
Flere leger på vakt gir ikke bedre leger – eller sykehus

INVITERT KOMMENTAR

ANDREAS AASS-ENGSTRØM

andreas.aass.engstrom@gmail.com

Andreas Aass-Engstrøm er lege i spesialisering i fordøyelsessykdommer og konstituert overlege ved Sykehuset i Vestfold. Han er tillitsvalgt og styremedlem i Yngre legers forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Økt arbeidsmengde og flere samtidighetskonflikter på kvelds- og nattestid i sykehusene håndteres mange steder ved å øke antallet leger i tilstedevakt. Dette tar imidlertid ikke tak i årsakene, og gir heller økt arbeidsbelastning, dårligere spesialistutdanning og reduserer effektiviteten i sykehusene.

Ved «mitt» helseforetak, Sykehuset i Vestfold, som har et pasientgrunnlag på rundt 240 000, var det i 2006 én assistentlege til stede på vakt på medisinsk avdeling om kvelden og natten. I 2020 var antallet på nattestid tredoblet.

Antall legeårsverk i sykehusene har økt de siste årene og omfatter både spesialister og leger i spesialisering (LIS-leger) (1). Økningen i antall LIS-stillinger skyldes ikke nødvendigvis et økt behov for spesialister i årene som kommer, men heller en konsekvens av økt arbeidsmengde og samtidighetskonflikter i en spesialisthelsetjeneste som tilstreber «døgndrift»: Pasienter skrives ut og sendes hjem gjennom hele døgnet, hele uka. Økt press på kort liggetid medfører forventninger, som at vaktlegen ikke bare starter blodfortynnende medisin ved lungeemboli, men også leter etter bakenforliggende årsaker – på natta. Videre blir visitt på dagtid ofte ikke tilstrekkelig og må gjøres også på kveldstid. Det er store dokumentasjonskrav, men IT-systemene oppleves mer som tidstyver enn støtte (2). Øvrige yrkesgrupper, som merkantilt personell og helsesekretærer, er derimot i liten grad til stede utover vanlig arbeidstid.

«Det er mye å hente på å vurdere hva som bør gjøres av spesialister, og hva som kan være naturlige oppgaver for LIS-leger»

«Kompetanse i front» ved akutte innleggelser har vært en ønsket utvikling i sykehusene, og det er mye å hente på å vurdere hva som bør gjøres av spesialister, og hva som kan være naturlige oppgaver for LIS-leger. Når spesialister og erfarne LIS-leger i større grad bemanner akuttmottak på vakttid, er konsekvensen færre leger på dagtid. Flere vaktsjikt og hyppigere vakter blir dermed en trussel mot LIS-utdanningen spesielt og kapasiteten generelt. Når antallet LIS-vaktlag også økes blant annet som en følge av redusert pleiekompetanse på sengeposten om natten, må dette tas tak i på direktørnivå. Det er de som sitter med ansvar på tvers av avdelinger og profesjoner.

Utdanning er en av spesialisthelsetjenestens lovpålagte hovedoppgaver (3). Med spesialistforskriften fra 2019 ble det innført opptil flere hundre forskriftsfestede læringsmål som LIS-leger skal oppnå i de ulike spesialitetene. Et utdanningsløp blir aldri likt for alle, og også leger vil ha ulike læringskurver (3). Yngre legers forening sin medlemsundersøkelse om spesialistutdanningen fra 2023 kan tyde på at LIS-utdanningen ikke prioriteres. 54 % av LIS-leger som besvarte undersøkelsen, anga forsinkelse i spesialistutdanningen med en median på 12 måneder. Årsaker til dette var at LIS-leger ikke får utført påkrevde læringsaktiviteter og prosedyrer, samt at nødvendig rotasjon til andre avdelinger og sykehus utsettes og forsinkes. Et etterslep i utdanningen er særlig uheldig for spesialiteter med spesialistmangel.

Supervisjon av LIS-leger av en erfaren kollega i konkrete arbeidssituasjoner anses som en av de viktigste delene i kompetansebasert utdanning (4, 5). Det er også et sentralt krav i utdanningen (3). Undersøkelsen viste imidlertid at mindre enn 10 % av LIS-legene fikk daglig supervisjon, og en tredjedel fikk supervisjon kun i form av svar på konkrete spørsmål de stilte til mer erfarne kolleger.

«Sykehusene må planlegge for mer lege-til-lege-tid for å sikre tilstrekkelig supervisjon og nødvendig veiledning i spesialistutdanningen»

Når sykehusene både har et arbeidsgiveransvar og et utdanningsansvar, risikerer vi at interessemotsetninger gjør spesialiseringen både tregere og dyrere enn nødvendig (6). Høy arbeidsbelastning, som økt vaktarbeid, vil kunne forsinke progresjonen ytterligere, da tilrettelegging for læring best ivaretas nettopp på dagtid. Sykehusene må derfor planlegge for mer lege-til-lege-tid for å sikre tilstrekkelig supervisjon og nødvendig veiledning i spesialistutdanningen. Når vaktbehovet og bemanningsutfordringer gjør at vaktlagene blir flere og mindre, kan vi gå glipp av forbedringene som den nye forskriften var ment å gi.

«At ressursene brukes hensiktsmessig i hele sykehusdøgnet, er både pasientene og helsetjenesten best tjent med»

Det er i alles interesse å vurdere hvem som gjør hva på vakt. Løsningene vil trolig variere fra seksjon til seksjon. Hva må gjøres på vakt, av hvem, og hva kan vente? Må pasienter med en ikke-alvorlig tilstand tas imot av vaktgående lege om natten, eller kan pasienten vente til dagen etter når bemanningen er bedre (og legene uthvilte)? Når sykepleiere på nattestid erstattes av helsefagarbeidere, skal vaktgående lege da løse oppgaver som ellers håndteres av sykepleierne? En helsesekretær er mer effektiv enn en lege, også om natten, når det gjelder pasientlogistikk og innhenting av nødvendig dokumentasjon. Skal vakthavende lege også gjøre disse oppgavene?

At ressursene brukes hensiktsmessig i hele sykehusdøgnet, er både pasientene og helsetjenesten best tjent med. Først når alle oppgavene som ikke krever legekompetanse blir håndtert av andre yrkesgrupper, kan legenes arbeidsbelastning på vakt reduseres og reflektere de reelle behovene.

Gjennomtenkte og gjennomførbare opplæringsplaner, et konstruktivt læringsmiljø der det er et trygt å feile, og en arbeidsbelastning som gjør at LIS-leger ønsker å stå i jobben framover, krever tilstrekkelig legebemanning på dagtid. For å oppnå dette må antall oppgaver som forventes løst på vakttid, tas ned. At leger er dagarbeidere med vakttjeneste, er ikke bare en rettighet i tariffavtalen. Det er trolig også det beste for å sikre helsetjenester av høy kvalitet, også i framtiden.

REFERENCES

1. Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten.13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, tjenesteområde og helseforetak 2015 - 2023. <https://www.ssb.no/statbank/table/13953> Lest 1.9.2024.
2. Engstrøm M. Helseplattformen – en IT-skandale i Midt-Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0016. [PubMed][CrossRef]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482> Lest 2.9.2024.
4. Helsedirektoratet. Kompetansevurdering av leger i spesialisering, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kompetansevurdering-av-leger-i-spesialisering> Lest 1.9.2024.
5. Sargeant J, Mann K, Manos S et al. R2C2 in Action: Testing an Evidence-Based Model to Facilitate Feedback and Coaching in Residency. J Grad Med Educ 2017; 9: 165–70. [PubMed][CrossRef]
6. Enden T. Under utdanning eller på jobb? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0031. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 7. november 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0477
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. juni 2026.