

Hva vet norske leger om egne hjelpe- og støtteordninger?

Sammendrag

Bakgrunn. Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg ønsket å få kartlagt i hvilken grad norske leger kjenner til og har benyttet ordningene med lege-for-lege, kollegastøtte og Villa Sana.

Materiale og metode. Spørreskjema ble sendt til et representativt utvalg på 998 yrkesaktive leger, med en svarprosent på 76.

Resultater. 66 % var kjent med støttekollega- og lege-for-lege-ordningen, og 53 % kjente til tilbudet på Villa Sana. Eldre leger og leger sør i landet var mer kjent med ordningene enn yngre leger og leger nord i landet. 7 % hadde vært i kontakt med kollegastøtteordningen, og 11 % med lege-for-lege-ordningen. 52 % mente at det var viktig at det ikke ble skrevet journal i forbindelse med støttekollegasamtaler, og 63 % mente at det var nødvendig med egne behandlingstiltak for leger, særlig i forhold til rusproblemer og psykiatri.

Fortolkning. Resultatene kan tyde på at det er et større behov for denne type tilbud enn det som finnes i dag.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Olaf Gjerløw Aasland

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

og
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Erik Falkum

Diakonhjemmets sykehus
Vinderen distriktpsikiatriske senter
og
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo

Inger Størmer Thaulow

Kragstokken legesenter
Oslo

Norske leger har gjennomgående god helse. Tall fra 1993 viser at norske leger har lavere sykefravær enn befolkningen generelt (1). Selv om andelen sykmeldte leger har økt siden da, er andelen fremdeles betydelig lavere enn i tilsvarende grupper i befolkningen (upubliserte data, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger). Noen internasjonale studier viser en høyere forekomst av depresjon, suicidalitet, rusmiddelavhengighet og samlivsvansker blant leger enn i grupper med tilsvarende akademisk bakgrunn (2–4). Andre studier antyder at leger kan ha færre slike problemer og ofte er mer gunstig stilt enn andre (5–8).

I 1980-årene tok Legeforeningen initiativ til et forskningsprogram for å kartlegge legenes velvære, helse og arbeidsforhold, Legekårsundersøkelsen (9). Resultatene viste bl.a. at leger har lang arbeidstid og stort tidspress på jobb (10–12), en bekymringsfull prevalens av «utbrenthet» (13), subjektive helseplager med klar tilknytning til arbeidssituasjonen (9) og en relativt sett høy forekomst av selvmordstanker og selvmordsforsøk lavere enn i befolkningen (16). Leger vegrer seg for å sykmelde seg eller søke behandling. Sannsynligvis bagatelliserer de ofte egne problemer og lidelser (17, 18).

Et godt pasient-lege-forhold er helt avhengig av at legens atferd er preget av tillit og forutsigbarhet. Derfor er det ekstra viktig å rette spesiell oppmerksomhet mot leger med rusproblemer eller andre alvorlige atferdsproblemer og finne hjelpeordninger som kan settes inn tidlig. Mye tyder på at slike ordninger bør være utformet spesielt for leger, bl.a. for at legen skal slippe å kom-

me på samme institusjon eller avdeling som sine egne pasienter.

I formålsparagrafen til Sykehjelps- og pensjonsordningen for Leger (SOP) står det: «I tillegg kan det ytes støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer og kollektive sosiale tiltak for medlemmer/ektefeller som er blitt pensjonister.» Formuleringen danner blant annet basis for tre tiltak: *Støttekolleger* er spesialtrente kollegarådgivere som finnes i alle Legeforeningens fylkesavdelinger. De kan kontaktes av leger som opplever at de trenger råd og hjelp, av legens kolleger eller av familie og venner som er bekymret. I utgangspunktet tilbyr de tre rådgivningssamtaler. Disse samtalene skrives det ikke regning på til trygdekantoret og de journalføres ikke. *Lege-leger* er spesialister i allmenntilleggsmedisin som kan fungere som legenes faste lege. Disse er også spesielt utvalgt, og deres arbeid koordineres gjennom fylkesavdelingene. *Villa Sana* omfatter rådgivningstjeneste og kurs for leger, ev. med ektefeller, på Modum Bad, der den enkelte lege kan ta direkte kontakt, uavhengig av fylkesavdeling.

Det sentrale ansvaret for disse tre tjenestene ligger hos Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg (KOHO), som har tatt initiativet til denne kartleggingen av legers kjennskap til og synspunkter på ordningene.

Materiale og metode

Et tosidert spørreskjema ble høsten 2005 sendt til et tilfeldig utvalg på 998 yrkesaktive leger. Spørreskjemaene var anonyme, men det ble likevel spurt om alder, kjønn, spesialitet, stilling og helseregion. Svarene er angitt i prosenter, til dels med 95 % konfidensintervall i parentes.

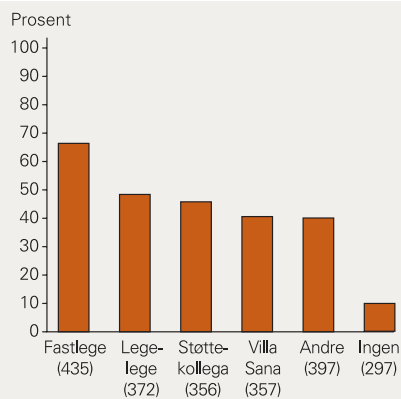
Resultater

756 leger (618 menn) svarte, dvs. en svarprosent på 76, 71 (67–74) for menn og 78

! Hovedbudskap

- To av tre leger kjenner til støttekollegaordningen og lege-for-lege-ordningen
- 7 % har vært i kontakt med støttekollegaordningen
- Nesten to tredeler mener at det er nødvendig med egne behandlingstiltak for leger

Figur 1



Prosentandel som angir hvem de ville kontakte hvis de trengte profesjonell hjelp. Tallene i parentes angir hvor mange som svarte på hvert spørsmål

(73–82) for kvinner, en statistisk signifikant forskjell. 66 % var kjent med støttekollegaordningen og lege-lege-ordningen, noen flere mannlige (69 %) enn kvinnelige (62 %). Blant leger under 30 år var det bare 35 % som var kjent med ordningene, mot 80 % blant leger over 50 år. Blant de 731 som hadde angitt helseregion, varierte andelen fra 51 % (28–56 %) i Helseregion Nord via Midt-Norge (59 %), Vest (68 %) og Øst (69 %) til 70 % (63–77 %) i Helseregion Sør. I forhold til spesialitetsgruppe varierte andelen som kjente til ordningene, fra 50 % (43–57 %) blant de 206 legene som ikke hadde oppgitt eller ikke hadde noen spesialitet, via kirurger (59 %), laboratorieleger (60 %), indremedisinere (73 %), psykiatere (80 %), allmennmedisinere (84 %) og til 87 % (65–97 %) blant samfunnsmedisinere.

Det var flere kvinnelige (58 %) enn mannlige (51 %) leger som var kjent med tilbudet på Villa Sana. Også her var det en klar aldersgradient, fra 21 % blant leger under 30 år til 58 % blant leger på 60 år eller mer. Det var ingen geografisk variasjon, men stor variasjon mellom spesialitetsgruppene, fra 42 % blant kirurger til 74 % blant allmennmedisinere og 79 % blant psykiatere.

Vel 7 % av respondentene hadde vært i kontakt med støttekollegaordningen. Her var det ingen regionale forskjeller. 11 % (9–13 %) hadde vært i kontakt med lege-for-lege-ordningen. Her var andelen signifikant høyere i Helse Øst, med 17 % (13–22 %). 27 av 731 respondenter, dvs. knapt 4 %, hadde vært til rådgivning og/eller kurs på Villa Sana. De fleste av disse kom fra Helse Øst og Helse Sør, og fra Helse Nord hadde bare én av respondentene vært til rådgivning og ingen på kurs.

Vi stilte spørsmålet: «Hvis du trenger profesjonell hjelp for personlige problemer – hvem vil du kontakte?» Svaralternativene var Ingen, Fastlege, Lege-lege, Støttekollega, Villa Sana og Andre, og med mulighet

til å krysse av på flere alternativer. Om lag halvparten av legene svarte ikke på dette spørsmålet. Fordelingen av svarene fremgår av figur 1.

51 % mente at det var avgjørende eller ganske viktig at støttekollegene ikke skriver journaler i forbindelse med rådgivende samtaler. Det var særlig indremedisinere som mente dette, 64 % (56–71 %), mot f.eks. 40 % (28–54 %) blant psykiaterne. Her var det også en kjønnsforskjell; 56 % (50–61 %) av kvinnene mot 49 % (44–54 %) av mennene var opptatt av denne formen for anonymitet.

Tre av fire leger mente at vi fortsatt trenger en lege-for-lege-ordning, selv om alle leger nå også har fått tildelt sin fastlege. Nesten halvparten av respondentene hadde begrunnet svaret på dette spørsmålet. De viktigste argumentene var at fastlegen ofte var for nær, og at det var viktig å kunne konsultere leger med erfaring i kollegetarbeid.

37 % mente at det ikke burde være nødvendig med egne behandlingstiltak for leger, mens 26 % mente at dette burde finnes i forhold til alle former for medisinsk behandling. En mellomgruppe på 37 % mente at det i alle fall burde finnes i forhold til rusproblemer og psykiske problemer. Her var det ingen forskjeller mellom kjønn, alderskategorier eller helseregion, men over halvparten av allmennmedisinere mente at det var viktig å ha egne hjelpeordninger i forhold til rus og psykiatri.

Diskusjon

Den forholdsvis høye svarprosenten indikerer sannsynligvis at egne hjelpe- og støtteordninger er noe leger flest er opptatt av. Derfor er det et viktig signal at bare to av tre leger er kjent med støtteordningene. Her har Legeforeningen en viktig informasjonsoppgave. Det kan også se ut som om behovet for informasjon om hjelpeordningene er større i de nordlige landsdelene, ettersom det var færre der som visste om ordningene og færre som f.eks. hadde vært til rådgivning eller kurs på Villa Sana.

Når om lag halvparten av legene er enige i ordningen med at støttekollegene ikke skriver journaler, er det kanskje en god grunn til å fortsette med en slik praksis. Det er interessant at psykiaterne i minst grad er opptatt av dette – kanskje har de mer erfaring med at denne typen journal kan være nyttig? Det er vel også god grunn til å fortsette med lege-for-lege-ordningen etter innføringen av fastlegeordningen. En mellomløsning kan være at en lege får registrert sin aktuelle lege-lege som sin fastlege.

Det var mange som ikke svarte på spørsmålet om hvem man ville kontakte dersom man trengte profesjonell hjelp. De fleste som svarte, krysset av på «andre», og ikke på ett av de fire oppgitte svaralternativene fastlege, lege-lege, støttekollega og Villa Sana. En forklaring kan være at situasjonen er for hypotetisk – det er først når hjelpebehovet er

der at man kan vurdere hvem man vil søke hjelp hos.

At to av tre leger mener at det er nødvendig med egne behandlingalternativer for leger, må også oppfattes som et tydelig signal til Legeforeningen om at dette arbeidet burde styrkes ytterligere, kanskje særlig i forhold til rus og psykiatri.

Litteratur

1. Aasland OG. Morbidity and subjective well-being. I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Physicians in Norway, past and present. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 470–80.
2. Waring EM. Psychiatric illness in physicians: a review. *Compr Psychiatry* 1974; 15: 519–30.
3. Wall TD, Bolden RI, Borrill CS et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Brit J Psych* 1997; 171: 519–23.
4. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psych* 2002; 10: 154–65.
5. Harford TC, Parker DA, Grant BF et al. Alcohol use and dependence among employed men and women in the United States in 1988. *Alcohol Clin Exp Res* 1992; 16: 146–8.
6. Soboczek NW, Justice AC, Hinze S et al. When doctors marry doctors: A survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann Intern Med* 1999; 130: 312–9.
7. Hawton K, Clements A, Simkin S et al. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM* 2000; 93: 351–7.
8. Hawton K, Clements A, Sakaravitch C et al. 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.
9. 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.
10. Hofoss D, Gjerberg E. Legers arbeidstid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3059–63.
11. Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D et al. Tidspress blant norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 954–9.
12. Gjerberg E, Hofoss D, Falkum E et al. Legers kontroll over egen arbeidssituasjon – en myte?. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1800–4.
13. Falkum E. Hva er utbrenthet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1122–8.
14. 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.
15. Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960–2000. *Psychol Med* 2004; 35: 341–8.
16. Hem E, Grønvdal NT, Aasland OG et al. 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.
17. Christie VM. Syk lege. En presentasjon gjennom 88 legers stemmer. Oslo: UniPub, 2001.
18. Ingstad B, Christie VM. Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. *Anthropology & Medicine* 2001; 8: 201–10.

Manuskriptet ble mottatt 21.8. 2006 og godkjent 3.11. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.