
Legers arbeidsmiljø og helse – et samfunnsansvar

LEDER

SINA FURNES ØYRI

sina.f.oyri@uis.no

Sina Furnes Øyri er jurist, master i samfunnssikkerhet, ph.d. i helse og medisin, postdoktor ved Universitetet i Stavanger og rådgiver ved Stavanger universitetssjukehus.

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

Bedring av legers velferd er en investering i kvalitet og sikkerhet for pasienter.

Oppropet *#legermåleve* har satt et nødvendig og kritisk søkelys på legers arbeidsforhold og speiler det forskning har vist: Det er betydelige profesjonelle og personlige utfordringer med å være lege under et varig høyt arbeidspress (1, 2).

Selv om det er på overtid, er det ikke for sent å gjøre noe med strukturfaktorer som bidrar til dette. For å ivareta ryggraden i en norsk offentlig helsetjeneste må rammebetingelsene for legers arbeidsliv bedres.

Helsepersonellkommisjonen har pekt på at det kreves nye politiske løsninger for å rekruttere og beholde helsepersonell i en bærekraftig helsetjeneste (3).

Ansvar hviler på helsemyndigheter og arbeidsgivere, ikke på den enkelte lege. Dette ansvarsskillet gjelder også hendelser som er uønskede, der pasientbehandlingen har sviktet og pasienten har blitt skadet (4, 5). Flere undersøkelser har vist at et individrettet fokus i forbindelse med uønskede hendelser i helsetjenesten kan være personlig og profesjonelt uheldig (1, 4–7). Funn tyder på at et sanksjonsfritt miljø er det som best kan fremme kultur for deling, læring og forbedring (4, 5, 8). Norsk pasientskadeerstatning har sitt utspring i ideen om at det offentlige skal pulverisere ansvaret *på vegne av* helsepersonellet, fordi det ytterst sjelden dreier seg om bevisste skadehandlinger (1, 4–7). På generelt grunnlag bør derfor ikke pasientskader føre til personlig straffe- eller erstatningsansvar for helsepersonell.

En administrativ reaksjon fra tilsynsmyndighetene, som å begrense eller tilbakekalle autorisasjon etter at det har skjedd en feil, kan likefullt oppleves som *straff* (8). Varselutvalgets forslag om å slå Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten sammen med Helsetilsynet, er derfor uklokt (8). Eksisterende kunnskap tilsier at det norske helsevesenet trenger en uavhengig og ikke-sanksjonerende granskningsinstans.

«Åpenhet kan bidra til individuell og kollektiv læring, svekke den individuelle byrden og styrke pasientens og pårørendes tillit»

I en nylig publisert kvalitativ studie om åpenhet, rapportering og læring blant et utvalg kirurger ved norske universitetssykehus, peker man på et behov for bedre ivaretagelse etter alvorlige hendelser (4). Studien viser at kombinasjonen av kirurgisk risiko og kirurgens ferdigheter og selvtillit, kan gjøre kirurger særlig sårbare for kritikk. Personlig ubehag og skamfølelse kan påvirke kirurgers profesjonelle identitet, likeså frykten for ikke å få forlenget arbeidsforholdet der man jobber. Dette kan igjen svekke tiltroen til egne ferdigheter. Ubehaget ved å holde vanskelige erfaringer for seg selv forsterkes av manglende strukturert opplæring i mestring og strategier for å håndtere alvorlige hendelser.

Åpenhet kan bidra til individuell og kollektiv læring, svekke den individuelle byrden og styrke pasientens og pårørendes tillit (4). Opplæring i mestring og håndtering av uønskede hendelser må inn allerede i grunnutdanningen, og det er behov for å styrke veiledning og trening på dette i spesialiseringsløpene (4). Alvorlige hendelser bør ikke isolert sett normaliseres, men reaksjoner etter slike hendelser bør ufarliggjøres og tilrettelegges for.

De kirurgiske spesialitetene er utsatt for sviktende rekruttering (9). Generelle samfunnstrender, endringer i kjønnsbalansen og et pågående generasjonsskifte blant leger peker i retning av større behov og krav til påvirkning på egen arbeidssituasjon og balansen mellom jobb og privatliv (3, 4). I snitt jobber leger mer enn vanlige arbeidstakere i Norge, og overtid er en «patologisk» del av både arbeidsgivers forventninger og lønnen (3).

Stor arbeidsbyrde, begrenset mestring i jobben, høyt tempo og ineffektive systemer kan gi negativ effekt på behandlingskvalitet (2, 6). At etterspørselen etter spesialister overstiger tilgangen, forsterker utfordringsbildet (3). Fremtidig arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet må derfor både redusere høy arbeidsbelastning, utnytte de tilgjengelige ressursene bedre og sanksjonsfritt ivareta leger etter alvorlige hendelser (3). Realistiske tiltak for å forbedre noen av rammebetingelsene kan være kollegastøtteordninger, rutiner for søkelys på positive utfall, økt bruk av simulering av alvorlige hendelser samt aktiv tilrettelegging for et ikke-sanksjonerende arbeidsmiljø med vekt på å bygge opp fellesskapsfølelse internt i kliniske team (4, 7, 10).

Ansvar for de som bidrar med et av samfunnets viktigste oppdrag, hviler på bevilgende og utøvende myndigheter og de med lederhatten på i den norske helsetjenesten.

REFERENCES

1. Han K, Bohnen JD, Peponis T et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg* 2017; 224: 1048–56. [PubMed][CrossRef]
2. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022; 378: e070442. [PubMed][CrossRef]
3. NOU 2023:4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 19.8.2023.
4. Øyri SF, Søreide K, Søreide E et al. Learning from experience: a qualitative study of surgeons' perspectives on reporting and dealing with serious adverse events. *BMJ Open Qual* 2023; 12: e002368. [PubMed][CrossRef]
5. Ukom. Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser. <https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser/sammendrag> Lest 19.8.2023.
6. Hawkins RB, Nallamotheu BK. Surgeons and systems working together to drive safety and quality. *BMJ Qual Saf* 2023; 32: 181–4. [PubMed][CrossRef]
7. Lawton R, Thomas EJ. Overcoming the 'self-limiting' nature of QI: can we improve the quality of patient care while caring for staff? *BMJ Qual Saf* 2022; 31: 857–9. [PubMed][CrossRef]
8. Øyri S, Wiig S. Varselutvalgets rapport – et symbol på skjebnens ironi. *Dagens Medisin* 27.4.2023. <https://www.dagensmedisin.no/varselutvalgets-rapport-et-symbol-pa-skjebnens-ironi/562366> Lest 19.8.2023.
9. Søreide K, Nedrebø BS. Har kirurgiske fag et rekrutteringsproblem? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 1852–3. [PubMed]
10. Smallwood N, Bismark M, Willis K. Burn-out in the health workforce during the COVID-19 pandemic: opportunities for workplace and leadership approaches to improve well-being. *BMJ Leader* 2023; 7: 178–81. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 9. oktober 2023. *Tidsskr Nor Lægeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0556
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. februar 2026.