

## Tretti års legeforskning

*Michael 2022; 19: 264–89.*

*Legeforskningsinstituttet fyller 30 år i 2022, og jeg gir i denne artikkelen en oversikt over instituttets viktigste forsknings- og formidlingsvirksomhet i denne perioden. Særlig fremheves ny kunnskap om legerollen og legenes livssituasjon. I kontrast til en økende og dårlig dokumentert internasjonal tendens til å fremstille legene som en misfornøyd og utbrent profesjon, viser vår forskning, gjennom gjentatte, solide målinger basert på gode data fra representative utvalg, at de fleste legene i Norge er sunne, friske og fornøyde, med initiativ og mulighet til å si fra når noe ikke er som det skal. De lever lenge og er aktive også utenfor faget. For dem som «møter veggen» finnes det i Norge gode hjelpetilbud innen legenes egen organisasjon. Men det er noen skyer i horisonten: Den jevne økningen i tilfredshet gjennom de første tjue årene av trettiårsperioden har etter hvert flatet ut, og er kanskje på vei nedover.*

Fram til ca. 1970 var legenes sosiale status høy, og de ble sjelden kritisert. Folk tok det for gitt at «legen gjorde så godt han kunne». Men på denne tiden hadde vi, ifølge enkelte amerikanske sosiologer, nådd «the end of the golden age of doctoring» (1). Det kom en stadig økende kritikk av legene og deres profesjonelle virksomhet, først på systemnivå fordi de var egenrådige og sprengete budsjetttrammene, etter hvert også på individnivå fordi de gjorde feil som de ikke ville innrømme, og ofte var arrogante og lite empatiske.

Etter hvert var det også noen som begynte å se nærmere på hvordan legene hadde det, helsemessig og sosialt. Det ble dokumentert at leger hadde høye selvmordsrater, og at de ofte ble utbrent. Legeforeningen nedsatte derfor i 1990 et utvalg for å se på hva som kunne gjøres for å kartlegge og eventuelt hjelpe norske leger (2). Det ble bestemt å satse betydelig på forskning, men i stedet for å benytte eksterne forskningsmiljøer heller starte et

eget forskningsprogram med hovedvekt på legenes helse og arbeidsforhold. Virksomheten skulle formelt forankres i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), der det i formålsparagrafen står at fondets midler kan brukes til «kollektive sykdomsforebyggende tiltak». I praksis ble basisfinansieringen etter hvert et spleiselag mellom SOP og Legeforeningen.

## Metode

Dette er en narrativ oversiktsartikkel som skrives på bakgrunn av mine erfaringer som leder av Legeforskningsinstituttet (LEFO) fra 1992 til 2014, og som seniorforsker etter det.

Det er ikke intensjonen å gi en fullstendig oversikt over den vitenskapelige produksjonen gjennom 30 år, det finnes allerede på LEFOs hjemmeside (<https://www.legeforeningen.no/lefo/alle-publikasjoner>). I stedet vil jeg konsentrere meg om noen områder der jeg mener våre funn og vår forskningsvirksomhet har hatt spesielt stor betydning, nasjonalt eller internasjonalt.

## Legekårsundersøkelsen

Det ble valgt en styringsgruppe med blant andre to tidligere legeforeningspresidenter, og en referansegruppe med representanter fra alle underavdelingene<sup>1</sup>. Tre personer ble i første omgang ansatt, seniorforsker Erik Falkum (f. 1950), forskningssekretær Wenche Hvitmyhr (f. 1957) og prosjektleder Olaf G. Aasland (f. 1944) (tabell 1). 1. april 1992 startet det tre-årige forsk-

Olaf G. Aasland (f. 1944): 1992–2014	Cecilie Normann Birkeli (f. 1976): 2002–
Erik Falkum (f. 1950): 1992–2002	Tatjana Fedorova (f. 1965): 2003–2005
Wenche S. Hvitmyhr (f. 1957): 1992–2022	Berit Bringedal (f. 1956): 2005–
Victoria Akre (f. 1958): 1993–2003	Kari Ronge (f. 1958): 2006–2020
Anne-Kathrine Nore (f. 1949): 1993	Ole Tunold (f. 1958): 2006–2008
Reidun Førde (f. 1950): 1995–2007	Judith Rosta (f. 1968): 2008–
Elisabeth Gjerberg (f. 1947): 1997–2003	Karin Isaksson Rø (f. 1962): 2010–
Per Haave (f. 1958): 2000–2004	Fredrik Bååthe (f. 1968): 2016–
Pål Gulbrandsen (f. 1955): 2002	Erlend Hem (f. 1970): 2020–

Tabell 1. Oversikt over medarbeidere med kontorplass i Legeforskningsinstituttet 1992–2022

1 Eldre legers forening, Overlegeforeningen, Yngre legers forening, Praktiserende spesialisters landsforening, Offentlige legers landsforening, Alment praktiserende lægers forening, Norsk bedriftslegeforening og Norsk medisinstudentforening.



Figur 1. Som logo for Legekårsundersøkelsen valgte vi fire hender som tok pulsen på hverandre. Det illustrerte at legene selv tok ansvaret for gjennomføringen av prosjektet.

ningsprogrammet *Legekårsundersøkelsen* opp, med devisen *Kartlegging av norske legers helse, sykelighet, levekår og arbeidsforhold* (figur 1).

Vi gikk i gang med å planlegge en større spørreskjema-basert datainnsamling som skulle omfatte alle 11.266 yrkesaktive leger i Norge. I mars 1993 ble det sendt spørreskjemaer i posten til 9266 leger, fordelt slik at alle mottok ett hovedskjema pluss tre tilfeldige av 15 forskjellige mindre skjemaer. Et tilfeldig utvalg på ca. 2000 leger ble skilt ut til andre formål.

### Fra forskningsprogram til institutt

Allerede etter to år viste det seg at våre sponsorer, Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, syntes vår forskergruppe var så nyttig at det ble bestemt at virksomheten ved programslutt skulle fortsette på permanent basis, som *Legeforeningens forskningsinstitutt*, fra 2013 *Legeforskningsinstituttet* (LEFO). Navnebyttet skyldtes bl.a. at det er viktig å vise at instituttet ikke er et forsknings- og utredningsinstitutt for Legeforeningen<sup>2</sup>.

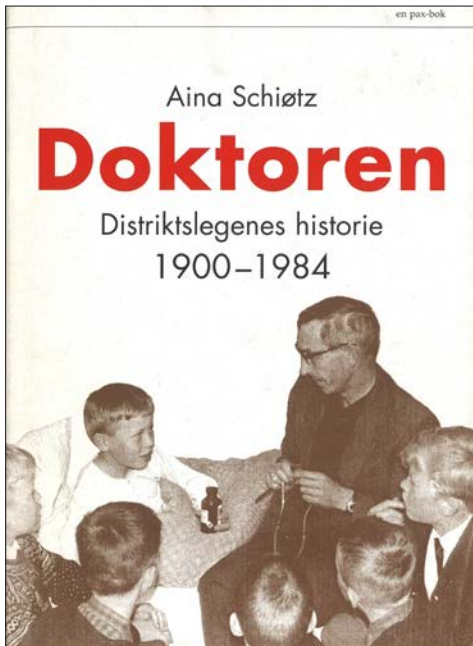
Dermed kunne vi også gå videre med utvalget på 2000 leger, som allerede var invitert til å være med i et panel som annet hvert år ville motta et nytt spørreskjema, dels med gjentatte og dels med nye spørsmål. Eldre leger som gikk av med pensjon, skulle etter hvert erstattes med unge leger i begynnelsen av sin karriere. Dette legepanelet har med gjentatte målinger og gode muligheter for prospektive, longitudinelle studier blitt LEFOs arvesølv. I 2021 ble den 15. datainnsamlingen gjennomført. Lav svarprosent er et økende problem i alle spørreskjemaundersøkelser, men i legepanelet er svarprosenten fremdeles gledelig høy, over 70 %, som gir oss data av høy kvalitet.

Gjennom årene har det vært mulig å finansiere ekstra forsker- og stipendiatstillinger, som blant annet har resultert i to viktige bøker skrevet av historikere. I 2003 kom boka om distriktslegenes historie av Aina Schiøtz (1947–2020) (3) og i 2011 boka om legespesialiseringens historie av Per Haave (f. 1958) (4) (figur 2).

### Internasjonalt samarbeid

Vi orienterte oss tidlig mot legeforskere både i Norden og internasjonalt. I en årrekke møttes en gruppe med utgangspunkt i de fire nordiske lege-

2 Ved oppstart ble det utarbeidet voldgiftsregler for eventuelle tvister som måtte oppstå dersom noen publikasjoner kom i konflikt med Legeforeningens syn, men disse er aldri tatt i bruk, til tross for at sikkert ikke alle publikasjoner var like velkomne.



Figur 2. To bøker, skrevet av historikere, utgitt av Legeforskningsinstituttet.

foreningene jevnlig. Siden 2013 har vi arrangert nordiske forskersamlinger under tittelen *Interactions between professions, organisation and quality of care* (IPOQ).

Dessuten dro vi på studiereiser og deltok i internasjonale konferanser om legehelse. De første årene fantes det bare én internasjonal konferanse. *International Conference on Physician Health* (ICPH) var etablert i 1991 og alternerte annet hvert år mellom legeforeningene i USA og Canada. Utgangspunktet var et fond for leger med funksjonsnedsettelse (*impaired physicians*), som var opprettet av den amerikanske legeforeningen, der en betingelse for økonomisk tilskudd var at det ble avholdt regelmessige internasjonale konferanser. Disse konferansene var de første årene dominert av kliniske problemstillinger, siden deltakerne stort sett var leger med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelser, og ikke minst tørrlagte alkoholikere. Sammen med våre nordiske kolleger sto vi aktivt på for å vri profilen mer mot forskning om forebygging og sosioøkonomiske forhold.

I 1997 arrangerte vi vår første internasjonale konferanse på Soria Moria i Oslo, med tittelen *The physician role in transition – is Hippocrates sick? Vi prøvde bevisst å få med samfunnsforskere og kjønnsforskere, og de viktigste*

bidragene ble publisert i et spesialnummer av tidsskriftet *Social Science and Medicine* i 2001.

Blant våre andre internasjonale arrangementer kan nevnes *Market, ethics and globalisation: Who decides in health care?* som ble arrangert på Soria Moria i 2001 (5) og *Quality, satisfaction and governance* som ble arrangert i Oslo i 2014, og ble grundig dokumentert i et spesialnummer av tidsskriftet *Professions and Professionalism* (6).

I 2009 spilte LEFO også en sentral rolle i opprettelsen av et europeisk nettverk for legeforskere, *European Association for Physician Health* (EAPH). I 2019 ble EAPH-konferansen arrangert i Oslo med 110 deltakere fra 20 land under overskriften *The doctor, the patient and the workplace*.

### **Samarbeidspartnere i Norge**

Ved oppstarten av Legekårsundersøkelsen i 1992 ble det, etter initiativ fra daværende leder ved Studenthelsetjenesten ved Universitetet i Oslo, Otto Steinfeldt-Foss (1931–2021), bestemt at forskningen også skulle omfatte medisinstudenter. Etter å ha fått konsesjon fra Datatilsynet ble en studentundersøkelse forankret i daværende Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo, som i 1993 delte ut spørreskjema til alle medisinstudentene som begynte på eller avsluttet studiet det året ved de fire norske fakultetene. Disse to studentkohortene har senere blitt fulgt opp seks ganger (1996, 1999, 2003, 2008, 2014, 2019) med nye spørreskjema under betegnelsen NORDOC (The Longitudinal Study of Norwegian Medical Students and Doctors), delvis finansiert med midler fra LEFO.

En annen viktig samarbeidskanal med Universitetet i Oslo ble åpnet da jeg i 1996 fikk bistilling som professor ved Institutt (senere avdeling) for helseledelse og helseøkonomi. Det meste av min undervisning og veiledning der tok utgangspunkt i data og erfaringer fra LEFO.

En ofte brukt samarbeidsmodell har vært at eksterne forskere deltar med egne spørsmål i Legepanelet, og at LEFO i varierende grad bistår i analysering og skrivning. Vi har dessuten hatt med spørsmål i *Ungdata*, kjøpt registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) samt gjort studier basert på Legeforeningens medlemsregister og anonymiserte data fra SOP.

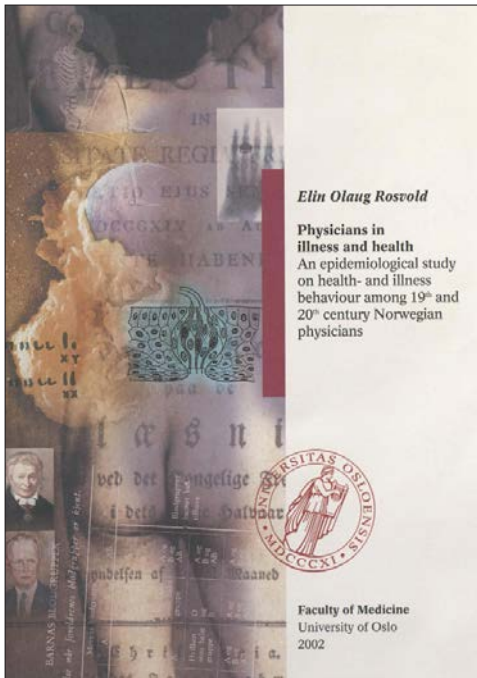
LEFO har bidratt til 20 doktoravhandlinger i perioden 2000–2020 (tabell 2), og flere er underveis. På denne måten samarbeider vi med universitetene, bidrar til forskerutdanning og får fram nye, lovende forskere i tillegg til at også vår egen forskning blir grundigere kvalitetsvurdert (figur 3).

1. Aina Schiøtz: [Distriktslegen – institusjonen som forsvant: Det offentlige legevesen 1900–1984](#). Universitetet i Oslo, 2000.
2. Reidar Tyssen: [Mental health problems among medical students and young physicians](#). Universitetet i Oslo, 2001.
3. Elisabeth Gjerberg: [Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitetsvalg](#). Universitetet i Oslo, 2002.
4. Elin Olaug Rosvold: [Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians](#). Universitetet i Oslo, 2002.
5. Victoria Akre: [Learning medical practice](#). Universitetet i Oslo, 2003.
6. Erlend Hem: [Suicidal behaviour in some human occupations with special emphasis on physicians and police: a nationwide study](#). Universitetet i Oslo, 2004.
7. Jannecke Wiers-Jensen: [Student mobility and the professional value of higher education from abroad](#). Universitetet i Oslo, 2008.
8. Peder Andreas Halvorsen: [Explaining risk reductions in medical practice: prevention or postponement?](#) Syddansk universitet, 2008.
9. Ellen Melbye Langballe: [Burnout in modern work life: concept and consequences. Examined in different occupational groups in Norway](#). Universitetet i Oslo, 2008.
10. Siw Tone Innstrand: [Work/home conflict and facilitation: COR \(e\) relations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway](#). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2009.
11. Jan Ole Røvik: [The role of personality in stress, burnout and help-seeking. A ten-year longitudinal study among Norwegian medical students and early career physicians](#). Universitetet i Oslo, 2009.
12. Lotte Victoria Rogg: [Communicating medical prognosis. Concepts, attitudes and practice](#). Universitetet i Oslo, 2010.
13. Karin Isaksson Rø: [Emotional exhaustion and distress after a counselling intervention for physicians. A three-year prospective longitudinal cohort study](#). Universitetet i Oslo, 2010.
14. Kjersti Støen Grotmol: [Drinking and depression in Norwegian doctors: a 15-year longitudinal study](#). Universitetet i Oslo, 2012.
15. Ingunn Bjarnadóttir Solberg: [Doctors' job satisfaction during early career and economic recession. Prospective and cross-national studies in Norway and Iceland](#). Universitetet i Oslo, 2017.
16. Tuva Kolstad Hertzberg: [En jobb å leve med? En kvalitativ og kvantitativ studie blant norske leger om hvordan ønsket om å være en god lege utfordrer balansen mellom jobb og hjem](#). Universitetet i Oslo, 2018.
17. Erik Børve Rasmussen: [Knowledge and ambiguity. How GPs manage tensions between systemic biomedical ideals and medically unexplained symptoms](#). Oslomet – storbyuniversitetet, 2019.
18. Javed Iqbal Mahmood: [Hazardous drinking and life satisfaction in Norwegian medical doctors: individual and work-related predictors](#). Universitetet i Oslo, 2019.
19. Peter Forde Hougaard: [Tid, rom og kirurgers autonomi: en etnografisk studie av sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksis og profesjonelle autonomi](#). Oslomet – storbyuniversitetet, 2020.
20. Anna Belfrage: [Physicians' perceived mastery of work: predictors and clinical consequences: a 20-year longitudinal study of a nationwide cohort](#). Universitetet i Oslo, 2020.

Tabell 2. Doktorgrader utgått fra Legeforskningsinstituttet<sup>3</sup>

3 Doktoravhandlinger med veiledning, finansiering og/eller data fra Legeforskningsinstituttet.





Figur 3. Et knippe av doktorgradene som LEFO har bidratt til.

## Støttekollegaordningen og Ressurssenteret Villa Sana

Omtrent samtidig med at Legekårsundersøkelsen kom i gang, ble også to andre SOP-finansierte initiativ startet opp: Støttekollegaordningen og Ressurssenteret Villa Sana.

Støttekollegaordningen består av et uformelt nettverk med spesielt dedikerte og spesialtrente leger forankret i Legeforeningens fylkesavdelinger, som stiller opp hvis en kollega trenger hjelp. Støttekollegene er i denne sammenhengen ikke terapeuter, men erfarne kolleger som eventuelt videreformidler til annen hjelp. En annen ordning som har vært praktisert noen steder, særlig i større byer, er å ha dedikerte fastleger med flere kolleger på listene sine. LEFO har bidratt vesentlig i kursing av støttekolleger.

Ressurssenteret Villa Sana er et hus på området til Modum Bad i Vikersund der leger, med eller uten partner, kan få hjelp, enten gjennom en hel dags samtaler eller på et kurs sammen med kolleger i samme situasjon fra mandag til fredag. LEFO har gjennom alle år hatt regelmessig samarbeid med sine to «slektninger» under SOP-paraplyen, og doktoravhandlingen til Karin Isaksson Rø (f. 1962) i 2010 tok utgangspunkt i data fra legene ved Ressurssenteret Villa Sana (7). LEFO har etter oppdrag fra SOP også gjennomført evalueringer av de to ordningene.

## Ny systembasert kunnskap

### *Karrierevalg*

Som nevnt var det Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo som fikk ansvaret for studentundersøkelsene. For å øke deltakelsen besøkte daværende studentstipendiat Nina Tangnæs Grønvold (f. 1969) og jeg alle fire norske studiesteder for å oppfordre studentene til å delta i undersøkelsen, og for å dele ut spørreskjemaer. Aktuelle deltakere var alle som begynte å studere i 1993 og alle som avsluttet studiet i 1993 og 1994. Deltakerprosenten ble høy, 91 % blant dem som begynte og 85 % blant dem som sluttet i 1993/94.

En av forskerne som var tilknyttet Institutt for medisinske atferdsfag på den tiden, var sosiolog Jannecke Wiers-Jenssen (f. 1966), som etter hvert ble ekspert på studentundersøkelser i inn- og utland. Hun skrev sin hovedoppgave i sosiologi basert på medisinstudentdataene (8), og i en av hennes første publikasjoner påviste hun at tre av fire norske medisinstudenter hadde måttet ta fag om igjen i videregående skole, de fleste ved privatskoler. Dette bidro til økte offentlige utgifter siden også de private videregående skolene mottar betydelig statlig støtte, og en forsterking av sosiale skjevheter i legerekutteringen, siden slike repetisjoner krevde en god personlig økonomi (9).



Begge studentkohortene ble fulgt opp med nye spørreskjema i 1996, 1999 og 2003. Hver gang ble studentene blant annet bedt om å angi hvilke medisinske spesialiteter de kunne tenke seg, eller hadde begynt å utdanne seg i. Det var også mulig å angi forskjellige motiver for preferanser eller valg. En så grundig og omfattende prospektiv undersøkelse av hele, nasjonale eksamenskull var ikke gjort før, hverken i Norge eller internasjonalt (10). De viktigste funnene var at spesialitetspreferansene i stor grad endret seg under og etter medisinstudiet, at flere valgte allmenntilleggsmedisin, psykiatri og laboratoriemedisin enn de som angav slike preferanser under studiet, mens de fleste kirurgiske fagene fikk færre spesialister. De som ble kirurger bestemte seg tidlig. Dette kan delvis forklares med de unge legenes økende familieforpliktelser som gjør at spesialiteter som krever mye nattarbeid og tilstedeværelse, velges bort.

### *Evaluering av Oslo96*

I 1996 la Universitetet i Oslo om studieplanen for medisinstudiet til et mindre skille mellom preklinisk og en klinisk del og mer satsing på såkalt problembasert læring, i tråd med internasjonale trender. Norsk institutt for forskning og utdanning (NIFU) ved Jannecke Wiers-Jenssen og LEFO ved meg fikk i oppdrag å evaluere reformen forskningsmessig. Dette var en stor og komplisert oppgave der vi primært valgte et design med spørreskjemadata

fra studenter før og etter reformen, samt sammenlikning med medisinstudenter i Bergen, der studieplanen var tradisjonell og uforandret i perioden. I tillegg ble det gjennomført en kvalitativ intervjustudie om klinisk kommunikasjon (11) (figur 4). Evalueringen viste nesten ingen målbar effekt, noe som sannsynligvis bidro til at det allerede i 2014 ble gjort en ny omlegging av studieplanen (12).



*Figur 4. LEFO bidro til evalueringen av studiereformen Oslo96 ved Det medisinske fakultet i Oslo (11).*

### *Utenlandsmedisinerne*

I hele etterkrigstiden har en forholdsvis stor andel av norske leger fått sin utdannelse i utlandet. Fram til 1980-årene kom de særlig fra universiteter i Tyskland, Sveits, Østerrike, Nederland, Irland og Storbritannia. Siden slutten av 2000-årene har universiteter i tidligere østblokkland, særlig Polen, tatt over. Blant de ca. 5600 ferskeste legene, med avsluttende eksamen etter 2015, hadde 54 % studert ved ett av de fire norske universitetene, 20 % i Polen, 8 % i Ungarn, 6 % i Slovakia og 5 % i Danmark (13). Siden Jannecke Wiers-Jenssens forskningsfelt etter hvert ble alle typer norske studenter i utlandet, var det også naturlig for oss å se nærmere på hvordan nordmennene som studerte medisin i utlandet hadde det. Det er gjennomført flere spørreskjemaundersøkelser. Kort oppsummert fant vi at de som studerte i østeuropeiske land og i Tyskland var mindre fornøyde med utdanningen enn de som studerte i nordiske land, og at forskjeller i selvrapporterte ferdigheter forsvant etter noen års legearbeid i Norge (14, 15).

### *Fastlegekrisen*

Etter at fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001 var fastlegene lenge en gruppe som var fornøyde med sine arbeidsbetingelser. Men etter hvert som de eldste fastlegene ble pensjonister viste det seg at nyrekrutteringen var dårlig, og at mange fastleger går over i andre spesialiteter med mindre krevende og mer ordnete arbeidsforhold, særlig til psykiatrien. I 2022 er fastlegeordningen i dyp krise. Her har LEFO bidratt med en ny undersøkelse med hovedvekt på hvorfor leger velger bort allmennmedisin, enten ved karrierestart eller midt i karrieren (16). Med data fra Legepanelet viste vi at ca. 40 % hadde vurdert å bli allmennlege, men valgt det bort, og 16 % hadde jobbet som fastlege/allmennlege, men sluttet. Hovedårsakene til bortvalg var administrativ byrde og lite faglig miljø.

### *Legerollen*

Forskjellige aspekter ved legerollen har i alle år vært et sentralt forskningstema for LEFO. En klassiker på feltet er artikkelen *Four models of the physician-patient relationship* fra 1992 (17). Dette er teoretiske modeller uten empirisk grunnlag. Derfor ble det i ett av spørreskjemaene til hovedundersøkelsen fra 1993 inkludert 15 spørsmål som operasjonaliserte de fire modellene *informativ, fortolkende, rådgivende* og *paternalistisk*. Ved prinsippal komponentanalyse identifiserte vi tre dimensjoner: *paternalisme, pasientautonomi* og *forhandlingsmodell (moral deliberation)*. Dette bekreftet delvis forfatterens modeller, men viste samtidig at det var tilstrekkelig med tre: en der *legen* bestemmer det meste, en der *pasienten* bestemmer det meste, og en med

forskjellige grader av pasient–lege-samspill (18). Men det viktigste funnet var at nesten 40 % av legene ikke lot seg plassere i en av disse tre båsene, antagelig som et uttrykk for at en god lege har evnen til å tilpasse seg forskjellige pasienter, noen ganger bestemme det meste, andre ganger ta pasienten med i diagnostisering og behandling. Denne innsikten, at en god lege må beherske flere roller, har ikke vært særlig fremtredende i internasjonal litteratur om legeroller, hverken innen sosiologi, psykologi eller medisin.

### *Legenes arbeidstid*

I alle Legepanelets spørreundersøkelser har legens arbeidstid blitt registrert på en ensartet måte (tabell 3). Med denne registreringsmåten må respondenten selv kvalitetssikre sine svar ved å summere til en antatt ukearbeidstid. Selv om den enkelte lege sikkert oppfatter tidskomponentene noe forskjellig, ligger styrken i disse målingene i repetisjonen, hver enkelt lege kan sammenlignes med seg selv gang på gang, og trender over tid vil kunne vises tydelig. Samlet uketimetall for alle leger var uendret i tjuårsperioden 1994–2014. Antall timer til direkte pasientarbeid har imidlertid gått ned, særlig for sykehusleger, selv om det er stor variasjon mellom de forskjellige sykehusspesialitetene (19). Den vanlige oppfatningen er at dette skyldes at sykehuslegene belastes med stadig mer administrativt arbeid, særlig omfattende dataregistrering av alt som gjøres, selv om noe av dette kan være nødvendig og forsømt kvalitetsforbedringsarbeid. En annen forklaring kan være økt legetetthet: Mens antall sykehusleger er doblet i tyveårsperioden

	I en gjennomsnittlig arbeidsuke, inkludert vakter og eventuelt bistilling(er), omtrent hvor mange timer bruker du på:	Timer per uke
1	Pasientarbeid (all direkte kontakt med enkeltpasienter eller deres pårørende, inkludert telefoner etc.)	□□□
2	Møtevirksomhet (tverrfaglige teammøter, journalmøter, veiledningsmøter etc.)	□□□
3	Papirarbeid, telefoner, e-post, dataregistrering (journaler, attester, epikriser, annet dokumentasjonsarbeid)	□□□
4	Faglig oppdatering	□□□
5	Annet, skriv:	□□□
6	Til sammen (1 til 5)	□□□

*Tabell 3. I alle Legepanelets spørreundersøkelser har legens arbeidstid blitt registrert på omtrent samme måte, slik at hver enkelt lege kan sammenlignes med seg selv gang på gang, og trender over tid vil kunne vises tydelig*

har antall sykehuspasienter bare økt med 17 %. Det er rett og slett stadig flere leger «om beinet».

### *Nok timer til spesialistutdanning?*

Ukearbeidstiden for norske leger ligger på 45–50 timer mens den i de fleste andre europeiske land, for ikke å si i USA, er betydelig lengre, ofte 50–90 timer. Betyr det at legearbeidets kvalitet, inkludert spesialistutdanningen, er tilsvarende dårlig? Dette er et spørsmål vi lenge har ønsket å finne svar på, men foreløpig ikke funnet en god komparativ forskningsdesign. Vi publiserte i 2014 en internasjonal artikkel der vi viste at Norge alltid hadde ligget under det europeiske arbeidstidsdirektivets (*European Working Time Directive*, EWTD) uketimekrav for juniorleger, som ble satt ned fra 58 timer i 2004 til 48 timer i 2009. Og de fleste norske legene, bortsett fra grenspesialistene i kirurgi og i indremedisin, mener at 45 uketimer er tilstrekkelig for god spesialistutdanning (20). Vi drøftet også hvorfor Norge har lavere uketimetall for sykehusleger enn de fleste andre land. En viktig forklaring er at vårt system er basert på reelle forhandlinger mellom partene i arbeidslivet, om blant annet arbeidstid. Dette ble demonstrert gjennom en langvarig legestreik for kollektiv regulering av arbeidstiden for sykehusleger i mer familievennlig retning høsten 2016 som ble stoppet med tvungen lønnsnemnd, men hvor legene til slutt vant i Arbeidsretten.

### *Jobbtilfredshet*

I 2001 skrev daværende redaktør i *BMJ*, Richard Smith (f. 1952), en lederartikkel med tittelen *Why are doctors so unhappy?* som åpnet opp for en bred diskusjon, ikke minst på de internasjonale legekongressene (21). Selv om teksten var rimelig nyansert, bidro overskriften til at legene nå per definisjon var ulykkelige. Det ble derfor ekstra viktig for oss i LEFO, som hadde bedre data enn de fleste, å nyansere denne oppfatningen.

I Legepanelet er jobbtilfredshet målt med en norsk versjon av det britiske spørreskjemaet *Job Satisfaction Scale* (JSS) (22). Det har ti spørsmål som besvares på en skala fra 1 til 7 og som eventuelt summeres til et samlet mål, som også spenner fra 1 (lite tilfreds) til 7 (meget tilfreds). Vi bruker dette instrumentet både til å måle gruppeforskjeller, f.eks. mellom sykehusleger og allmennleger, og til å se på endringer over tid. Vi finner at det blant legene i Norge er et *jobbtilfredshetshierarki*, der de mest fornøyde er de privatpraktiserende spesialistene og de minst fornøyde er sykehuslegene (23). Det ser ut som om opplevelsen av profesjonell autonomi, for eksempel i forhold til arbeidstid, er en viktig påvirkningsfaktor her.

Når det gjelder endring over tid har norske leger ligget stabilt og høyt siden vi startet målingene i 1994 og frem til 2008, med en svak økende trend. Men rundt 2010 snudde det. De hittil siste publiserte målingene viste en signifikant nedgang både for allmennleger og sykehusleger (24).

Forklaringene er mangfoldige, men et gjennomgående tema er at legene i økende grad opplever at de ikke har nok kontroll over sin profesjonsutøvelse. Allmennlegene opplever at de stadig blir pålagt nye oppgaver, og sykehuslegene må stadig forholde seg til nye registreringsrutiner og arbeidstidsbestemmelser.

### *Moralsk stress*

Uttrykket *moralsk stress* brukes gjerne når legen har en klar oppfatning om hva som bør gjøres for pasienten, men hindres i dette for eksempel av manglende ressurser, begrenset ytringsfrihet eller uhensiktsmessige lover og regler. Det sier seg selv at dette også kan påvirke legens jobbtilfredshet. En god illustrasjon av dette finnes i en artikkel fra 2018, som viser hvordan forskjellige legeroller gir forskjellige etiske dilemma (25). Vi har dessuten på to tidspunkt, i 2004 og 2010, forsøkt å kartlegge omfanget og eventuelle endringer i denne typen problemer (26). Vi fant at det særlig var de «menige» sykehuslegene som opplevde moralsk stress og redusert ytringsfrihet, og at det var en liten bedring i den aktuelle perioden, som sammenfaller med den økende jobbtilfredsheten som er nevnt ovenfor. Den er forhåpentlig reell, men kan også skyldes resignasjon blant legene. Her er det nødvendig å gjøre nye målinger for å se om også denne trenden har snudd.

## **Ny individbasert kunnskap**

### *Leger og alvorlig personskade*

I 2000 og 2012 spurte vi Legepanelet om de hadde opplevd alvorlig pasient-skade i forbindelse med medisinsk behandling de hadde gitt, med oppfølgingsspørsmål om forskjellige mulige konsekvenser, og om de eventuelt var blitt innklaget til Helsetilsynet (27, 28). I 2000 svarte 28 % at de minst én gang hadde vært involvert i en slik hendelse, og denne andelen hadde økt til 35 % i 2012. Den var høyest blant kirurgene (51 %), fulgt av anesthesiologene (45 %), indremedisinerne (35 %) og allmennlegene (34 %). I 2012 svarte 27 % at de var blitt innklaget til Helsetilsynet, 48 % av allmennlegene, 33 % av psykiaterne, 23 % av anesthesiologene og 21 % av kirurgene. Nesten 80 % av klagen ble henlagt av Helsetilsynet. 12 % opplevde at klagesaken hadde gjort det vanskeligere å arbeide som lege, og 4 % hadde trengt profesjonell hjelp (tabell 4). På den annen side anga 62 %

Tilsynsmyndighetenes konklusjon var rimelig – de 63 som fikk advarsel	78 %
Tilsynsmyndighetenes konklusjon var rimelig	73 %
Klagesaken har gjort meg mer nøye med dokumentasjon	62 %
Jeg har blitt mer nøye med informasjon til pasienter og pårørende	44 %
Klagesaken har gjort meg til en mer grundig lege	31 %
Klagesaken har gjort meg til en reddere lege	25 %
Klagesaken har gjort meg til en tryggere lege	22 %
Jeg tar flere prøver/sender mer hevisninger enn jeg gjorde før	17 %
Klagesaken har preget mitt privatliv negativt	14 %
Klagesaken har gjort det vanskeligere å arbeide etterpå	12 %
Legeforeningen burde støttet meg mere	12 %
Jeg har fått et mindre tillitsfullt forhold til pasienter/pårørende	11 %
Jeg har hatt behov for profesjonell hjelp etterpå	4 %

Tabell 4. Konsekvenser av å ha blitt innklaget til tilsynsmyndighetene. Andel ja-svar fra 328 innklagde leger i 2012. (Svaralternativene var ja, usikker, nei)

at de hadde blitt mer nøye med å dokumentere sin virksomhet, og 44 % at de hadde blitt flinkere til å gi informasjon til pasienter og pårørende.

Det var særlig de individuelle historiene om deprimerte, utbrente eller rusavhengige leger som gjorde at Legeforeningen i sin tid tok initiativ til to «kliniske» tiltak, Ressurssenteret Villa Sana og Støttekollegaordningen, og ett «forebyggende», LEFO. Forskningsmessig har det etter hvert blitt en naturlig tematisk fordeling mellom LEFO og Avdeling for atferdsmedisin ved Universitetet i Oslo. NORDOC-studien ble igangsatt av professorene Per Vaglum (f. 1938) og Øivind Ekeberg (f. 1945) og videreført av professor Reidar Tyssen (f. 1955). Den har sin naturlige hovedvekt på psykiske og andre individuelle problemer som følger med legegjerningen, mens LEFO med Legepanelet oftere benytter en samfunnsvitenskapelig eller epidemiologisk innfallsvinkel. Men det finnes noen viktige unntak:

#### *Utbrenthet*

En av de første problemstillingene Legekårsundersøkelsen, og særlig Erik Falkum, gikk løs på var utbrenthet. Betegnelsen var forholdsvis ny i litteraturen, og psykometrisk hadde den amerikanske psykologen Cristina Maslach (f. 1946) med sitt *Maslach Burnout Inventory* (MBI) nærmest



monopol. En norsk versjon av dette instrumentet ble inkludert i hovedundersøkelsen i 1993, med en noe annerledes skåringsmetode enn i originalen, for å validere Maslachs tre dimensjoner *emosjonell utmattelse*, *emosjonell distansering (empatisvikt)* og *opplevelse av redusert personlig ytelse i jobben* (29). De tre dimensjonene ble gjenfunnet i det norske legeutvalget, og det ble anslått at 3 % av det norske legekorpset var utbrent.

Falkum ønsket å gå videre. I en bredt anlagt studie med repeterte målinger i åtte yrkesgrupper, *Belastninger, mestring og helse innenfor utsatte yrker*, ble i stedet det todimensjonale europeiske *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) benyttet (30). Her er dimensjonene *emosjonell utmattelse* og *distansering (detachment) fra arbeidet*. I samarbeid med Statistisk sentralbyrå ble det opprettet et kvoteutvalg med 500 tilfeldige kvinner og 500 tilfeldige menn fra hver av åtte forskjellige yrkesgrupper: leger, sykepleiere, advokater, lærere, prester, bussjåfører, IT-konsulenter og folk i reklamebransjen. Alle fikk et spørreskjema i 2003 som igjen ble sendt ut i 2005 til de som hadde svart i 2003. Besvarelsene var anonyme. Ekstrakostnadene for denne omfattende datainnsamlingen ble dekket av LEFO gjennom en ekstra bevilgning fra SOP. Dette datasettet har gitt grunnlag for to doktoravhandlinger med veiledning fra Erik Falkum, for henholdsvis Ellen Melbye Langballe (f. 1971) (31) og Siw Tone Innstrand (f. 1973) (32), pluss senere publikasjoner, flere av dem prisbelønte.

Prosjektet er unikt i internasjonal sammenheng og gir mye ny kunnskap om utbrenthet, særlig på to områder. For det første at fenomenet forekommer i alle yrkesgrupper hvor man «har med mennesker å gjøre», ikke bare blant helsepersonell. Det var stor variasjon mellom de to dimensjonene, men mindre variasjon mellom yrkesgruppene. For det andre viser funnene at balansen mellom jobb og privatliv er et avgjørende element i opplevelse av utbrenthet, og at positive drivere er like viktige som negative (33). Gjennom dette prosjektet har vi bidratt til at data om balansen mellom jobb og privatliv, som i utgangspunktet ikke var et tema, nå har kommet med i nyere internasjonal forskning på feltet (34). I alle fall har strukturelle forhold på arbeidsplassen, inkludert pasientsikkerhet, nå kommet godt med (35).

### *Sykefravær*

Data fra 2005 fra utbrenthetsprosjektet viste at det bare var advokatene som oftere enn legene ikke hadde vært sykmeldt siste seks måneder (63 % mot legenes 61 %). Tilsvarende tall, kontrollert for kjønn, var 52 % for lærere og 44 % for sykepleiere (upubliserte data). Leger går på jobb med plager de ville sykmeldt sine pasienter for og eventuelt smittet dem med (36). På den annen side vet vi at de har bedre helse enn de fleste andre yrkesgrupper, blant

annet fordi de har en sunnere livsstil. Med data fra Legepanelet har vi sammenliknet sykefravær blant sykehusleger med privatpraktiserende leger, og fant da at 84 % av de privatpraktiserende legene ikke hadde hatt sykefravær siste år, mot 60 % av de fastlønte sykehuslegene (37). Dette viser hvor stor betydning økonomiske forhold kan ha for sykefraværet, også for leger.

En av undersøkelsene fra Ressurssenteret Villa Sana viser at en lengre sykmeldingsperiode etter et opphold der kan forebygge senere utbrenthet (38). Dette indikerer at leger kan ha godt av å ta en pust i bakken av og til.

Gjennom sin tilknytning til SOP har LEFO også hatt tilgang til data fra de privatpraktiserende spesialistene og allmennlegene som hadde fått økonomisk sykehjelp. Foreløpig har vi bare hatt anledning til å benytte disse på gruppenivå, og det har ført til en interessant teoretisk artikkel om sosial og diagnostisk ulikhet i helse, der konklusjonen blant annet er at bruk av diffuse diagnoser (psykiatri og muskel/skjelett) øker med utdanningsnivå og er lavere for arbeidstakere i tekniske stillinger (39).

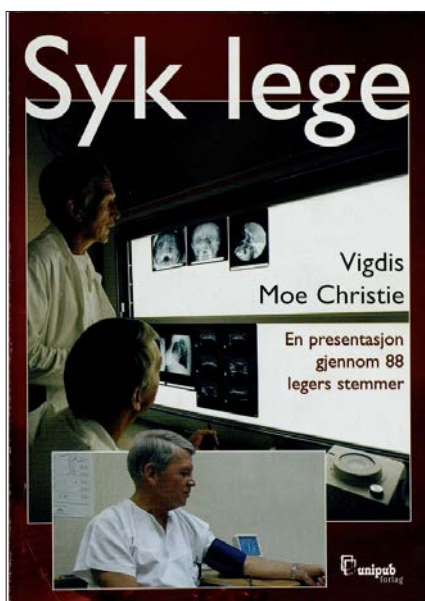
### *Selv mord og dødelighet*

I likhet med utbrenthet var legers selvmord et avgjørende motiv da Legeforeningen tok sitt initiativ i 1990. Derfor ble det tidlig bestilt data om dødelighet og dødsårsaker fra Statistisk sentralbyrå, der det ble skilt mellom leger (n = 1899), andre akademikere (n = 13.479) og andre (n = 1.125.400) og differensiert på kjønn, alder i femårsintervall og tidspunkt i seks femårsperioder fra 1960–64 til 1985–89. Resultatene viste at selvmordsrisiko var høyest for mannlige og kvinnelige leger, fulgt av mannlige ikke-akademikere, dernest andre akademikere, og lavest for kvinnelige ikke-akademikere. Den mest utsatte gruppen var de eldste mannlige legene, dvs. de over 80 år (40). Dette var den første studien om legers selvmord publisert internasjonalt som ikke bare inkluderte yrkesaktive leger. Nyere studier av selvmord blant leger viser stort sett at situasjonen stadig bedrer seg, at legene blir stadig mer like folk flest. Dette er nok igjen også en effekt av den sterkt økende legetettheten.

Vår hovedartikkel om generell dødelighet blant leger kom i 2011 (41). Den tok utgangspunkt i en datafil fra Statistisk sentralbyrå der folketellingsdata fra 1960, 1970, 1980 og 1990 ble koblet med dødsårsaksregisteret. Analysene viste at legenes dødelighet mellom 1960 og 2000 konvergente mot dødeligheten for andre akademikere og serviceyrker, mens gapet mellom disse tre gruppene og resten av befolkningen økte.

### *Legen som pasient*

Utvalget på 2000 leger som ble tilfeldig trukket ut ved oppstarten i 1993, og som ble utgangspunktet for Legepanelet, ble også benyttet til en kvali-



*Figur 5. I en kvalitativ studie ble leger invitert til å fortelle om hvordan det er for en lege å bli pasient. Historiene ble presentert i boka Syk lege (42)*

tativ studie av hvordan det er for en lege å bli pasient. Alle ble invitert til å fortelle sin sykehistorie dersom de etter egen oppfatning hadde vært eller var alvorlig syke. Det ble samlet 88 historier, dels gjennom direkte intervju eller telefonintervju, og dels med innsendte tekster eller lydfiler (diktafonkassetter). Professor i sosialantropologi Benedicte Ingstad (f. 1943) og sosionom og forsker Vigdis Moe Christie (1927–2018) gjennomførte prosjektet (42, 43) (figur 5). Publikasjonene viser hvor vanskelig det kan være for en lege å gå inn i pasientrollen, og hvor lett det er for den behandelende legen å «rote til» lege–pasient-forholdet. En vanlig feil er at behandlerlegen ikke informerer pasientlegen godt nok fordi han regner med at vedkommende forstår situasjonen, mens pasientlegen bare vil være pasient og få all informasjon, også den «selvsagte».

### *Friske leger*

Det kan neppe gjentas ofte nok at norske leger i utgangspunktet er friske og lever lenge. Det skulle da også bare mangle, de rekrutteres stort sett fra de privilegerte samfunnslagene, både sosioøkonomisk og intellektuelt. Dessuten besitter de mer enn noen andre kunnskapen om hvordan man bør leve et sunt og godt liv. Jeg har ofte måttet minne om dette, for eksempel i undervisning eller i intervjuer. Media er som regel mer opptatt av de få legene som ikke oppfører seg som de skal, enn av alle de andre som fungerer bra og tar godt vare på både seg selv, sin familie og sine pasienter.

### *Gode forbilder*

I 1950-årene røykte 75 % av de mannlige og 44 % av de kvinnelige legene daglig, mer enn i befolkningen generelt. I dag er det knapt noen leger som røyker daglig, og i befolkningen er det bare ca. 10 %. Ingen andre yrkesgrupper i samfunnet har kuttet røyken så mye som legene (44). Dette er også en av årsakene til at legene lever lengre enn de fleste andre. Personlig tror jeg en av grunnene til at legene har kuttet røyken så mye er skammen ved å bli observert som røykende lege.

I forhold til alkohol har legenes drikkemønster alltid vært moderat. Som i befolkningen ellers har det endret seg gjennom de siste 30 årene i kontinental retning, det vil si hyppigere inntak, men mindre hver gang, og dermed også færre alkoholrelaterte skader og negative rushendelser (45). De fleste norske legene er derfor gode forbilder for sine pasienter både når det gjelder tobakk og alkohol, og kan kanskje ta litt av æren for at røykeandelen i befolkningen har blitt så lav.

### *Musikk og kultur*

En av de første internasjonale publikasjonene etter at vi hadde fått alle data fra hovedundersøkelsen, var en studie av hva norske leger gjorde når de ikke var på jobb (46). De viste bl.a. en høy musikalsk interesse og aktivitet, og brukte relativt mye tid på f.eks. å spille musikk selv, lese skjønnlitteratur eller gå på konserter, kino og teater. Vi benyttet spørsmål fra Statistisk sentralbyrås kulturbruksundersøkelse, og kunne derfor også sammenligne legene med andre grupper. Vi laget en *kulturindeks* og påviste en svak positiv korrelasjon mellom kulturell aktivitet og jobbtilfredshet. Da vi gjentok spørsmålene i 2013 med deltakere fra Legepanelet, var aktiviteten minst like høy, for eksempel var det dobbelt så mange blant legene som spilte et musikkinstrument regelmessig sammenliknet med andre akademikere (47). Denne gangen fant vi også en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom vår kulturindeks og *Job Satisfaction Scale*!

## **Flere erfaringer**

### *Ny erfaringsbasert kunnskap*

Siden starten i 1992 har LEFO bygget opp en betydelig forskningskompetanse, ikke minst i forhold til spørreskjemaer og datainnsamling. Vi har lært mye om hvordan spørreskjemaspørsmål ikke bør utformes, og om hvor mye ekstra analysearbeid det fører med seg å ha åpne svarfelt. Dessuten har vi bistått mange andre, både i og utenfor Legenes hus, med Questback-undersøkelser. Questback var tidlig på markedet med program for elektronisk

datainnhenting og god databeskyttelse, og hos oss ble Cecilie Normann Birkeli (f. 1976) Questback-ekspert. Noen av oss har også fått god kompetanse i analysing av kvalitative data, særlig fra fokusgruppeintervjuer.

#### *Overlappende spørreskjemadesign*

På ett område har vi vært teknisk innovative. Vår statistiker Tore Schweder (f. 1943) utviklet i forbindelse med hovedundersøkelsen en metode for fordeling av forskjellige spørreskjemaer. Her utnyttet kunnskapen om at dersom hullene i en stor datamatrikse er tilfeldig fordelt kan de fylles, imputeres, med verdier utregnet fra eksisterende data fra den samme respondenten. I hovedundersøkelsen var det til sammen 16 spørreskjemaer, men hver lege fikk tilsendt fire. Datamatriksen kunne likevel brukes omtrent som om alle legene hadde besvart alle de 16 spørreskjemaene. Selv med fire spørreskjemaer å fylle ut for hver lege, sikkert flere timers arbeid for de fleste, oppnådde vi en samlet svarprosent på 72. Metoden er godt dokumentert, også internasjonalt (48–50). Etter hvert som avanserte statistikkprogrammer har blitt allemannseie, er det ikke lenger nødvendig for forskere å ha en statistiker med på laget, noe som kan føre riktig galt avsted. Mange nye spørreundersøkelser blir til «på kjøkkenbenken», og resultatene blir deretter.

#### *Verktøy for SOP*

Vi fikk en kalddusj helt i begynnelsen da vi oppdaget at Legeregisteret ikke var historisk: Når en lege døde, ble plassen i registeret overtatt av en ny. Derfor måtte vi i hovedundersøkelsen be alle legene om å liste alle sine jobber, med stilling og periode. Disse dataene fra 6652 leger i 1993 ble senere blant annet benyttet til å utarbeide et prediksjonsinstrument for SOP, PREDsOP. Ved å legge inn opplysninger om alder, kjønn og nåværende stilling kunne instrumentet anslå hvor mange år legen vil ha vært i forskjellige jobbkategorier om et visst antall år, med særlig vekt på mulige fremtidige pensjonsutbetalinger. Instrumentet ble utarbeidet av Tore Schweder.

#### *Oversettelse av spørreskjemaer*

Det var nødvendig å oversette noen sentrale spørreskjemaer til norsk, som *Maslach Burnout Inventory* (MBI) og *Job Satisfaction Scale* (JSS). Også her gjøres det dessverre mye amatørarbeid. Vi samarbeidet med professor Holger Ursin (1934–2016) ved Universitetet i Bergen, en internasjonal kapasitet innen stressforskning, og hans gruppe gjorde en glimrende jobb med å oversette og tilbakeoversette engelskspråklige spørreskjemaer, som også etter hvert har kommet andre forskningsmiljøer til gode.

### *Elektroniske spørreskjemaer*

Helt siden starten i 1992 har LEFO fulgt nøye med på teknologiutviklingen i forhold til spørreskjemaundersøkelser. Allerede i 2004 anskaffet vi utstyr til skanning av utfylte papirskjemaer, men det viste seg ikke å gi noen vesentlig gevinst siden mange skjemaer måtte kontrolleres manuelt fordi kryss ikke var satt riktig, eller tall og bokstaver var uleselig for maskinen. En annen ulempe var at de separate arkene i ett spørreskjema, som regel minst ti, måtte tas fra hverandre før de kunne sendes gjennom skanneren. Og hvis man mistet en bunke slike oppdelte skjemaer på gulvet var det krise fordi ikke hvert ark var merket med skjemanummer.

Etter hvert kom muligheten til å fylle ut og sende inn spørreskjemaene papirløst. Vi prøvde oss med dette første gang i 2005, da kunne de som ville fylle ut og sende inn elektronisk via Questback, noe ytterst få gjorde. I 2018 kunne man velge å svare elektronisk via *tjenester for sensitive data* (TSD) ved Universitetet i Oslo. Papirskjema ble i utgangspunktet sendt ut til alle med en lenke de selv måtte legge inn i nettleseren. I 2018 svarte ca. 250 elektronisk, og i 2021 750, ca. 50 %. Neste gang vil skjemaene primært bli sendt ut elektronisk, og så vil de som ber om det eller purres få papirskjema.

### **Avslutning**

For meg har årene med LEFO vært en fantastisk reise i «Legeland». Ikke minst var kontrasten stor i forhold til mine tidligere forskningsobjekter som var nederst på samfunnsstigen med kroniske rusproblemer, ofte uten hjem og familie. Takket være høy grad av autonomi og våre sponserers velvilje har vi kunnet sette inn all vår energi på produktiv forskning, vi har sluppet å måtte bruke mye ressurser på å skrive søknader om forskningsmidler. Selv om det ikke er lett å tallfeste verdien av ny kunnskap, vil jeg i all beskjedenhet hevde at SOP og Legeforeningen har fått mye for pengene.

### *Hvor mye kunnskap?*

I perioden er det produsert over 400 publikasjoner, de fleste fagfellevurderte. Noen av dem har blitt publisert i topptidsskrifter (se for eksempel 46, 51–54), selv om det etter min erfaring kan være nokså tilfeldig hvilke artikler som blir akseptert her. Det er også en stor oppgave å formidle forskningsresultatene våre. Vi har holdt utallige presentasjoner i inn- og utland, både i og utenfor legenes univers, og våre funn har ført til mange oppslag i aviser og andre massemedier (figur 6).

Andre må vurdere hvordan våre forskningsfunn kan benyttes for eksempel i Legeforeningens helsepolitiske arbeid. Her ligger det etter min mening et uutnyttet potensial. Men med bakgrunn som spesialrådgiver i Sosial- og



# Fornøyde fastleger



**TRIVES** Kjell Maertmann-Moe trives godt som fastlege på Grønerleika i Oslo og har mer enn nok å gjøre, med 1200 pasienter på lista. Foto: Ole C.H. Thomassen

Tre av fem fastleger er godt fornøyd med sin nye jobbhverdag, viser en ny studie. Men noen savner å bruke mer tid på hver enkelt pasient.

Tekst: Hilde Schjerve  
hks@dagbladet.no



Dagbladet 5.2.2004

# LEGER PÅ PAPIRET

Har syv pasienttimer mindre i uken enn i 2004

VG 12.8.2013

# Færre selvmord ... men leger topper den uhyggelige statistikker

Dagbladet 22.12.2004

# Økt vold mot leger

Lege knivdrept i går. Hver fjerde lege utsatt for vold.

Vårt Land 30.3.2006

# Legen din kan være utbredt

Av JAN OVIND

Vis hensyn neste gang du går til fastlegen din.

Det kan nemlig være legen som er utbredt og moden for sykemelding ...

Nesten halvparten av legene i USA oppgir at de har minst ett symptom på utbredhet, avviser en undersø-



IKKE SÅ ILLE HER: Mens

VG 27.8.2012

# Gynekologene RØYKER MEST

Daglige rykere i de fire ledende legegruppene (prosent):  
 Internmedisin 37  
 Allergimedisin 27  
 Infeksjonsmedisin 22  
 Psykiatri 11  
 Kirurgi 10  
 Gynækologi 9

VG 30.1.1997

# Kvinnelige kirurger DRIKKER MEST

Av TOR STRAND

Kvinnelige kirurger og gynekologer i Norge drikker mer alkohol enn andre kvinnelige leger.

Andelen kvinnelige leger med påfølgende alkoholisme er blant høyere blant kirurger og gynekologer enn i andre kvinnelige legegrupper.

Det er også en betydelig andelen i de kvinnelige legegruppene som drikker mer enn de andre kvinnelige legegrupper i Norge.

Men det er ikke som andre kvinner som drikker mer alkohol. De drikker mer vin, øl og sprit enn de andre kvinnelige legegrupper i Norge.

Ikke alarmene

... ikke alarmene i Norge

Andelen, både av de som berusende beruset og av de som berusende beruset er blant høyere blant kirurger og gynekologer enn i andre kvinnelige legegrupper.

Men det er ikke som andre kvinner som drikker mer alkohol. De drikker mer vin, øl og sprit enn de andre kvinnelige legegrupper i Norge.

Ikke alarmene

... ikke alarmene i Norge

Egenrapportering fra 1120 kvinnelige leger i Norge

Andelen, både av de som berusende beruset og av de som berusende beruset er blant høyere blant kirurger og gynekologer enn i andre kvinnelige legegrupper.

VG 19.8.2005

# Lege + lege = helt sant

■ Kjærligheten blomstrer mellom kolleger

Aftenposten 12.10.2008

## Leger knebles til taushet

■ 68 prosent frykter sanksjoner hvis de er kritiske

■ 29 prosent er redd for å miste jobben

Aftenposten 28.8.2008

### NYHETER

3

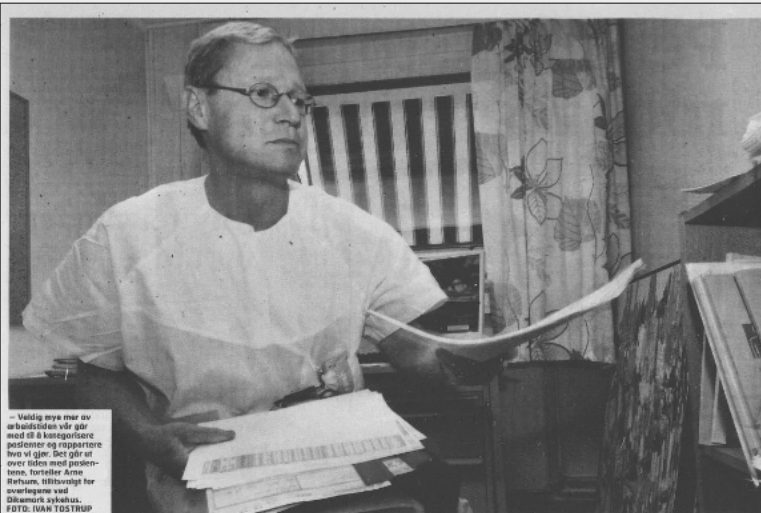
**Mindre tid.** Sykehusleger bruker mindre tid på direkte pasientkontakt. Møter, papirarbeid og annet tar stadig mer av deres tid, viser nye tall fra Legeforeningen.

**Unødig tidsbruk.** Aftenposten har fotfulgt Ullevål-kirurg Maria Gaard i to døgn. Vi kan bekrefte at mye tid går tapt på grunn av dårlig organisering, penge- og sykepleiermangel.

**Elsker jobben.** Samtidig avdekket en beundringsverdig arbeids glede og stål-på-vilje hos hele personalet. For pasientene betyr det at de blir møtt med profesjonalitet og vennlighet.

## Har mindre tid til pasientene

Aftenposten 23.7.2000



— Valdig mye mer av arbeidstiden vår går med til å kategorisere pasienter og rapportere hva vi gjør. Det går ut over tiden med pasientene, forteller Arne Refsum, HSB-avdelingsleder for overlegene ved Dikemark sykehus.  
FOTO: IVAN TOSTRUP

## Papirmølla stjeler tid fra pasientene

Dagsavisen 8.10.2006

*Figur 6. Et knippe avisoppslag basert på LEFOs forskningsresultater*

helsedepartementet er dette for meg dessverre en velkjent situasjon: forskningen viser noe, men i politikken må man likevel av forskjellige grunner gjøre noe annet.

Det er mye nyttig forskningsbasert lærdom å hente for eksempel fra psykologer, sosiologer eller økonomer. Den generelle oppfatningen om at den profesjonelle autonomien blant leger har gått tapt er jeg ikke enig i. Det er snarere slik at den *individuelle* autonomien, det at hver enkelt lege kan gjøre hva hun eller han mener er riktig uten å ta hensyn til kollektivet, heldigvis er på vei ut. Legene har fremdeles en unik kompetanse som ingen andre kan ta fra dem, og hvis de står sammen, enten i sunne profesjonsorganisasjoner eller med gode forskningsbaserte protokoller og retningslinjer som de selv utformer, er det knapt noen som står sterkere. Og er du så heldig å bo i et land hvor arbeidstid, lønn og andre arbeidsbetingelser er regulert gjennom forhandlinger, er det mulig å få et godt legeliv der det også blir tid til familie og fritidsaktiviteter.

## Litteratur

1. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002; 32: 379–416. <https://doi.org/10.2190/JL1D-21BG-PK2N-J0KD>
2. Haffner J, Holm HA. Opprettelsen av Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO). I: Ronge K, Rø KI, Bringedal B, red. *Fra pistedall til skammel: festskrift til Olaf Gjerløw Aasland 70 år*. Oslo: Legeforskningsinstituttet, 2014: 14–21. <https://www.nb.no/item/s/2a81852bb29dabf828046bc1c4ee3d68?page=15>
3. Schiøtz A. *Doktoren: distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax, 2003. <https://www.nb.no/items/fb902e56e5aed6e224bb139f3534802c?page=0>
4. Haave P. *I medisinsens sentrum: Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub, 2011. <https://www.nb.no/items/61f34edc0f28e65f0143d612b09a83b7?page=0>
5. Light DW, Aasland OG. Den nye legerollen – kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1870–3. <https://tidsskriftet.no/2003/06/kronikk/den-nye-legerollen-kvalitet-apenhet-og-tillit>
6. Bringedal B, red. Special issue of *Professions & Professionalism: Professional satisfaction and the quality of medical care*. Oslo: Senter for profesjonsstudier, OsloMet, 2015. <https://journals.oslomet.no/index.php/pp/issue/view/163>
7. Rø K. *Emotional exhaustion and distress after a counselling intervention for physicians: a three-year prospective longitudinal cohort study*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2010. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/27903>
8. Wiers-Jenssen J. *Rekruttering til medisinstudiet: en studie av medisinstudenter med vekt på sosial bakgrunn, poengsamling, studiemotiver og ambisjonsnivå*. Hovedoppgave i sosiologi. Oslo: Universitetet i Oslo, 1994.

9. Wiers-Jenssen J, Vaglum P, Ekeberg Ø. Repetisjon og privatisteksamener – veien til det medisinske studium. *Tidsskr Nor Legeforen* 1995; 115: 2659–62. <https://www.nb.no/items/e34b3d8dbb78971e324da6095d4d207e?page=51>
10. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jenssen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1833–7. <https://tidsskriftet.no/2008/08/originalartikkel/legers-motiver-valg-av-spesialitet-under-og-etter-studiet>
11. Wiers-Jenssen J. Skaper ulike studieordninger ulike leger? Bakgrunn for evaluering av «Oslo96» – medisinutdanningsreformen ved Universitetet i Oslo. *NIFU skriftserie* 2004–2. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2004. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmliui/handle/11250/280653>
12. Frich JM, Middelthon IM, Os I. Revisjonen av medisinstudiet i Oslo – «Oslo 2014». *Michael* 2016; 13: 50–60. <https://www.michaeljournal.no/article/2016/02/Revisjonen-av-medisinstudiet-i-Oslo-%C2%ABOslo-2014%C2%BB>
13. Aasland OG. Et fargerikt legefellesskap. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0045>
14. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Selvvurderte ferdigheter blant norske leger utdannet i utlandet og i Norge. *Søkelys på arbeidslivet* 2010; 26: 364–79. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2010-04-06>
15. Aasland OG. Medisinutdanningen – gammeldags motor i ny bil. *Michael* 2022; 19: 32–43. <https://www.michaeljournal.no/article/2022/02/Medisinutdanningen---gammeldags-motor-i-ny-bil>
16. Birkeli CN, Rosta J, Aasland OG et al. Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0597>
17. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221–6. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
18. Falkum E, Førde R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 2001; 52: 239–48. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00224-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00224-0)
19. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1355–9. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0011>
20. 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005704>
21. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322: 1073–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1073>
22. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 1979; 52: 129–48. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>
23. Nylenna M, Aasland OG. Jobbtilfredshet blant norske leger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1028–31. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0955>
24. 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>

25. Bringedal B, Isaksson Ro K, Magelssen M et al. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics* 2018; 44: 239–43. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104408>
26. Førde R, Aasland OG. Moralsk stress og faglig ytringsfrihet blant leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1310–4. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1385>
27. Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 13–7. <https://doi.org/10.1136/qshc.2002.003657>
28. Førde R, Aasland OG. Is imperfection becoming easier to live with for doctors? *Clin Ethics* 2017; 12: 31–6. <https://doi.org/10.1177/1477750916682618>
29. Falkum E. Hva er utbrenthet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1122–8. <https://tidsskriftet.no/2000/04/klinikk-og-forskning/hva-er-utbrenthet>
30. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I et al. The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Ass* 2003; 19: 12–23. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.1.12>
31. Langballe EM, Innstrand ST, Hagtvet KA et al. The relationship between burnout and musculoskeletal pain in seven Norwegian occupational groups. *Work* 2009; 32: 179–88. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0804>
32. Innstrand ST. *Work-home conflict and facilitation. COR(e) relations. A longitudinal study on work-home interaction in different occupational groups in Norway*. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2009. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/267674>
33. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG et al. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health* 2011; 27: 73–87. <https://doi.org/10.1002/smi.1321>
34. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018; 283: 516–29. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
35. Isaksson Rø K, Rosta J, Tyssen R et al. Doctors well-being, quality of patient care and organizational change: Norwegian experiences. I: Montgomery A, van der Doef M, Panagopoulou E et al, red. *Connecting healthcare worker well-being, patient safety and organisational change. Aligning perspectives on health, safety and well-being*. Cham: Springer, 2020: 91–114. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-60998-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-60998-6_7)
36. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001; 29: 71–5. <https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1177/14034948010290010101>
37. Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: a cross-sectional study on national sample of Norwegian doctors in 2010. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 199. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-199>
38. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T et al. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health* 2012; 40: 278–85. <https://doi.org/10.1177/1403494812443607>
39. Bringedal B, Tufte PA. Social and diagnostic inequality in health. *Scand J Public Health* 2012; 40: 656–62. <https://doi.org/10.1177/1403494812458990>



40. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259–65. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00226-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00226-4)
41. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T et al. Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. *BMC Public Health* 2011; 11: 173. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-173>
42. Christie VM. *Syk lege: en presentasjon gjennom 88 legers stemmer*. Oslo: Unipub, 2001. <https://www.nb.no/items/afdfa7135c25baba8876a00042b00f2d?page=0>
43. Ingstad B, Christie VM. Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. *Anthropology & Medicine* 2010; 8: 201–10. <https://doi.org/10.1080/13648470120101372>
44. Aasland OG, Nylenna M. Leger som røyker: en undersøkelse av norske legers røykevaner og levevaner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 332–7. <https://www.nb.no/items/73c31581b4521f183a202cdf3c706491?page=15>
45. Rosta J, Aasland OG. Changes in alcohol drinking patterns and their consequences among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *Alcohol Alcohol* 2013; 48: 99–106. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags084>
46. Nylenna M, Aasland OG, Falkum E. Survey of Norwegian doctors' cultural activities. *Lancet* 1996; 348: 1692–4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)06459-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)06459-8)
47. Nylenna M, Aasland OG. Kulturell og musikalsk aktivitet blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1307–9. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1518>
48. Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen: responsen på spørreskjemaundersøkelsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3052–8. <https://www.nb.no/items/a8351c0828da4db8fbcadfc15f5a066?page=19>
49. Schweder T. *Sampling with overlapping questionnaires and analysis with regression imputation*. Memorandum, Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo nr. 12/1996. Oslo: Department of Economics, University of Oslo, 1996.
50. Aasland OG, Olff M, Falkum E et al. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1615–29. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00093-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00093-2)
51. Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ* 1999; 318: 91–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7176.91>
52. Kristiansen IS, Førde OH, Aasland O et al. Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1258–61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04407-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04407-X)
53. Aasland OG. The Norwegian way. *BMJ* 2003; 326: S102. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7391.S102>
54. Rø KE, Gude T, Tyssen R et al. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ* 2008; 337: a2004. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2004>

*Olaf Gjerløw Aasland  
olaf2306@gmail.com*

*Olaf Gjerløw Aasland er lege, professor emeritus og instituttjef ved  
Legeforskningsinstituttet 1992–2014, siden seniorforsker samme sted.*