

Helseproblemer og helsetjeneste blant leger

Denne artikkelen omhandler nyere norsk og internasjonal forskning om helseproblemer og helsetjeneste for leger, og presenterer resultater fra en enkétundersøkelse om Legeforeningens helsetjeneste for leger. Litteraturoversikten omfatter særlig nyere studier fra Legekårsundersøkelsen.

Somatisk helse blant leger er stort sett som i befolkningen ellers, men kvinnelige leger synes å ha bedre helse enn andre kvinner. Noen psykiske lidelser (depresjon og selvmord) er mer vanlige. Psykiske problemer har sammenheng med lav arbeidskontroll (autonomi), tidspress og krevende pasientarbeid. Tidlig i karrieren er det ingen forskjell på kjønnene i forekomst av slike problemer, mens kvinnelige leger senere opplever mer problemer enn mannlige. Leger er sjelden sykmeldt og bruker primærhelsetjeneste og helseundersøkelser (screening) sjeldnere enn den generelle befolkning. Selvbehandling er vanlig, også for psykiske lidelser. Amerikanske behandlingsprogrammer for leger med rusmiddelavhengighet har vist høy remisjon (70–80%). Støtteleger, et tilbud for leger med psykiske og andre vansker, finnes i alle 19 fylker. Lege-leger, dvs. allmennleger som har gjennomgått spesielle kurs finnes i nesten alle fylker. Psykiater for lege er tilgjengelig i bare 11 fylker.

Psykiske problemer er vanlig blant leger, og tilgjengeligheten til psykiatrisk spesialisttjeneste bør derfor bedres.

De siste ti år er det i Norge gjennomført flere studier under forskningsprogrammet Legekårsundersøkelsen (1). Noen av disse er beskrevet i Tidsskriftet, men flere er kun publisert i engelskspråklige internasjonale tidsskrifter. Helseproblemer blant leger og bakgrunnen for Legekårsundersøkelsen er tidligere omtalt i Tidsskriftet (2, 3). Det mangler imidlertid en oppdatert norskspråklig gjennomgang av internasjonal litteratur om helseproblemer og helsetjeneste for leger.

Flere studier tyder på god somatisk helse og helseatferd blant leger, men noen under-

Reidar Tyssen

reidar.tyssen@basalmed.uio.no
 Institutt for medisinske atferdsfag
 Universitetet i Oslo
 Postboks 1111 Blindern
 0317 Oslo

Tyssen R.

Health problems among physicians.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3527–32.

Background, material and methods. This paper presents an overview of Norwegian and international studies of physicians' health problems and use of health services. Findings from an e-mail survey of health services for Norwegian physicians are also presented.

Results. Male physicians have the same level of physical health as other males, while female physicians are in better physical health than the general population. Some mental disorders (depression, suicide) are more prevalent. Mental health problems are associated with low control at work, pressure for time, and demanding patients. There is no gender difference in prevalence early in the career, but later on, more female doctors experience problems. Doctors take few sick leaves and make little use of primary health care and screening facilities. Self-treatment is common, even for mental disorders.

American impaired physician programmes have shown high recovery rates from addiction (70–80%). «Supportive colleagues», an impaired physician programme, is established in all 19 Norwegian counties. «Doctors' doctors», i.e. specially trained general practitioners, were available in all counties, while psychiatrists for doctors were available in only 11 counties.

Interpretation. Psychological problems are common among doctors; mental health services should be more accessible.

☞ Se også side 3504

søkelser indikerer stressproblemer og overhyppighet av depresjon og selvmord i denne yrkesgruppen (4–6). I USA har det lenge vært satset på tiltak for leger som ikke fungerer i arbeidet (impaired physicians), mange med rusmisbruk (7, 8). Legers egen helseatferd påvirker også deres forebyggende råd og tiltak ovenfor pasientene (9). I verste fall kan neglisjering av egen helse hos leger føre til at pasientene deres blir feilbehandlet (10). På den annen side vil det å ha søkt adekvat behandling for egne problemer kunne sette dem i bedre stand til å hjelpe pasienter med liknende problemer. Det er derfor i samfunnets interesse at legenes helse og bruk av helsetjeneste er best mulig.

Legeforeningens lege-for-lege-ordning har eksistert i om lag ti år. Med unntak av Akershus og Rogaland er denne ordningen lite beskrevet (11–14). Ordningen, som innebærer et tilbud om samtale med en kollega (allmennpraktiker), var i 1998 etablert i kun seks av 19 fylkesforeninger (B. Sørensen, personlig meddelelse). Legeforeningen har ikke opprettet noe spesialisttilbud i denne ordningen. Det er ønskelig å se på tilgjengeligheten av psykiatrisk bistand for leger med psykiske problemer, både fordi leger har høy prevalens av stress og psykiske lidelser, og fordi legene selv mener at psykososiale forhold bør vektlegges i ordningen (13, 14).

I denne artikkelen presenteres studier om legers helseproblemer, spesielt psykiske problemer, med vekt på senere års studier og særlig på norske. Betydningen av arbeidsforhold for legers helse inkluderer også. Noen undersøkelser om legers helseatferd, bruk av helsetjeneste og behandlingstiltak for leger omtales, og til slutt beskrives Legeforeningens tiltak for leger, inkludert resultatene fra en spørreundersøkelse om utbedelsen av lege-for-lege-ordningen.

Materiale og metode

Litteraturen som refereres er vesentlig funnet gjennom forskning utgått fra Legekårsundersøkelsen (15). Anvendte seleksjonskriterier var representative studier av helseproblemer, helseatferd og helsetjeneste blant leger, samt studier av betydningen av arbeidsforhold for legers helse. Studier fra Legekårsundersøkelsen ble prioritert, dernest nordiske og britiske studier. Det ble lagt størst vekt på publikasjoner fra 1996–2001, men eldre studier er også tatt med.

Enkétundersøkelse

om lege-for-lege-ordningen

Lederne i Legeforeningens 19 fylkesavdelinger ble kontaktet per e-post og stilt følgende tre spørsmål som skulle besvares innen fire dager: Er det i ditt fylke en støttekollega (støttelege)-ordning? Er det i ditt fylke en lege-for-lege-ordning (allmennmedisinere)? Er det i ditt fylke en ordning for leger med psykiske problemer (psykiatere som på forhånd er innforstått med at de kan få henvist leger)?

Alle spørsmål kunne besvares med ja/nei/vet ikke. Etter tre purringer kom det svar fra alle 19 fylkesavdelinger.

Resultater

Legers helseproblemer og helsetjeneste for leger

Historisk er behandlingsprogrammene for leger (impaired physicians) i USA viktige. De siste 30 årene har amerikanerne erkjent problemet med alvorlig syke leger (7, 8), og de har også kommet lengst i å undersøke effekten av intervensjoner (16, 17). De siste årene er det blitt arrangert internasjonale konferanser om legers helse ved et samarbeid mellom legeforeningene i USA og Canada, og den første og hittil eneste europeiske konferansen om legers helse ble arrangert av Legeforeningens forskningsinstitutt i 1996 (18).

Legeforeningen vedtok i 1990 å iverksette den landsomfattende Legekårsundersøkelsen, som er unik i internasjonal sammenheng, både med hensyn til representativitet og omfang (3, 19, 20). Også i Storbritannia, USA og Finland er det gjort forsøk på å kartlegge helse og helsetjeneste blant leger (5, 21–23).

I Norge har Modum Bads Nervesanatorium prioritert behandling av leger og annet helsepersonell. Med unntak av Atle Roness' arbeider om leger innlagt ved Modum og andre psykiatriske institusjoner i Norge (24, 25), er lite skrevet herfra med fokus på leger og på det spesielle ved det å behandle leger. Ressurssenter for leger er et lavterskeltilbud utviklet i samarbeid mellom Modum Bads Nervesanatorium og Legeforeningen (26–28).

Generell helsestatus og somatisk helse

I utgangspunktet skulle leger ha de samme helseproblemer som tilsvarende sosioøkonomiske gruppe i befolkningen. En større amerikansk undersøkelse viste bedre generell helseatferd (bruk av tobakk og alkohol, mosjonsvaner etc.) blant kvinnelige leger enn blant andre kvinner i befolkningen (5). Det ble konkludert med at de kvinnelige legene var gode helse-rollemodeller for amerikanske kvinner.

En landsrepresentativ finsk undersøkelse viste også bedre selvrapportert helse blant kvinnelige leger enn blant andre kvinner, mens de mannlige legene hadde like god helse som andre menn (23). Noen kroniske sykdommer var imidlertid mer vanlig blant både de kvinnelige og de mannlige legene, bl.a kronisk eksem, mage- og tarmlidelser, ryggplager og psykiske lidelser. De mannlige finske legene hadde oftere astma og kronisk emfysem enn andre menn.

En norsk undersøkelse har vist at mannlige leger lå høyere i fysisk funksjonsnivå enn andre akademikere, men lavere på sosial fungering og vitalitet (29). De kvinnelige legene var ikke forskjellige fra andre kvinner med høy utdanning. Legekårsundersøkelsen viste også mer helseplager blant de kvinnelige enn blant de mannlige legene; dette gjaldt hovedsakelig stressrelaterte smertelidelser (19).

Arbeid og psykisk stress

Flere studier tyder på høy forekomst av stress og psykiske problemer hos leger (23, 30, 31). Det er også påvist sammenheng mellom søvnmangel og psykiske problemer blant leger (10).

I undersøkelser om forbindelsen mellom arbeidsstress og helseplager er Karasek & Theorells krav-kontroll-modell (demand-control model) mye undersøkt, både i den generelle befolkning (32) og i flere studier blant leger (33–36). Kombinasjonen av høye krav og lav kontroll (autonomi) i arbeidet er avgjørende for psykisk og fysisk helse (bl.a. koronar hjertesykdom). En amerikansk oppfølgingsstudie blant leger viste at manglende kontroll og sosial støtte i arbeidet var knyttet til psykiske problemer ett år senere (34). Indirekte er krav-kontroll-modellen også blitt bekreftet i Legekårsundersøkelsen og andre nyere studier blant leger (37, 38). Lav grad av opplevd autonomi var den faktor som var sterkeste knyttet til tidspress blant norske leger, som oftere enn andre akademikere opplevde en oppjaget og hektisk arbeidssituasjon (37). Tidspress og avbrytelser i arbeidet opplevde turnusleger med selvmordstanker som mest belastende (39).

Også emosjonelt press og krevende pasientarbeid er knyttet til psykiske problemer i turnus, uavhengig av tidligere problemer, personlighet og andre faktorer som det ble kontrollert for (40). Dette er i samsvar med Maslachs modell for utbrenthet, der emosjonell utmattelse er en viktig enkeltfaktor (41). Falkum har validert denne modellen blant norske leger og funnet sammenheng mellom emosjonell utmattelse og depresjon (42).

Blant de norske turnuslegene var stress utenfor jobben, som for eksempel samlivsproblemer og manglende partner, knyttet til psykiske problemer (39, 40). Dette er i samsvar med en nyere undersøkelse blant britisk helsepersonell (43).

Psykiske lidelser og rusmisbruk

Selvrapporterte psykiske problemer er hyppigere blant leger og andre helsearbeidere enn i befolkningen ellers (23, 30). Spesielt er depressive symptomer og depresjon funnet hyppigere hos unge leger, med en prevalens på opptil 30% i det første året etter embetseksamen (4). Selvmord forekommer hyppigere blant leger, med 1–3 ganger økt risiko hos mannlige, og 3–6 ganger økt risiko hos kvinnelige leger sammenliknet med befolkningen ellers (6). Det er også økt risiko når leger sammenliknes med andre akademikere. Økt risiko for selvmord er også funnet blant norske leger frem til 1989 (44). En ny engelsk studie bekrefter økt risiko for selvmord blant kvinnelige leger, spesielt de yngste, men fant en lavere selvmordsrisiko blant mannlige leger enn i befolkningen ellers (45). Forklaringen kan være at de eldste årsklassene av menn ikke var inkludert i studien (44, 45). Norske medisinstudenter og

leger har høy forekomst av alvorlige selvmordstanker og selvmordsplaner (livstidsprevalens 8–10%), men lav forekomst av selvmordsforsøk (39, 46). Selvmordsforsøk som uttrykk for «rop om hjelp» er nok derfor mindre vanlig hos leger enn i befolkningen ellers, og legene lykkes med sine forsøk oftere enn andre.

Det er funnet høy forekomst av alkoholmisbruk blant leger i Storbritannia og Finland, men ikke i USA (47). Heller ikke i Norge er det funnet mer risikofylt drikking blant leger og medisinstudenter enn blant andre (48, 49). Likevel viser norske og andre undersøkelser at det er grunn til bekymring vedrørende problematisk drikkeatferd (drikking til beruselse og bruk av alkohol for å mestre spenning) blant kvinnelige studenter og leger, spesielt de under 40 år (47, 49, 50). Flere undersøkelser, inkludert en norsk, tyder på mer selvbehandling med vanedannende medikamenter blant leger enn blant andre (47, 51), og rusmisbruk er vanlig hos leger som innlegges i psykiatriske institusjoner (52). Roness & Kaldestad fant rusproblemer hos mer enn en tredel av legepasientene innlagt ved Modum Bad 1958–1989 (25). Roness fant hyppigere affektive lidelser (stemningslidelser) blant 124 norske leger i psykiatriske institusjoner enn blant andre pasienter (24). Nettopp komorbiditet av depresjon, rusmisbruk og suicid er viktig, spesielt blant leger.

Risikoen for selvmord øker ved samtidig depresjon, rusavhengighet og tidligere suicidal atferd – spesielt hvis det også foreligger tapsopplevelser og emosjonelt ustabil personlighet (53). Bedring av det psykiatriske behandlingstilbudet er viktig for forebygging av selvmord (54, 55). Suicidale leger bør overvåkes og bør hindres tilgang til letable medikamenter og for tidlig utskrivning fra institusjon (56). Det er for øvrig også økt forekomst av suicid blant leger som er under disiplinær overvåking (57).

Er det forskjeller på mannlige og kvinnelige leger?

Behov for hjelp på grunn av psykiske problemer ble rapportert av 17% av unge norske leger i fjerde året etter embetseksamen (58). Det var ingen forskjell mellom kvinner og menn. Prevalensen er på samme nivå som i befolkningen ellers, men der er det dobbelt så mange kvinner som menn med psykiske problemer (59). En manglende påvist forskjell mellom kvinnelige og mannlige leger skyldes sannsynligvis høyere behov for hjelp (og hjelpsøking) blant unge mannlige leger enn blant andre unge menn. Blant de unge mannlige legene hadde 4,8% oppsøkt psykiater eller psykolog siste året, mens tilsvarende tall i befolkningen ellers var det halve (2,5%), justert for alder og sosioøkonomisk gruppe (20). De unge kvinnelige legene skilte seg ikke fra kvinner i befolkningen ellers. Når norske kvinnelige leger undersøkes senere i karrieren, har de likevel

mer stressrelaterte smertepåslag og depressive symptomer enn de mannlige legene (19, 29, 60).

Bruk av forebyggende tiltak og primærhelsetjeneste

Leger har underforbruk av primærhelsetjeneste og enkelte forebyggende screeningsundersøkelser (21, 61). Kun 55 % av norske kvinnelige leger fulgte anbefaling om forebyggende kreftundersøkelse av livmorhalsen hvert tredje år, signifikant færre enn andre norske kvinner (62). Også finske leger oppsøker helsetjenesten sjeldnere enn andre (23). Blant unge britiske leger var en tredel ikke registrert som pasient hos allmennpraktiker (22). I en britisk studie med over 1 100 leger ble det undersøkt om disse fulgte den britiske legeforeningens etiske retningslinjer for helsetjeneste blant leger (21). 96 % var registrert hos en allmennpraktiker (som anbefalt), men en firedel av spesialistene ville aldri oppsøke allmennpraktiker før de søkte spesialistråd, og en firedel av allmennpraktikerne var registrert som pasient hos en annen lege i samme gruppepraksis som dem selv. Andre britiske studier tyder på at leger også mangler adekvat bedriftshelsetjeneste (22, 63).

Selvbehandling, sykmelding og hjelpesøking

En finsk studie viste at leger var sjeldnere sykmeldt enn andre og drev utstrakt selvbehandling. Dette gjaldt faktisk to tredeler av dem med psykiske lidelser (23). Flere andre undersøkelser tyder også på mye selvmedisinering blant leger (21, 22, 51). Legekårsundersøkelsen viste at åtte av ti leger hadde forskrevet medisiner til seg selv (51). En av ti oppgav å ha brukt nerveberoligende medikamenter, og av disse hadde 73 % forskrevet dette til seg selv.

Britiske undersøkelser har vist at leger oftere enn andre lar være å sykmelde seg og oftere «arbeider seg gjennom» sykdom (22, 64). Rosvold & Bjertness fant nylig at 80 % av norske leger i løpet av siste året hadde arbeidet mens de hadde en sykdom som de ville sykmeldt sine pasienter for (65).

Blant unge norske leger hadde de fleste av dem som rapporterte behandlingstrengende psykiske problemer, ikke søkt hjelp (40, 58). Vi vet ikke årsakene til dette.

Effekten av behandlingstiltak for leger

Det er i liten grad gjort noen form for evaluering av spesielle behandlingstiltak rettet mot leger. Unntak er de amerikanske programmene for leger. Siktemålet med disse programmene er tosidig: Å hjelpe leger med problemer, og å beskytte pasientene mot leger som ikke fungerer (8). I de aller fleste delstatene er programmene drevet av de lokale legeforeningene (medical societies), men i enkelte delstater er legetilsynet (medical boards) ansvarlig. Undersøkelser har vist at 75–77 % av legene med rusproblemer

var bedret og i stabilt avhold ved 5–10 års oppfølging, men dette krevde jevnlig urinprøver og overvåking (16, 17). Programmer etter mønster av Anonyme Alkoholikere og med regelmessig kontroll av urinprøver har vist seg å ha best effekt (66). Etter institusjonsinnleggelse var det nødvendig med minst 2–3 års oppfølging med månedlige konsultasjoner for å sikre best mulig resultat, og faren for å miste lisensen var en motivasjonsfaktor for flere (8). Ved de mest effektive tiltakene skiller man medisinsk behandling fra disiplinære tiltak og legger særlig vekt på selvhjelpsgrupper i konfidensielle behandlingsprogrammer (7). Programmene var tidligere hovedsakelig rettet mot rusavhengighet (over 90 %), mens senere studier viser flere leger med dobbeltdiagnoser (rusproblemer og psykiske lidelser) og rene psykiatriske diagnoser (67). Det er konkludert med behov for mer varierte psykiatriske behandlingstiltak enn kun vektlegging av rusproblemer (8, 67).

Legekårsundersøkelsen

En oppdatert oversikt over publikasjoner (med sammendrag) fra Legekårsundersøkelsen finnes på Legeforeningens hjemmeside (1). Tabell 1 viser en oversikt over omtalte studier fra dette forskningsprogrammet.

Legeforeningens tiltak for leger i Norge

Tidlige undersøkelser viste at en egen ordning med lege for lege var ønsket av 84 % av legene i Rogaland, og at en slik ordning burde poengtere arbeidsforhold, psykososiale faktorer og vanlig somatisk helsesjekk (11, 14). Et toårig pilotforsøk med seks legeleger og 28 legepasienter i Akershus viste at legepasientene ønsket innkallelse til undersøkelse hvert tredje til femte år, men gjerne årlig oppsøkende telefonkontakt, og at psykososiale forhold burde vektlegges (12, 13). Ordningen er ikke undersøkt etter oppstartingsfasen.

Ordningen er todelt: Støttelegene representerer et lavterskeltilbud, og er delvis oppsøkende overfor kolleger ved kriser og problemer. Støttelegearbeid skal ikke være legearbeid i tradisjonell forstand, og ordningen er ikke finansiert av trygden, men Legeforeningens fylkesavdelinger. Lege-for-lege-ordningen består av trygdefinansierte allmennleger spesielt plukket ut og opplært til å behandle pasienter som er kolleger. Legepasienters benekting av egen sykdom og det spesielle lege-pasient-forholdet som oppstår når de oppsøker en annen lege, krever helt spesiell oppmerksomhet, slik det er omtalt i en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (15). Spesialisttilbud (f.eks. psykiater for lege) inngår ikke formelt i ordningen.

Det foreløpige inntrykk er at en tredel av brukerne er slitne eller deprimerede, og at det er mindre rusmisbruk enn ellers i tilsvarende ordninger i de andre nordiske landene (B. Sørensen, personlig meddelelse).

Status for utbredelse av helsetjeneste for leger i Norge

Enkétundersøkelsen viste at støttelegeordningen er utbygd i alle 19 fylker. Lege-for-lege-ordningen er utbygd i 16 fylker (84 %), men den mangler i Nord-Trøndelag, Nordland og Troms. Fra Nordland ble det anført at lege-for-lege-ordningen tenkes erstattet av fastlegeordningen, og at støttelegeordningen hadde begrenset aktivitet. Psykiaterfor-lege-ordning finnes i 11 fylker, og i seks av 11 fylker var denne psykiateren samtidig veileder for støttelegeordningen. Denne ordningen mangler i bl.a. Akershus og Buskerud. To av fylkene uten fast ordning (Østfold og Hedmark) hadde likevel avtale med psykiatere som tok imot kolleger som pasienter dersom de hadde kapasitet til det.

Virksomheten i de to første årene ved Ressurssenter for leger ved Modum Bad Nervesanatorium (Villa Sana) er nylig evaluert (26). Villa Sana driver både gruppebaserte enukeskurs og individuell rådgivning. I løpet av perioden hadde 186 leger benyttet seg av tilbudene, hvorav 86 leger deltok på ukekurs (daglig undervisning og gruppesamtaler, og minst én individuell samtale i løpet av uken). Nesten halvparten av de 86 legene var kvinner. Problemer relatert til både jobb og privatliv var vanlige årsaker til at legene søkte senteret. Nesten alle kursdeltakerne (94–99 %) vurderte de personlig orienterte gruppesamtalene og de individuelle samtalene som svært bra eller ganske bra.

Diskusjon

Legers somatiske helse synes stort sett å være like god som i befolkningen ellers, og mye tyder på at kvinnelige leger har bedre fysisk helse enn andre kvinner. Selvrapporterte psykiske problemer, og spesielt depressive symptomer og depresjon, synes å være mer utbredt blant leger enn ellers. Noe av den tilsynelatende økte psykiatriske sykkeligheten kan skyldes måleinstrumenter som fanger opp et høyt generelt stressnivå i yrkesgruppen (20). Likevel viser undersøkelser i flere land at selvmord er hyppigere blant leger, spesielt gjelder dette kvinnelige leger. Rusavhengighet er også et vanlig problem blant leger som er innlagt i psykiatriske institusjoner, og selvbehandling med avhengighetsdannende medikamenter utgjør en risiko.

Den økte forekomsten av psykiske problemer blant leger og andre helsearbeidere skyldes sannsynligvis både individuelle faktorer og arbeidsmessige forhold (31). Arbeidsmessige forhold som gir økt risiko for psykiske problemer bør kunne forebygges. Tidspress, emosjonelt krevende pasientarbeid og mangel på søvn er vist i flere studier å være relatert til psykiske problemer. I andre stressende yrker der feil i arbeidet har store konsekvenser for andre (bl.a. yrkessjåfører og flygere) foregår det en nøye overvåking av arbeidstid og helse. Det er tanke-

Tabell 1 Studier om helseproblemer og helseatferd blant norske leger (Legekårsundersøkelsen)

Studie, årstall	Design	Utvalg	N	Svarprosent	Avhengig variabel	Viktige funn
Aasland og medarbeidere 1997 (19)	Tverrsnitt	Alle kategorier	6 652	72	Subjektive helseplager	Helseplager mer vanlig hos kvinner. Sammenheng mellom helseplager og lav grad av arbeidstilfredshet, høyt arbeidsstress og emosjonelt stress
Rosvold og medarbeidere 1998 (51)	Tverrsnitt	Alle kategorier	1 467	73	Bruk av beroligende medikamenter	80% hadde forskrevet medisin til seg selv. Bruk av beroligende medikamenter hadde sammenheng med økende alder, høy grad av psykisk stress og legearbeid utenfor sykehus. Av brukerne av beroligende medikamenter hadde 73% forskrevet dette til seg selv
Vaglun & Falkum 1999 (60)	Tverrsnitt	Alle kategorier	836	73	Depresjon, selvkritikk	Kvinner rapporterte mer depressive symptomer enn menn. Selvkritikk hadde sammenheng med depresjon blant menn, men ikke blant kvinner
Hem og medarbeidere 2000 (46)	Tverrsnitt	Alle kategorier	1 063	72	Selv-mordstanker og selvmordsforsøk	10% hadde alvorlig overveid eller planlagt selvmord, kun 1,6% hadde noen gang forsøkt selvmord. Selvmordstanker var hyppigere hos kvinner, enslige og hadde sammenheng med depresjon
Falkum 2000 (42)	Tverrsnitt	Alle kategorier	1 476	73	Utbrenthet	Emosjonell utmattelse hadde sammenheng med depresjon og lav arbeidstilfredshet
Tyssen og medarbeidere 2000 (40)	Prospektiv (1 år)	Turnusleger	371	58	Psykiske problemer med behov for behandling	11% hadde psykiske problemer (ingen forskjell mellom kvinner og menn). Psykiske problemer hadde sammenheng med arbeidsstress (emosjonelt press og krevende pasienter), samlivsproblemer og sårbarhet
Rosvold og medarbeidere 2001 (62)	Tverrsnitt	Kvinnelige leger	284	70	Selvundersøkelse av brystkjertler. Celleundersøkelse av livmorhalsen	De kvinnelige legene undersøkte brystene oftere enn andre akademikere, men fikk sjeldnere tatt celleundersøkelse av livmorhalsen
Rosvold & Bjertness 2001 (65)	Tverrsnitt	Alle kategorier	1 476	70	Arbeid under sykdom	80% hadde siste året arbeidet under sykdom de ville sykmeldt sine pasienter for. Mer enn halvparten hadde arbeidet under smittsom influensaliknende sykdom
Tyssen og medarbeidere 2001 (39)	Prospektiv (1 år)	Turnusleger	371	58	Selv-mordstanker (og selvmordsforsøk)	14% hadde hatt selvmordstanker siste året, 8% hadde noen gang alvorlig overveid eller planlagt selvmord, og 1,4% hadde gjort selvmordsforsøk. Det var ingen forskjell mellom kvinner og menn. Selvmordstanker hadde sammenheng med arbeidsstress i turnus (tidspres og avbrytelser i arbeid) og samlivsproblemer/manglende partner
Tyssen og medarbeidere 2001 (58)	Prospektiv (4 år)	Unge leger	396	63	Psykiske problemer med behov for behandling	17% hadde psykiske problemer (ingen forskjell mellom kjønnene, sannsynligvis mer problemer blant mannlige leger enn blant andre menn). Økning fra første året etter studiet. Ikke mulig i studiet å predikere enkeltindivider med problemer 4 år senere
Stavem og medarbeidere 2001 (29)	Tverrsnitt	Alle kategorier	1 126	57	Selvopplevd helsestatus	Mannlige leger bedre enn andre akademikere i fysisk fungering, men dårligere i vitalitet og sosial fungering. Kvinnelige leger dårligere enn mannlige leger i bl.a. fysisk fungering, vitalitet og psykisk helse

vekkende at en liknende forebyggende tankegang synes å være fraværende hva gjelder leger og annet helsepersonell.

Faktorer som tidspress og avbrytelser i arbeid er oftest organisatorisk betinget. Hastverk blant unge leger kan reflektere et uheldig arbeidsmiljø ved sykehusavdelingene, noe som også går utover andre arbeidstakere. Det er påvist mer psykiske problemer blant helsepersonell enn blant andre (30). Studier viser at dårlig fungerende samarbeid i avdelingene fører til langvarig sykefravær hos sykehusleger, selv når det kontrolleres for andre faktorer (36). Dette er forhold som helsepolitikere og helseadministratører bør merke seg.

Hvorfor er det ingen kjønnsforskjell i opplevde psykiske problemer blant unge norske leger, mens det blant noe eldre leger er mer stress og depresjon blant de kvinnelige legene? At problemer først viser seg etter noen tid, tyder på at arbeidsrelatert stress (og annet livsstress) virker inn, mens tidlige oppståtte problemer i større grad skyldes individuelle sårbarhetsfaktorer. Den økte forekomsten av problemer blant mannlige leger kan derfor være knyttet til personlighetsfaktorer. Økt forekomst av problemer blant de eldre kvinnelige legene kan i større grad skyldes stress relatert til yrke (og negative livshendelser). Vi har noe empiri for å hevde dette, da sårbarhet i form av økt selvkritikk predikerer depresjon hos mannlige leger, mens dette ikke finnes hos kvinnelige leger (50, 60). Videre er stressende livshendelser mer knyttet til depresjon blant kvinner enn blant menn (68), og det er også funnet sammenheng mellom arbeidsstress og depresjon blant amerikanske kvinnelige leger (69). Denne hypotesen må undersøkes videre i oppfølgingsundersøkelser, for å se om det skjer noen endring over tid i kohorten av unge norske leger.

Det er et underforbruk av allmennmedisinsk legetjeneste og forebyggende helsetjeneste blant leger. Det er allmennpraktikerne som best kjenner diagnostikk og behandling av de vanligste lidelsene, og som best kjenner til lokale henvisningsrutiner. De kan derfor sikre legene best behandling på linje med andre i befolkningen.

Leger driver utstrakt selvbehandling, jobber seg ofte gjennom sykdom, og blir sjeldnere sykmeldt. Mye av dette kan skyldes benekting og bagatellisering av egen sykdom hos leger, og også ekstra vansker med å innta pasientrollen (15). Noen vil hevde at selvbehandling ikke er så ille i alle tilfeller, men i en undersøkelse blant britiske allmennpraktikere fant et panel av allmennpraktikere at gjennomført selvbehandling var dårlig klinisk praksis i om lag 80% av tilfellene (70). At leger i stor grad behandler seg selv for psykiske problemer (og med psykofarmaka), slik norske og finske data viser, vil de fleste betrakte som svært uheldig.

De fleste unge norske leger som opplever psykiske problemer med behov for behand-

ling, hadde ikke søkt hjelp. Leger burde vite hvor de skal få hjelp, og årsakene til at de likevel ikke søker hjelp bør undersøkes nærmere. Amerikanske studier tyder på at leger har svært gode muligheter for bedring med hensyn til avhengighet av rusmidler og kanskje også psykiske lidelser generelt, hvis de bare kommer til adekvat behandling. Effekten av behandlingstiltak blant leger bør undersøkes nærmere også i vår del av verden, spesielt når det gjelder rene psykiske lidelser.

Det er viktig med tidlig intervensjon ved psykiske problemer hos leger. Det er dette som er siktemålet for Legeforeningens tiltak. Det er positivt at støttelegeordningen, som er et lavterskeltilbud overfor dem som sliter psykisk, er utbygd over hele landet. Lege-for-lege-ordningen, derimot, er ennå ikke utbygd i alle fylkene, bl.a. i strøk der det kan være få kolleger i nærmiljøet. Den største mangelen i dagens ordning synes likevel å være mangelen på faste psykiatere for leger. Siden stress og psykiske problemer er så utbredt hos leger, kommer psykiatrisk helsetjeneste i en særstilling, og leger bør sikres tilgjengelighet til et psykiatrisk tilbud.

Det kan tenkes at lederne av fylkesavdelingene ikke er godt nok orientert om disse ordningene, men dette ansees som lite trolig. Det kan også tenkes at de overrapporterer. Svarene sier lite om innholdet i ordningene, og det mangler en oppdatert brukerundersøkelse.

Legekårsundersøkelsen og utenlandske studier har gitt oss ny kunnskap om legers helse og helseatferd. Mye tyder på at arbeidsmiljøet og den store andel kvinnelige leger gjør forholdene i Norden spesielle i forhold til andre land. De nordiske landene bør derfor søke samarbeid om forskning på dette feltet.

Litteratur

1. Legeforeningens hjemmeside (med lenke til publikasjoner fra Legeforeningens forskningsinstitutt). www.legeforeningen.no.
2. Aasland OG, Falkum E. Hvordan har vi det i dag? Om legers helse, velvære og arbeidsglede. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3818–23.
3. Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen: responsen på spørreskjemaundersøkelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3052–8.
4. Firth-Cozens J. Depression in doctors. I: Robertson MM, Katona CLE, red. Depression and physical illness. New York: John Wiley 1997: 95–111.
5. Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. Arch Intern Med 1998; 158: 342–8.
6. Lindeman S, Lääri E, Hakko H, Lönnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry 1996; 168: 274–9.
7. Brooke D. Impairment in the medical and legal professions. J Psychosom Res 1997; 43: 27–34.
8. Centrella M. Physician addiction and impairment – current thinking: a review. J Addict Dis 1994; 13: 91–105.

9. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study. Arch Fam Med 2000; 9: 359–67.
10. Firth-Cozens J. Stress, psychological problems, and clinical performance. I: Vincent C, Ennis M, Audle RMJ, red. Medical accidents. Oxford: Oxford University Press, 1993: 131–49.
11. Haga E, Thorsen O, Halvorsen L, Reiten K. Helsetjeneste for leger i Rogaland: en spørreskjemaundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3625–6.
12. Hjemmen A, Rutle O, Steinfeldt-Foss OW, Fonnøløp H, Svenning Ø. Helsetjeneste for leger: erfaringer fra et pilotprosjekt. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 961–4.
13. Rutle O. Lege og pasient på samme tid: erfaringer som deltaker i en helsetjeneste for leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 964–6.
14. Thorsen O, Haga E. En helsetjeneste for leger: hva ønsker legene selv – form og innhold? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3788–90.
15. Tyssen R. Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege. Tidsskr Nor Lægeforen. 2001; 121: 3533–5.
16. Shore JH. The Oregon experience with impaired physicians on probation: an eight-year follow-up. JAMA 1987; 257: 2931–4.
17. Gallegos KV, Lubin BH, Bowers C, Blevins JW, Talbott GD, Wilson PO. Relapse and recovery: five to ten year follow-up study of chemically dependent physicians – the Georgia experience. Md Med J 1992; 41: 315–9.
18. Aasland OG. The physician role in transition: is Hippocrates sick? Soc Sci Med 2001; 52: 171–3.
19. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997; 45: 1615–29.
20. Tyssen R. Mental health problems among medical students and young physicians. A nationwide and longitudinal study. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, 2001.
21. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. BMJ 1999; 319: 605–8.
22. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health – II. Health and health behaviour. Soc Sci Med 1997; 45: 41–4.
23. Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Äärimaa M, Juntunen J, Kalimo R et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. Arch Fam Med 2000; 9: 1079–85.
24. Roness A. Leger innlagt i psykiatriske institusjoner i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3622–4.
25. Roness A, Kaldestad E. Psykiske lidelser hos leger innlagt i en psykiatrisk klinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3619–22.
26. Falkum E. Evaluering av virksomheten ved Ressurscenter for leger fra 1. oktober 1998 til 1. august 2000. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2001.
27. Høie IM. Romslig tilbud til slitne leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 389.
28. Høie IM. Ressurscenter for leger videreføres. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1424.
29. Stavem K, Hofoss D, Aasland OG, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. Scand J Public Health 2001; 29: 194–9.
30. Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. Br J Psychiatry 1997; 171: 519–23.
31. Firth-Cozens J, Payne R, red. Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions. Chichester: John Wiley, 1999. →

→

32. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
33. Elovainio M, Kivimäki M. Work and strain on physicians in Finland. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 26–33.
34. Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY et al. The psychosocial work environment of physicians: the impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *Occup Environ Med* 1995; 37: 1151–9.
35. Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scand J Public Health* 2000; 28: 123–31.
36. Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE et al. Sick leave absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001; 58: 361–6.
37. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D, Aasland OG. Tidspress blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 954–9.
38. Thomsen S, Dallender J, Soares J, Nolan P, Arnetz B. Predictors of a healthy workplace for Swedish and English psychiatrists. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 80–4.
39. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64: 69–79.
40. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers: a nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ* 2000; 34: 374–84.
41. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Occup Behav* 1981; 2: 99–113.
42. Falkum E. Hva er utbrentet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1122–8.
43. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000; 355: 533–7.
44. Aasland OG, Ekeberg Ø, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med* 2001; 52: 259–65.
45. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979–1995. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 296–300.
46. Hem E, Grønvold NT, Aasland OG, Ekeberg Ø. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians: results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 183–9.
47. Flaherty JA, Richman JA. Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16: 189–97.
48. Aasland OG, Amundsen A, Bruusgaard D, Jervell J, Mørland J. Norske legers alkoholvaner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 2553–8.
49. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: a study of two nationwide Norwegian samples of medical students. *Addiction* 1998; 93: 1341–9.
50. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1647–51.
51. Rosvold EO, Vaglum P, Moum T. Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians: a nationwide comparative study. *Soc Sci Med* 1998; 46: 581–90.
52. Brooke D, Edwards G, Taylor C. Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *Br J Addict* 1991; 86: 1011–6.
53. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 360–5.
54. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000; 355: 9–12.
55. Lindeman S, Läärä E, Vuori E, Lönnqvist J. Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 68–71.
56. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM* 2000; 93: 351–7.
57. Lindeman S, Läärä E, Lönnqvist J. Medical surveillance often precedes suicide among female physicians in Finland: a case-control study. *Occup Environ Med* 1997; 39: 1115–7.
58. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Factors in medical school that predict post-graduate mental health problems in need of treatment: a nationwide and longitudinal study. *Med Educ* 2001; 35: 110–20.
59. Sandanger I, Nygaard JF, Ingebrigtsen G, Sørensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 570–9.
60. Vaglum P, Falkum E. Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *J Affect Disord* 1999; 52: 153–9.
61. Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ. Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3209–14.
62. Rosvold EO, Hjartåker A, Bjertness E, Lund E. Breast self-examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians: a nation-wide comparative study. *Soc Sci Med* 2001; 52: 249–58.
63. Mitchell D, Ledingham J, Ashley-Miller M, red. Taking care of doctors' health: reducing avoidable stress and improving services for doctors who fall ill. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1996.
64. Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 378–82.
65. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001; 29: 71–5.
66. Galanter M, Talbott D, Gallegos K, Rubenstone E. Combined Alcoholics Anonymous and professional care for addicted physicians. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 64–8.
67. McGovern MP, Angres DH, Leon S. Characteristics of physicians presenting for assessment at a behavioral health center. *J Addict Dis* 2000; 19: 59–73.
68. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychol Med* 2001; 31: 593–604.
69. Frank E, Arden DD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1887–94.
70. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 153–6. ○

Annonsen