

Støttelegers syn på støttekollegaordningen

BAKGRUNN Legers helsetilstand og helserelevante atferd har betydning for legene selv og for pasientbehandlingen. Støttekollegaordningen er et fylkesbasert lett tilgjengelig helse- og omsorgstilbud for leger. Ordningen er hittil ikke blitt systematisk evaluert. Vi ønsket derfor å beskrive rammer og funksjoner og undersøke nytteverdien av ordningen.

MATERIALE OG METODE 14 fokusgruppeintervjuer med totalt 61 støttekolleger fra alle fylker ble gjennomført. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTATER Rammebetingelsene for ordningen – lett tilgjengelighet, raskt tilbud om inntil tre samtaler, stor grad av konfidensialitet og uformell kontakt – ble fremhevet som viktige for at leger skal bruke den. Støttekollegene beskrev sin funksjon som lyttende og støttende. De hjalp til med å sortere og diskutere behovet for eventuell videre oppfølging og behandling av mange forskjellige og ofte sammensatte problemstillinger. Støttekollegene fremholdt tre nytteverdier: Ordningen er *holdningsskapende* ved å legitimere hjelpesøking for leger, er en *beredskapsordning* og er *avlastende* ved å senke terskelen for å søke videre råd og behandling.

FORTOLKNING En systematisk evaluering av støttekollegaordningen er viktig for å forstå helheten i det kollegiale helse- og omsorgstilbudet. Støttekollegaordningen kan senke terskelen for å søke hjelp og bidra til at noen leger lettere søker nødvendig behandling.

En viktig forutsetning for optimal pasientbehandling og av betydning for legene selv er deres egen helsetilstand og helserelevante atferd (1–3). Leger har mindre sykefravær enn andre yrkesgrupper og søker sjeldnere behandling (3, 4). På denne bakgrunn er det i flere land utviklet helse- og omsorgstilbud spesifikt for leger (5–7).

Som andre innbyggere i Norge har leger lovfestet rett til nødvendig helsehjelp (8). Pasientsikkerheten reguleres i helsepersonelloven og av Statens helsetilsyn (9).

Utover dette tar profesjonen selv på seg ansvaret. Leger skal hjelpe, råde og veilede kolleger samt tilby hjelp ved sykdom eller rusmiddelmissbruk. Leger skal også ivareta sin egen helse. Dette er omtalt i kapittel 2 § 2-3 i etiske regler for leger (10).

På bakgrunn av bekymring for legers helse og deres atferd ved sykdom støttet Legeforeningen i 1990-årene opprettelse av tre typer helse- og omsorgstilbud for leger. Lege-for-lege-ordningen, der utvalgte allmennleger og noen spesialister har kolleger som pasienter (11), finnes fortsatt i halvparten av fylkene. I tillegg ble det utviklet et støttetilbud: støttekollegaordningen (12) og ressurscenteret Villa Sana (13, 14).

Støttekolleger finnes i alle fylker. Dette er erfarne leger som er oppnevnt til å bistå andre leger som trenger støtte (12). Ved rekruttering vektlegges individuelle egenskaper, kjønnsfordelingen, fordeling mellom sykehusleger og leger utenfor sykehus og plassering i fylket. Kontakten skal være kollegial – støttekollegaen skal gi råd og vei-

ledning (12). Det tilbys inntil tre samtaler med en støttekollega, som kan få kompensasjon for sin innsats fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Støttekollegaen fører ikke journal og skriver ikke sykmeldinger (12). Ordningen er gratis og kan benyttes av alle medisinstudenter og leger i Norge. Den annonseres på Legeforeningens nettsider, i *Tidsskrift for den norske legeforening* og i flere lokale medlemsblader.

Støttekollegaordningen er hittil ikke blitt evaluert – utover en enkel årlig registrering av antall samtaler og en grovinndeling av årsaker til kontakt. Hvert år kontaktes støttekollegaordningen av ca. 100 leger, omtrent like mange sykehusleger som leger utenfor sykehus (15). Vi ønsket å gjøre en mer omfattende forskningsbasert kvalitativ evaluering og stilte følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke rammer er viktige for en støttekollegaordning, og hvilke funksjoner kan ordningen ivareta, sett fra støttekollegenes synspunkt?
- Hva mener støttekollegene om nytteverdien av ordningen?

Materiale og metode

Deltakere

Alle de 84 støttekollegene ble invitert til å delta, og 61 aksepterte. Alle 19 fylker var representert. 13 gruppeintervjuer og ett telefonintervju ble gjennomført i perioden august 2011 til juni 2012.

Fokusgruppene besto av 2–8 støttekolleger fra samme fylke, i noen tilfeller samlet fra to eller tre nabofylker, og intervjuene

Karin Isaksson Rø
karin.ro@legeforeningen.no
Olaf Gjerløw Aasland
LEFO – Legeforskningsinstituttet

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Rammene for støttekollegaordningen, lett og rask tilgjengelighet og høy grad av konfidensialitet, ble av støttekollegene beskrevet som viktige for at ordningen brukes

Støttekollegene opplevde sin funksjon som hovedsakelig lyttende og som en hjelp til å sortere i ulike og ofte sammensatte problemstillinger

Ordningen ble beskrevet å være holdningsskapende, å være en beredskapsordning og å være avlastende ved å senke terskelen for å søke videre råd og behandling

Tabell 1 Beskrivelse av deltakerne i fokusgruppeintervjuene

		Antall (N = 61)
Kjønn	Kvinne	30
	Mann	31
Spesialitet	Allmennpraksis/arbeidsmedisin	35
	Psykatri	17
	Somatisk sykehuslege	9
Antall år i legeyrket	0–9	0
	10–19	5
	≥ 20	56
Antall år som støttekollega	0–3	11
	4–9	20
	≥ 10	30

varte ca. 90 minutter. De ble primært gjort lokalt, men et par gruppeintervjuer ble gjennomført i januar 2012 i forbindelse med støttekollegenes årlige møte i Oslo. Telefonintervju ble valgt i et fylke der det var praktisk vanskelig å samle en gruppe. Informantene er beskrevet i tabell 1.

Intervjuer og analyser

Etter en diskusjon om ulike måter å evaluere støttekollegaordningen på ved det årlige møtet for støttekollegene i januar 2011, så de seg villige til å delta i en kvalitativ evaluering med fokusgruppeintervjuer. Metoden er egnet til å studere erfaringer, holdninger og synspunkter og er derfor nyttig i et eksplorative perspektiv av forhold som er lite kartlagt tidligere (16). Intervjuene ble ledet av en moderator (KR) og en medhjelper (OGA), begge leger med erfaring fra evaluering av andre støttende tiltak for leger.

Deltakerne ble bedt om å beskrive rammene for støttekollegaordningen, hvilke funksjoner ordningen ivaretar, hvilke type henvendelser man får, hvilke roller støttekollegaen har og hva de mente om ordningens nytteverdi. Utsagn på lydfilet kunne ikke knyttes til én enkelt deltaker, og deltakerne fikk anledning til «sitsatsjekk».

Intervjuene ble tatt opp på lydfil, transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering inspirert av Giorgio, som beskrevet og modifisert av Malterud (17). Etter å ha lest hele materialet for å få et overblikk ble to intervjuer lest i detalj og kodet i henhold til de overordnede temaene i intervjuguiden av forfatterne separat og så diskutert til enighet oppsto. Etter koding av de resterende intervjuene ble temaer identifisert på tvers av hele datasettet.

Etikk

Deltakerne har gitt skriftlig informert samtykke til deltakelse i studien. Den var ikke meldepliktig til regional etisk komité.

Resultater

Rammer for ordningen

Støttekollegene beskrev at rammene omkring ordningen er viktige for at leger skal benytte tilbudet. De poengterte at dette bør være et raskt og lett tilgjengelig uformelt lavterskeltilbud. Når leger først tar kontakt, har de ofte ventet lenge og trenger hjelp fort. Fordi samtalen ikke dokumenteres eller journalføres, er legene trygge på at konfidensialiteten ivaretas. Noen leger meldte til støttekollegene at det å be om hjelp fra en de ikke kjenner, en som ikke har relasjoner til andre i deres arbeidsmiljø, er viktig. Særlig når ens eget nettverk ikke strekker til, kan hjelp fra en støttekollega være avgjørende.

Troen på at støttekollegaen vil forstå situasjonen (fordi vedkommende selv er lege) var viktig, spesielt hvis det dreide seg om hendelser på jobb.

Og da er det veldig greit å ha noen som er i samme situasjon, som kanskje har en større forståelse for hvilken situasjon du er oppe i. Og det gjelder jo spesielt saker hvor – jeg ser jo saker hvor du enten blir tatt for feilbehandling eller anklaget for å ha gjort en eller annen dårlig jobb, eller noe du ikke skulle ha gjort i jobben, der det kan være veldig vanskelig å snakke med noen utenforstående (gruppe 3).

Støttekollegenes funksjon

Støttekollegene beskrev at leger bærer på vanskelighetene sine lenge. Problemstillingene kan være sammensatte og «svære saker

som folk strever med» (gruppe 2) når de først søker hjelp.

De mente at det over tid hadde vært en forskyvning fra mer individuelt relatert og privat problematikk til arbeidsplassrelatert problematikk som henvendelsesgrunn. Det kunne være konflikter og uro, ofte i forbindelse med omorganiseringsprosesser, reaksjoner på uheldige hendelser og for tung arbeidsbyrde. Vurdering av bytte av spesialitet eller å slutte som lege var også tematikk som ble tatt opp.

I noen fokusgrupper beskrev støttekollegene at det nå er flere yngre kvinner som tar kontakt, kanskje skjer det allerede i turnustiden eller på slutten av studiet. De føler seg overveldet av det ansvaret de forventes å ta, har høyt prestasjonsnivå og mye selvbehandling.

Støttekollegene møtte nå også oftere leger med annen kulturbakgrunn:

Da tenker jeg spesielt på utenlandske kolleger, som er veldig redde for ikke å svare til forventninger fra de norske, faste, drevne kollegene. De kommer gjerne alene, har altså ikke små barn. Og det blir forventet at det ikke er noen grenser for arbeidsinnsats, for eksempel. Det blir et mønster at kravene blir for store. Og samtidig, det å være ikke norsk i seg selv er en vanskeligere inngangsport til, i alle fall mindre, miljø – fagmiljø (gruppe 5).

Individuelle årsaker til å ta kontakt kunne være rus, egen eller pårørendes sykdom eller relasjonsvansker i familien.

En viktig del av støttekollegaens rolle var å lytte. Støttekollegasamtalen kunne ofte være en første høyttenkning sammen med noen – en hjelp til å sortere, rydde og strukturere og diskutere veivalg og håndtering av problemene videre.

Vi skal være rådgivere og veiledere, men jeg tror den viktigste egenskapen som vi bør ha er å kunne lytte store deler (gruppe 8).

Flere støttekolleger sa at en del av rollen er å normalisere reaksjoner og følelser hos den hjelpsøkende. De kan trenge å minne vedkommende på at også andre leger gjør feil og for eksempel etterspørre hva de «ville sagt til sine egne pasienter» i en tilsvarende situasjon. I klagesaker handlet det ofte om å hjelpe legen ut av følelsen av kaos og handlingslammelse.

Støttekollegene ville også bidra med å vurdere behovet for videre oppfølging eller behandling. Flere av dem som hadde tatt kontakt, var blitt anbefalt å søke behandling hos fastlege, psykoterapeut/familieterapeut eller annen spesialist.

I tråd med at årsakene til å søke hjelp var sammensatte, oppga støttekollegene at de kunne møte forventninger fra de hjelp-

søkende om at de skulle ha/ta mange ulike roller – fra behandlende lege til tillitsvalgt eller advokat. Noen leger som oppsøkte ordningen, kunne derfor oppleve at de ikke ble helt møtt på sine behov. Noen støttekolleger diskuterte om det ville være nyttig å slå sammen funksjonene i støttekollegaordningen og lege-for-lege-ordningen. Noen støttekolleger hadde også i noen situasjoner valgt å skifte rolle fra støttekollega til behandlende lege.

Nytteverdien av ordningen

Holdningsskapende og forebyggende. Støttekollegaarbeidet ble beskrevet å bidra til å skape en kultur der legers egne følelser og behov blir anerkjent. Den legitimerer at leger kan søke hjelp.

... målet må jo være å gjøre oss overflødig med at vi skaper en ny kultur hvor det er tillatt å være lege og likevel ha følelser og behov (gruppe 12).

Støttekollegene fikk over tid et skjerpet blikk for kolleger som trenger hjelp, og det ble legitimt å spørre om det var noe i veien og å støtte leger i ulike sammenhenger. Støttekollegarollen kunne dermed bli en modell for hvordan leger kan samhandle og ta vare på hverandre.

Mange av støttekollegene snakket om likheten mellom støttekollegarollen og veilederrollen, og beskrev at det ble naturlig for dem å stimulere til formalisert veiledning. Veiledningsarenaen ble beskrevet som viktig for å kunne fange opp behovet for kollegial støtte på ulike måter.

Beredskap. Støttekollegene beskrev tilbudet som en viktig beredskapsordning som bør være tilgjengelig, tilsvarende kommunenes kriseteam. Ordningen er et sikkerhetsnett for dem som kommer dårlig ut, har gjort feil eller som det ikke ordner seg for på andre måter.

Men jeg tror det er veldig viktig at vi har – så å si – at folk i prinsippet vet at ordningen eksisterer, for det er et anker og en støtte. Altså, at det finnes en ordning hvis det skulle gå galt (gruppe 3).

Bevisstheten om at det finnes en støttekollegaordning ble beskrevet som «å ha en valium i skuffen» (gruppe 6). Leger kan tenke: Hvis det blir tyngre nå, så vet jeg at det finnes noen å snakke med. Da kan man føle seg mindre utlevert til situasjonen.

Det ble også beskrevet at det var viktig at de som står rundt legene, har kjennskap til denne beredskapsordningen. De som har truffet leger som har vært i en vanskelig situasjon, har i flere tilfeller meldt fra til en støttekollega. Det kan være behandlere eller kolleger, pårørende, jurister i Legeforeningen, veiledere for turnusleger eller nav.

En del av støttekollegene beskrev også at de selv hadde initiert kontakt – enten på bak-

grunn av en henvendelse (som nevnt over), fordi en kollega var omtalt i mediene, fordi en kollega var innklaget til tilsynsmyndighet eller når de så at en kollega ikke hadde det bra. Ofte ble støttekollegene godt mottatt når de tok kontakt, men de beskrev også erfaringer med at dette ble mottatt som en uønsket henvendelse. Det kunne skyldes kulturforskjeller eller at det ble tatt ille opp når det var spørsmål om rusproblemer.

Støttekollegene diskuterte om man med ordningen virkelig når frem til dem som trenger det mest. Burde flere ta kontakt? Kan ordningen oppfattes som for formell, er det uvitenhet om ordningen, er det forbundet med skam å ta kontakt eller kommer man ikke på muligheten når man er i krise? I en av gruppene ble det diskutert om kanskje leger har nok av andre nettverk utenom støttekollegaordningen.

Avlastende – senker terskelen for behandling, gir økt tillit. Støttekollegene fortalte at leger som hadde oppsøkt ordningen, som oftest var fornøyde og takknemlige etter samtalen(e). De fant samtalen meningsfulle og nyttige og nødvendige for å komme videre. Mange ble lettet. Ofte hadde de som hadde vært hos en støttekollega, anbefalt det for andre. Kontakten med en støttekollega kan være et første skritt mot å søke ordinær behandling. Ordningen ble beskrevet som et viktig supplement til fastlegene og til lege-for-lege-ordningen.

Støttekollegene formidlet at de helst burde hatt kontakt med noen av legene før vanskelighetene var blitt for store og en del grenser allerede var passert, for eksempel etter inndragning av autorisasjon eller politianmeldelse. Flere pekte på at leger ofte søker hjelp veldig sent – det skjer først når de står på kanten av stupet.

Diskusjon

Støttekollegene beskrev at rammene for ordningen, som konfidensialitet, rask avtale og møte med en som forstår, men ikke er del av arbeidssituasjonen, er viktig for at leger skal ta kontakt. Dette er i overensstemmelse med internasjonale studier, der man har funnet at leger lettere tar kontakt med ordninger som tilbyr lignende rammer (7, 13, 18). Likevel spør de om kanskje enda flere leger burde bruke ordningen.

En del støttekolleger opplever at det er blitt litt vanligere for leger å støtte hverandre enn tidligere. Det kan innebære at behovet for støttekollegaordningen blir mindre. I en ti år gammel undersøkelse fremkom det imidlertid at over 40 % av legene ikke kjente til ordningen, det gjaldt særlig yngre leger og leger i nord (19). Dette kan tyde på at den kanskje bør markedsføres bedre.

Støttekollegenes funksjon skal tilpasses et stort spekter av sammensatte og alvorlige

problemstillinger. Kolleger som er i konfliktfylte eller vanskelige arbeidsforhold, trenger ofte en personlig kontakt, noe støttekollegaen kan tilby. Men når det beskrives at andelen kontakter som relateres til (over)belastning og press på arbeidsplassen øker, er det viktig å vurdere om funksjonen som støttekollega også kan være med på å opprettholde systemsvikt det ellers ville ha vært nyttig å ta tak i gjennom andre kanaler, som ledelse eller tillitsvalgte.

Økningen i antall unge kvinnelige leger som kom til samtale kan tyde på at støttekollegenes funksjon kan endres noe. Vi vet at andelen kvinnelig leger øker både i Norge og internasjonalt. Det er derfor viktig å være oppmerksom på om denne endringen fører til behov for andre typer hjelp og støtte.

Støttekollegene definerte tre nytteverdier av ordningen: at den er holdningsskapende, at den er viktig beredskapsordning og at den er avlastende – slik at terskelen for behandling senkes og tilliten til hjelperen øker. Støttekollegene mente at ordningen bidrar til at leger får en endret holdning til både å søke hjelp selv og til å ta vare på kolleger.

Kan det være en motsetning mellom bruk av støttekollegaordningen og ivaretagelse av profesjonssamholdet? Mange leger med noen års erfaring opplever tap av individuell profesjonell autonomi og status og får kanskje mer enn nok med å ta vare på seg selv i arbeidshverdagen. Det kan gi mindre rom for god kollegialitet, og støttekollegene må overta. Dette blir kanskje i økende grad en utfordring for støttekollegene – på den ene side å kunne gi støtte til kolleger som opplever at helsevesenet gir mindre rom for individuell autonomi, på den annen side å formidle at den profesjonelle autonomien i økende grad må være kollektiv – legene må stå sammen (20). Når profesjonstilhørigheten trues, blir det ekstra viktig å ta vare på hverandre som kolleger, for eksempel gjennom en kollegastøtteordning.

De fleste støttekollegene fremhever at ordningen er viktig i beredskapsøyemed. Den kan være et avgjørende sikkerhetsnett i en hverdag der det å falle utenfor (ved å gjøre feil eller å bli syk) kan oppleves som så truende at noen til og med planlegger å begå selvmord, slik en av støttekollegene beskrev. Både i norske og engelske data oppgir de hjelpsøkende legene større andel suicidtanker enn leger for øvrig (7, 13). Sikkerhetsnettet kan være så viktig at bare muligheten til å kunne ta kontakt med en støttekollega, kan være nok til at man holder ut i en vanskelig situasjon.

Det er også viktig at kontakten kan formidles av andre, som pårørende eller kolleger, når legen ikke selv makter det. Fortsatt nøler også norske leger med å ta hensyn til sine egne behov når det gjelder behandling og sykefravær (3).

Støttekollegene beskrev at tilbakemeldinger fra de hjelpsøkende er at kontakten er avlastende og senker terskelen for å søke videre råd og hjelp. Hjelp til å sortere og kartlegge behov kan innebære at støttekollegaen påpeker og holder fast ved alvor i situasjonen, der legen selv kanskje initialt nedtoner eller avviser behov for behandling. Kontakten gir større tro på at det nytter å søke hjelp.

Mer behandling, særlig psykoterapi, er også dokumentert etter et annet lavterskeltilbud for leger i Norge, ressurscenteret Villa Sana, og internasjonalt etter et lavterskeltilbud for leger (7, 12, 13, 21). Støtteordninger for leger ser ut til å gi en mer hensiktsmessig bruk av det offentlige helsevesenet.

Styrker og svakheter

Styrken med en kvalitativ studie, som fokusgruppeintervjuer, er å få frem opplevelsesbasert kunnskap mer enn en kvantitativ rangering av viktighet eller hvor mange som mener hva (16, kap. 1). Dette kan begrense generaliserbarheten til en større gruppe. I denne studien har vi dog inkludert leger fra samtlige fylker, noe som gir overføringsverdi til den norske støttekollegagruppen som helhet. Problemstillingene vil også kunne være overførbare til lignende støttekollegaordninger i Danmark og Sverige.

En metodisk svakhet kan være at begge intervjuerne var leger, og at de hadde spesiell kjentskap til støttevirksomhet. På den ene side kan dette ha underlettet forståelsen og gjenkjennelsen av det som beskrives, på den annen side innebærer det en risiko for å ha egne antakelser om fenomener som dermed ikke utforskes tilstrekkelig. Variasjonen i for forståelse mellom intervjuerne, der KR har bakgrunn fra et mer individuelt klinisk perspektiv og OGA fra forskning på legegruppen som helhet gjennom mange år, har bidratt til nyansering i forståelsen av ulike fenomener.

I denne studien har vi undersøkt støttekollegenes egne vurderinger og deres videreformidling av hva de hjelpsøkende har sagt. Ordningens rammer, funksjon og nytteverdi bør også beskrives av legene som har brukt den før man kan ta en samlet stilling til hvordan den fungerer og bør fungere. Dette planlegges nå.

Karin Isaksson Rø (f. 1962)

er ph.d., har en mastergrad i helseadministrasjon og er instituttleder. Hun er overlege ved ressurscenteret Villa Sana, Modum Bad. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Olaf Gjerløy Aasland (f. 1944)

er seniorforsker. Han er dessuten professor emeritus ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296: 1071–8.
- Hem E, Haldorsen T, Aasland OG et al. Suicide among physicians. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2199–200.
- Gustafsson Sendén M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K et al. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly* 2013; 143: w13840.
- Tyssen R, Røvik JO, Vaglum P et al. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? – A longitudinal and nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 989–93.
- Ikeda R, Pelton C. Diversion programs for impaired physicians. *West J Med* 1990; 152: 617–21.
- Swiggart WH, Dewey CM, Hickson GB et al. A plan for identification, treatment, and remediation of disruptive behaviors in physicians. *Front Health Serv Manage* 2009; 25: 3–11.

- Garelick AI, Gross SR, Richardson I et al. Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Med* 2007; 5: 26.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [5.1.2016].
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> [5.1.2016].
- Den norske legeforening. Ethiske regler for leger. 1961. <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikket/etiske-regler-for-leger/> [10.11.2014].
- Den norske legeforening. Kollegastøtte. Legeforleggeordningen. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/kollegastotte/lege-for-legeordningen/> [29.10.2014].
- Den norske legeforening. Kollegastøtte. Støttekollegaordningen. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/kollegastotte/Stottekollegaordningen/> [29.10.2014].
- Rø KI, Gude T, Tyssen R et al. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one-year cohort study. *BMJ* 2008; 337: a2004.
- Rø KE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health* 2007; 7: 36.
- Holter TH. Statistikk om støttekollegaordningen. I: Utvalg for legehelse. Oslo: Den norske legeforening, 2014.
- Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
- Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805.
- Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL et al. Mental health services for residents: more important than ever. *Acad Med* 2004; 79: 840–4.
- Aasland OG, Falkum E, Thaulow IS. Hva vet norske leger om egne hjelpe- og støtteordninger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3256–7.
- Aasland OG. Legekunsten – en elefant i rommet. I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. Helse-tjenestens nye logikk. Oslo: Akademika, 2014: 173–84.
- Cohen D, Rollnick S, Smail S et al. Communication, stress and distress: evolution of an individual support programme for medical students and doctors. *Med Educ* 2005; 39: 476–81.

Mottatt 9.4. 2015, første revisjon innsendt 7.11. 2015, godkjent 5.1. 2016. Redaktør: Sigurd Høye.