer tid til dokumentasjon og kvalitetsarbeid, vil ikke dette være noe som fortrenger pasientrettet arbeid, men snarere være en konsekvens av at pasientrettet arbeid tar mindre tid.

Rosta & Aasland påpekte også at sykehuslegers tidsbruk påvirkes av oppgavefordelingen mellom ulike helsepersonellgrupper, bl.a. at legene nå gjør mer sekretærarbeid (12). På den annen side har sykepleiere fått en mer aktiv funksjon og har på mange områder overtatt arbeid som tidligere ble utført av leger. Dette har sannsynligvis ført til at legetid er frigjort til annet pasientrettet arbeid. Samtidig har likevel antall sykepleierstillinger i sykehusene økt mindre enn antall legestillinger, fra 2003–13 med hhv. 13,7 % og 40,7 % (13). Man skulle derfor heller tro at det var legene som gradvis tok over sykepleiernes oppgaver og ikke omvendt.

Legers arbeidstid må reorganiseres

Det er grunn til å tro at opplevelsen av redusert tid til pasientrettet arbeid er relatert til den sterke økningen i antall leger i forhold til antall pasienter. Samtidig definerer legenes arbeidsavtaler legen som en dagarbeider som er unntatt arbeidsmiljøloven. Selv om sykehusene har en døgnkontinuerlig virksomhet, er 83 % av arbeidstiden lagt til dagtid på

ukedager, som bare utgjør 24 % av ukearbeidstiden (14). Denne skjeve og uhensiktsmessige fordelingen av legers arbeidstid er uheldig for utnyttelsen av arbeidstiden og sykehusenes utstyr og har negative konsekvenser for antall behandlede pasienter og effektiv ressursbruk (12,15,16). Mange sykehusavdelinger er antagelig overbemannet på dagtid og underbemannet på kveldstid, om natten og i helger (14).

Det er grunn til å tro at dagens organisering av legers arbeidstid er lite hensiktsmessig og at det er behov for betydelige endringer i organiseringen av legetjenesten i sykehusene. Det er viktig å se nærmere på hva leger faktisk bruker arbeidstiden til og hva de bør bruke arbeidstiden til (17), fortrinnsvis med bruk av objektive, kvantitative metoder fremfor kvalitative.

LITTERATUR

1. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994-2014. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1355 - 9. [PubMed][CrossRef]
2. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. tabell 09544 mm. www.ssb.no (6.12.2017).
3. Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2014. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.
4. Røhme K, Kjekshus LE. Når tiden telles-sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1458 - 61. [PubMed]
5. Bratlid D. Pasientbehandling og legeressurser i en sykehusavdeling. HERO skriftserie 2013 <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-6.pdf> (6.12.2017).
6. Foss H, Skaar V, Fosshaug B et al. Hvor mye tid får pasientene? Sykepleien 2006; 94: 94 - 6.
7. Mache S, Vitzthum K, Kusma B et al. Pediatricians' working conditions in German hospitals: a real-time task analysis. Eur J Pediatr 2010; 169: 551 - 5. [PubMed][CrossRef]
8. Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
9. Den norske legeforening. Undersøkelse om elektronisk pasientjournal i sykehus. Oslo: Den norske legeforening, 2014.
10. Lium JT, Faxvaag A. Removal of paper-based health records from Norwegian hospitals: effects on clinical workflow. Stud Health Technol Inform 2006; 124: 1031 - 6. [PubMed]
11. Øvretveit J, Scott T, Rundall TG et al. Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare. Int J Qual Health Care 2007; 19: 259 - 66. [PubMed][CrossRef]
12. Johannessen KA, Kittelsen SA, Hagen TP. Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis. Soc Sci Med 2017; 175: 117 - 26. [PubMed][CrossRef]
13. Samdata. Spesialisthelsetjenesten 2013. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
14. Bratlid D. Har legene en hensiktsmessig fordeling av arbeidstiden? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1590 - 1. [PubMed][CrossRef]
15. Magnussen J. Utviklingen i effektivitet. I: Hansen FH, red. Sykehussektoren på 1990-tallet. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA, 2000: 113-21.
16. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Sykehus.aspx> (6.12.2017).
17. Frich JC. God bruk av legers arbeidstid? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1321. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0162

Mottatt 15.2.2017, første revisjon innsendt 12.7.2017, godkjent 6.12.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mai 2023.