

Utbrenthet blant leger

Michael 2026; 23: 292–299

doi: 10.5617/michael.13593

Forekomsten av utbrenthet blant leger er høy, men fenomenet er fortsatt uklart og mangler en entydig definisjon. Hva skiller depresjon fra utbrenthet, og hvilke risikofaktorer bidrar til utvikling av tilstanden?

Utbrenthet blant leger er blitt et sentralt tema i medisinen de siste årene. I 2015 fastslo Verdens legeforening at leger har rett til arbeidsforhold som bidrar til å redusere risikoen for utbrenthet (1).

En rekke studier har vist høy forekomst blant leger (2). Vi har nylig dokumentert en økning blant fastleger fra 6 % til 22 % i årene 2012–2024 (3). Tilstanden er trolig et betydelig problem også i andre legegrupper. Samtidig viser studier at jobbtilfredsheten blant leger er synkende, mens opplevd stress øker (4, 5).

Utbrenthet er nært knyttet til arbeidsplassen, men er vanskelig å avgrense og definere presist, og er fortsatt ikke etablert som en egen diagnose (6). En mye brukt definisjon beskriver utbrenthet som «et syndrom med emosjonell utmattelse og kynisme som ofte forekommer blant individer som arbeider med mennesker» (7). I tråd med dette forstås utbrenthet langs tre dimensjoner: emosjonell utmattelse, kynisme (også kalt depersonalisering) og redusert personlig prestasjon, slik det måles i den mest brukte skalaen, Maslach Burnout Inventory (MBI).

Utbrent eller deprimer?

Utbrenthet og depresjon deler flere symptomer, blant annet trøtthet, utmattelse, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og kognitive forstyrrelser (8). Samtidig er utbrenthet per definisjon knyttet til arbeidssituasjonen (9). Depresjon forstås innen en omfattende, multifaktoriell modell som omfat-

ter både nevrobiologiske og psykososiale mekanismer, mens en tilsvarende helhetlig modell for utbrenthet fortsatt ikke er etablert.

Utmattelse alene er ikke tilstrekkelig for å diagnostisere utbrenthet, siden dette symptomet også er sentralt ved depresjon. Kynisme og redusert personlig prestasjon anses derimot som mer spesifikke for utbrenthet og utgjør sentrale kjennetegn ved syndromet (7).

I studier av leger i spesialisering og andre underordnede stillinger er det vist at også risikofaktorer for utbrenthet og depresjon i stor grad overlapper (10). Emosjonell utmattelse synes i større grad å være knyttet til individuelle forhold, mens kynisme og redusert personlig prestasjon i sterkere grad er assosiert med arbeidsforhold (11). Dette understreker viktigheten av å inkludere alle tre dimensjoner i vurdering av utbrenthet. Det har også betydning for valg av behandlingsstrategi, som ved utbrenthet også må rette seg mot arbeidsrelaterte forhold.

En kvalitativ studie har vist at personer med erfaring fra både utbrenthet og depresjon (med selvmordstanker) opplever disse som separate tilstander (9). Samtidig viser kvantitative data et betydelig overlapp, der om lag 26 % av variansen i utmattelsesdimensjonen kan forklares av depresjon (12). Noen har derfor argumentert for at den depressive komponenten ved utbrenthet kan reflektere underliggende depresjon (13). Dette er klinisk relevant, ettersom utbrenthet er assosiert med økt risiko for senere depresjon (14, s. 239–253), samtidig som depressive symptomer kan bidra til redusert arbeidsevne og økt risiko for utbrenthet (15).

Depresjon behandles ofte med en kombinasjon av legemidler og samtaleterapi, mens utbrenthet i større grad krever både individuelle og organisatoriske tiltak (16). Individuelle intervensjoner omfatter blant annet fysisk aktivitet, oppmerksomt nærvær (mindfulness), stressmestring og sosial støtte (17). Organisatoriske tiltak inkluderer økt autonomi, sosial støtte, bedre samsvar mellom krav og ressurser og balanse mellom innsats og belønning. Disse faktorene inngår i en Cochrane-protokoll om organisatoriske intervensjoner for å redusere yrkesrelatert stress blant helsepersonell (18). Protokollen ble publisert i 2018, men den systematiske oversikten er ennå ikke publisert.

Individuelle faktorer assosiert med utbrenthet

Selv om utbrenthet per definisjon er relatert til arbeidsplassen, spiller også individuelle risikofaktorer en viktig rolle. Maslach Burnout Inventory (MBI), som regnes som gullstandard for måling av utbrenthet, legger mest vekt på arbeidsrelaterte faktorer, og gir dermed begrenset informasjon om andre typer risikofaktorer.

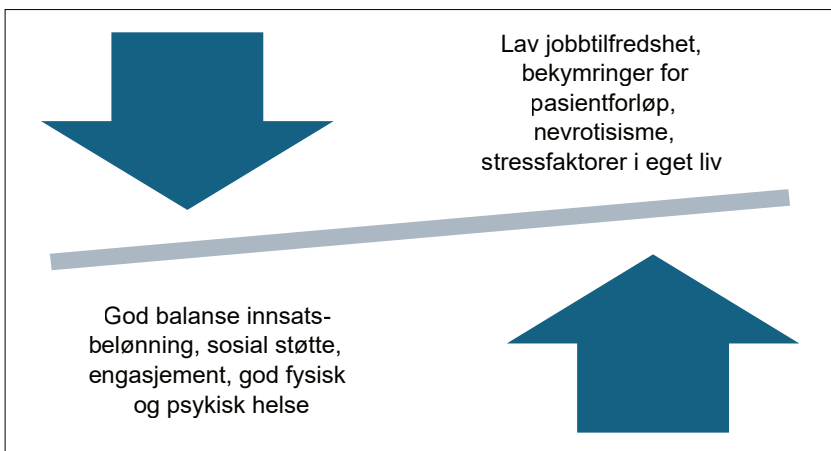
Blant forhold som ikke fanges opp av MBI-skalaen, er psykisk og somatisk sykdom. Psykiske helseproblemer er sannsynligvis knyttet til depresjon eller andre affektive lidelser, gitt det dokumenterte overlappet mellom utbrenthet og depresjon. Fysisk sykdom vil være krevende for alle, men kan ha særlig betydning for leger, som ofte har høye krav til funksjonsevne og forventes å yte på et stabilt høyt nivå i klinisk arbeid. God fysisk og psykisk helse framstår derfor som viktige beskyttelsesfaktorer mot utvikling av utbrenthet.

Noen studier har vist økt risiko for utbrenthet blant kvinner (14, s. 254–270). Det er imidlertid vanskelig å finne en genetisk eller biologisk forklaring. En mulig årsak kan være at kvinnelige leger i enkelte fagmiljøer og subkulturer opplever et sterkere press for å prestere og utmerke seg faglig for å oppnå anerkjennelse fra kolleger. I tillegg kan ulike kjønnsroller i samfunnet, med ulike forventninger til kvinner og menn utenfor arbeidssituasjonen, bidra til forskjellene.

En annen individuell risikofaktor er personlighet, altså hvordan man forholder seg til og tolker omgivelsene. Enkelte personlighetstrekk, særlig nevrotisisme, er sterkt assosiert med utbrenthet (19). Nevrotisisme kjennetegnes av en tendens til å føle misnøye med seg selv og sin situasjon, og dermed tolke hendelser negativt (20). Slike trekk kan øke sårbarheten for arbeidsrelatert stress og andre livsbelastninger, og dermed også risikoen for utbrenthet. Samtidig kan egenskaper som grundighet og behov for kontroll være funksjonelle i legeyrket og bidra til høy faglig kvalitet, noe som også kan forklare en høyere forekomst av slike trekk i denne gruppen. Andre personlighetstrekk kan ha en beskyttende effekt ved å påvirke hvordan stressorer tolkes og håndteres, og dermed redusere risikoen for utbrenthet.

Når man vurderer modifiserbare risikofaktorer for utbrenthet, er arbeidsrelaterte faktorer særlig viktige (20–22). Både lav jobbtilfredshet og lange arbeidsuker er vist å være assosiert med utbrenthet (23). I en metaanalyse fra 2020 var høye arbeidskrav, bekymring for pasientforløp, dårlig arbeidsmiljø og ubalanse mellom arbeid og fritid signifikante arbeidsrelaterte risikofaktorer for utbrenthet blant leger i spesialisering (24). Den sterke sammenhengen mellom utbrenthet og lav jobbtilfredshet er viktig å være oppmerksom på, ikke minst for helseledere (20, 21).

Ulike studier benytter forskjellige betegnelser og spørreskjemaer for å måle faktorer, som balanse mellom arbeid og privatliv. I tillegg anvendes ulike modeller for å beskrive sammenhengen mellom utbrenthet og risikofaktorer (14, s. 254–270). Et gjennomgående trekk ved disse modellene er forståelsen av utbrenthet som et resultat av ubalanse, der stressfaktorer og sårbarhet på den ene siden står i motsetning til belønning og motstands-



Figur 1. En modell for utbrenthet som ubalanse mellom beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer

dyktighet på den andre. Dersom denne ubalansen vedvarer over tid, kan kronisk stress utvikle seg til utbrenthet (figur 1).

Balanse mellom arbeid og fritid er en sentral faktor i forståelsen av utbrenthet, men er vanskelig å måle. Indirekte mål, som jobbtilfredshet og ubalanse mellom innsats og belønning (effort–reward imbalance), er nært knyttet til arbeid–fritidsbalanse (work–life balance) og kan brukes som indikatorer (8, 25). Hvilke individuelle og yrkesmessige risikofaktorer som er viktigst for utviklingen av utbrenthet, er imidlertid ikke endelig avklart.

En viktig klinisk implikasjon er at yrkesrelaterte risikofaktorer i stor grad er modifiserbare, mens individuelle risikofaktorer som kjønn og personlighet ikke er det. Helseledere bør derfor ta begge typer risikofaktorer i betraktning når tiltak for å redusere utbrenthet blant ansatte planlegges.

Høy motivasjon som risikofaktor for utbrenthet

Det er et paradoks at leger som er sterkt dedikert til arbeidet sitt, kan være mer utsatt for utbrenthet enn mindre engasjerte kolleger (14, s. 239–253). Motivasjon og arbeidsengasjement framheves i organisasjonsteori som positive og ønskede faktorer, ettersom de er avgjørende både for å beholde verdifulle ansatte og for å oppnå organisasjonens mål. Samtidig kan høyt arbeidsengasjement bli en risikofaktor dersom de mest dedikerte legene over tid utsettes for vedvarende overbelastning.

Siden 1990-årene har ressursbevaringsteori (Conservation of Resources, COR) vært en sentral modell for å forstå utbrenthet (26). Ifølge denne

teorien oppstår stress når sentrale eller verdifulle ressurser trues eller går tapt, eller når betydelig innsats ikke fører til forventet ressursgevinst. I sin kjerne er COR-teorien en motivasjonsteori som forklarer menneskelig atferd ut fra et grunnleggende behov for å tilegne seg og bevare ressurser som er nødvendig for overlevelse.

Anvendt på utbrenthet innebærer dette at ved vedvarende belastning og gradvis uttømming av ressurser, vil individet forsøke å redusere ytterligere ressursbruk ved å trekke seg tilbake fra belastende oppgaver og begrense innsats for å bevare gjenværende energi og kapasitet. Balanse er et kjernebegrep i denne teorien, med vekt på individets samlede ressursregnskap. Samtidig kan det i noen tilfeller oppstå en motsatt respons, der høyt engasjerte arbeidstakere forsøker å kompensere for opplevd ressursmangel ved å investere enda mer innsats for å opprettholde mestring og kontroll (22). De kan dermed ende opp med større arbeidsbelastning enn mindre engasjerte kolleger, og kan føre til at leger jobber lengre dager, utenom ordinær arbeidstid og på fridager, påtar seg ekstra konsultasjoner eller pasienter, og til slutt overskrider egne grenser.

I motsetning til dette bygger en annen tilnærming på antakelsen om at økt engasjement og motivasjon i seg selv kan bidra til å *redusere* risikoen for utbrenthet. Dette er et sentralt element i en modell utviklet ved Mayo Clinic (27). Det avgjørende element i denne modellen er betydningen av at leger opplever arbeidet som meningsfylt og har tilstrekkelig autonomi i arbeidsdagen. De sju arbeidsfaktorene i denne modellen kan fungere både som kilder til motivasjon og som risikofaktorer for utbrenthet, avhengig av balansen mellom dem. Balanse og ubalanse er dermed også her et sentralt tema, men med hovedvekt på organisatoriske forhold.

Det er viktig å erkjenne at organisasjoners behov for høyt motiverte og engasjerte leger i seg selv kan representere en risikofaktor for utbrenthet. Tilsvarende funn er gjort i andre yrkesgrupper, der et prestasjonsklima økte risikoen for utbrenthet, mens et mestringsklima preget av vekst, samarbeid og innsats virket beskyttende (28). Helseledere kan med fordel fremme engasjement blant ansatte, men dette må balanseres med bevisst vektlegging av arbeidsmiljø, rammebetingelser og organisatorisk støtte for å forebygge utbrenthet.

Konklusjon

Utbrenthet er en tilstand som omfatter emosjonell utmattelse, kynisme og redusert opplevelse av personlig prestasjon, og er per definisjon knyttet til arbeidssituasjonen. Selv om det er et visst overlapp med depresjon, særlig når det gjelder emosjonell utmattelse, er dette to distinkte tilstander.

Ubalanse mellom beskyttende faktorer og sårbarheter, både på individnivå og i organisasjonene legene arbeider i, utgjør en sentral forklaringsmodell for utbrenthet blant leger. For helseledere er det avgjørende å være bevisst at det først og fremst er arbeidsrelaterte faktorer som er modifiserbare, og som derfor bør være viktigst i forebyggende og behandlende tiltak. Dette er særlig viktig for å sikre rekruttering og kontinuitet, samt å ivareta den enkelte lege, slik at legeyrket ikke i seg selv bidrar til sykdom.

Artikkelen er basert på førsteforfatters masteroppgave i helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2024: Prevalence of burnout among Norwegian physicians 2012–2024.

Litteratur

1. WMA Statement on Physicians Well-Being Adopted by the 66th WMA General Assembly, Moscow, Russia, October 2015 revised by the 76th WMA General Assembly, Porto, Portugal, October 2025. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physicians-well-being> (23.4.2026)
2. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clinic Proceedings* 2022; 97: 491–506. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.11.021>
3. Isaksson Rø K, Hyldig CL, Gjerde PB. Burnout prevalence in 2012, 2018 and 2024 among general practitioners in Norway and factors associated with burnout. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2026; 44: 2617516. <https://doi.org/10.1080/02813432.2026.2617516>
4. Rosta J, Aasland OG, Nylenna M. Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2019; 9: e027891. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027891>
5. Rosta J, Båathe F, Aasland OG et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. *BMJ Open* 2020; 10: e037474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037474>
6. Bjørnaas MA, Hem E, Rø KI. Hva er utbrenthet? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0299>
7. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior* 1981; 2: 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
8. Patel RS, Bachu R, Adikey A et al. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral Sciences* 2018; 8: 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
9. Tavella G, Hadzi-Pavlovic D, Bayes A et al. Burnout and depression: points of convergence and divergence. *Journal of Affective Disorders* 2023; 339: 561–570. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.095>
10. Rotenstein LS, Zhao Z, Mata DA et al. Substantial overlap between factors predicting symptoms of depression and burnout among medical interns. *Journal of General Internal Medicine* 2021; 36: 240–242. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05664-x>

11. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M et al. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2019; 32: 229–244. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01323>
12. Schaufeli WB, Buunk BP. *Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing*. I: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, red. The handbook of work and health psychology. 2. utgave. Chichester: Wiley, 2003: 383–425. <https://doi.org/10.1002/0470013400>
13. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the «burnout syndrome» a distinct illness? *Frontiers in Public Health* 2015; 3: 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>
14. Dahl AA. *Utmattelse og utbrenthet: klinikk, teori og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget, 2023.
15. West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296: 1071–1078. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
16. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
17. Tamminga SJ, Emal LM, Boschman JS et al. Individual-level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023; 5: CD002892. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub6>
18. Giga SI, Fletcher IJ, Sgourakis G et al. Organisational level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 2018: CD013014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013014>
19. Bianchi R. Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. *Psychiatry Research* 2018; 270: 901–905. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.015>
20. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022; 378: e070442. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442>
21. Swensen SJ, Shanafelt TD. *Mayo clinic strategies to reduce burnout: 12 actions to create the ideal workplace*. Oxford: Oxford University Press, 2019. <https://doi.org/10.1093/med/9780190848965.001.0001>
22. Baathe F, Rosta J, Bringedal B et al. How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. *BMJ Open* 2019; 9: e026971. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026971>
23. Galmiche S, Rahbe E, Fontanet A et al. Implementation of a self-triage web application for suspected COVID-19 and its impact on emergency call centers: observational study. *Journal of Medical Internet Research* 2020; 22: e22924. <https://doi.org/10.2196/22924>
24. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A et al. Factors associated with burnout and stress in trainee physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 2020; 3: e2013761. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13761>

25. Bell AS, Rajendran D, Theiler S. Job stress, wellbeing, work-life balance and work-life conflict among Australian academics. *E-Journal of Applied Psychology* 2012; 8: 25–37. <https://doi.org/10.7790/ejap.v8i1.320>
26. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu J-P et al. Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2018; 5: 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
27. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings* 2017; 92: 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
28. Nerstad CGL, Wong SI, Richardsen AM. Can engagement go awry and lead to burnout? The moderating role of the perceived motivational climate. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 1979. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111979>

Mari Asphjell Bjørnaas
mabjornaas@gmail.com
Nasjonalt behandlingstjeneste for CBRNE-medisin
Akuttmedisinsk avdeling
Medisinsk klinikk
Oslo universitetssykehus

Mari Asphjell Bjørnaas er spesialist i indremedisin, ph.d. og overlege ved
Nasjonalt behandlingstjeneste for CBRNE-medisin, Akuttmedisinsk avdeling,
Oslo universitetssykehus og ved Giftinformasjonen, Folkehelseinstituttet.

Erlend Hem
erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er lege, instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved
Universitetet i Oslo.

Karin Isaksson Rø
karin.ro@lefo.no

Karin Isaksson Rø er spesialist i arbeidsmedisin, ph.d., seniorforsker ved
Legeforskningsinstituttet og overlege ved Villa Sana Arbeidshelse.