

*Legenes helse er omtrent som andres, men legene behersker ikke pasientrollen særlig godt*

## Bakerens barn

Leger har betydelig lavere sykefravær enn andre yrkesgrupper, og de går ofte på jobb med de samme plagene som de sykmelder sine pasienter for (1). Man kan derfor hevde at legenes sykefravær er for lavt. I en retrospektiv kartlegging av sykkelighet blant 6 652 yrkesaktive leger i 1993 rapporterte 57 % at de aldri hadde hatt et sykefravær av minst 14 dagers varighet (2). 16 % av legene hadde vært sykmeldt i minst 14 dager pga. muskel- og skjelettlidelser (ICPC hovedgruppe L), 7,5 % pga. fordøyelsessykdommer (ICPC hovedgruppe D), og 5,5 % pga. psykiatriske lidelser (ICPC hovedgruppe P). Mye tyder imidlertid på at legenes fraværsmønster er i ferd med å endre seg. Upubliserte data fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) viser at antall refunderte sykedager for privatpraktiserende allmennleger og spesialister i forhold til det totale antallet yrkesaktive leger er femdoblet i løpet av de siste 25 årene. I perioden 1990–99 skyldtes 28 % av de SOP-refunderte sykefraværstidene for mannlige og 16 % for kvinnelige privatpraktiserende leger psykiske problemer (ICPC hovedgruppe P). Tilsvarende tall for muskel- og skjelettplager (ICPC hovedgruppe L) var 35 % for menn og 26 % for kvinner. Økningen innen disse to diagnosegruppene er betydelig større enn i de andre ICPC-gruppene.

Da forskningsprogrammet Legekårsundersøkelsen startet i april 1992 var det bl.a. for å gjennomføre en kartlegging av norske legers helse og sykkelighet, og det har etter hvert kommet en del publikasjoner som berører dette temaet. I sin artikkel om helseproblemer og helsetjenester blant leger i dette nummer av Tidsskriftet, presenterer Reidar Tyssen en oversikt over åtte studier om legers helseproblemer og helseatferd som har sprunget ut fra Legekårsundersøkelsen og senere Legeforeningens forskningsinstitutt (3). Hans hovedfunn, at kvinnelige leger i motsetning til mannlige synes å ha bedre helse enn befolkningen, og at leger i altfor liten grad benytter vanlig helsetjeneste når de er syke, bekreftes også i ytterligere to studier som ikke er tatt med i oversikten, en om legers kostvaner (4), og en om de pensjonerte legenes helse (5).

Psykiater Reidar Tyssen, som er en av sju doktorgradskandidater med tilknytning til Forskningsinstituttet, analyserer også det vanskelige og spesielle forholdet mellom lege og pasient når begge er leger (6). Selv om de fleste leger har erfaring fra begge roller, finnes det påfallende lite forskningslitteratur om emnet. Dette skyldes nok dels at det

er et vanskelig og ømtålig tema, og dels at det ikke har vært vanlig å se på dette i et forskningsperspektiv. Tyssen viser bl.a. at Legeforeningens kollegabaserte hjelpeordninger i hver fylkesavdeling har stort forbedringspotensial. I motsetning til i en rekke andre land der slik virksomhet er lite utviklet på grunn av manglende finansiering, er vi hos oss i den heldige situasjon at legeforlegeordningene, i likhet med Forskningsinstituttet og driften av Villa Sana på Modum, kan finansieres gjennom Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger. Dette er en vel så naturlig pengeplassering som i aksjer og bank, der de fleste av pensjonsordningens midler er plassert. Siden det utbetales betydelige beløp til arbeidsdyktige leger, eller til legers etterlatte, kan man hevde at en unngått uførepensjonering, eller et forebygd selvmord, kan spare Sykehjelps- og pensjonsordningen for beløp tilsvarende flere års utgifter til drift av lege-for-legeordningene.

I motsetning til forskningslitteratur om forholdet mellom lege og pasient når begge er leger, er «autopografier» fra leger ikke særlig uvanlige. Som Tyssen er inne på i en av sine artikler, kan dette bl.a. skyldes at leger lett griper til pennen. Men det er ikke hver dag en skrivefør indremedisiner og epidemiolog med spesiell interesse for forebygging av hjertesykdom får atrieflimmer, slik det skjedde med kollega Dag Thelle. Ikke for det, i en såkalt ekspertgruppe om alkohol og hjerte- og karsykdom som jeg var med i for noen år siden, viste det seg at hele tre av seks mannlige deltakere, inkludert kollega Thelle, hadde urolig hjerte. Det er derfor grunn til å tro at ekstra mange kolleger vil lese hans beretning (7) med interesse og gjenkjenning. Siste avsnitt, der den patologiske kommunikasjonen mellom legelege og pasientlege beskrives, gir særlig grunn til ettertanke. Den som leser Vigdis Christies nye bok *Syk lege* (8), som også er omtalt i dette nummer av Tidsskriftet (s. 3643), vil finne at Thelle peker på et grunnleggende problem, nemlig at når legen blir pasient går han eller hun inn i en ny, ukjent og til dels skremmende verden. Her trengs både kunnskap og veiledning!

I Barcelona har man nylig opprettet et eget sykehus for legepasienter med psykiske problemer eller rusproblemer (9). Her kan leger og sykepleiere komme under full diskusjon og bli behandlet av eksperter på syke leger. Selv om denne modellen kanskje ikke uten videre lar seg overføre til det kalde nord, bør vi nok se nærmere på hvordan vi

kan forbedre våre egne systemer. Men jeg minner om at vi allerede har Ressurscenter for leger (Villa Sana) på Modum, et prosjekt som vil bli videreført etter at det nylig fikk god evaluering (10). Både et seminar om helseproblemer og uheldig sykdomsatferd blant leger som Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo starter for medisinstudenter, og Forskningsinstituttets undersøkelse om utbrenthet, som etter hvert har til hensikt å prøve ut samtalegrupper for leger «i faresonen», er tiltak som om noen år vil vise om vi er på rett vei. I tillegg bør de eksisterende fylkesbaserte hjelpeordningene både bli bedre kjent og benyttet, og ikke minst må hjelpevirksomheten dokumenteres, for å finne hva som hjelper og hva som kan forbedres.

*Olaf Gjerløw Aasland*

*olaf.aasland@legeforeningen.no*  
Legeforeningens forskningsinstitutt  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

*Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) var prosjektleder for Legekårsundersøkelsen og er nå leder av Legeforeningens forskningsinstitutt og professor ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. Han forsker på alt som har med legers atferd å gjøre.*

### Litteratur

1. Rosvold OE, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001; 29: 71–5.
2. Aasland OG. Morbidity and subjective well-being. I: Larsen Ø, red. *The shaping of a profession*. Canton, MA, USA: Science History Publication, 1996: 470–80.
3. Tyssen R. Helseproblemer og helsetjenester blant leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3527–32.
4. Sandstad B, Solvoll K, Drevon CA. Dietary habits among Norwegian physicians. *Scand J Nutr* 1997; 1: 23–6.
5. Gogstad A, Aasland OG. Hvordan har de pensjonerte legene det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1378–82.
6. Tyssen R. Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3533–5.
7. Thelle DS. Et urolig hjerte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3640–1.
8. Christie V. *Syk lege*. Oslo: Unipub forlag, 2001.
9. Aasland OG. Barcelona: Hospital modernista. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3638–9.
10. Falkum E. Evaluering av virksomheten ved Ressurscenter for leger fra 1. oktober 1998 til 1. august 2000. Arbeidsrapport. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2001.