



Moralsk skade – relevant begrep for norsk helsepersonell?

DEBATT

BJØRN OLE REID

bjorn.ole.reid@stolav.no

Bjørn Ole Reid er spesialist i anesthesiologi og overlege ved St. Olavs hospital. Han er luftambulansesele i Trondheim og ansatt i Forsvarets sanitet.

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

ANDREAS NORDSTRAND

Andreas Nordstrand er ph.d. og psykolog ved NTNU og Forsvarets sanitet.

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

ODDVAR ULEBERG

Oddvar Uleberg er ph.d., spesialist i anesthesiologi og overlege ved St. Olavs hospital. Han er luftambulansesele i Trondheim og postdoktor ved Akutt klinikken, Oslo universitetssykehus.

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

Overskrifter i mediebildet om utbrenthet, slitasje, angst og depresjon er med på å beskrive arbeidsforholdene i norsk helsevesen. Er moralsk skade en mulig årsak til de belastninger helsepersonell står i?



Illustrasjon: Tidsskriftet

Nylig publiserte Tidsskriftet en kronikk av Espegren om arbeidsforholdene til norske leger der de formulerte følgende: «Enkelte har foreslått at vi slutter å snakke om utbrenthet hos leger, og heller snakker om moralsk slitasje» (1).

Moralsk skade, ikke utbrenthet?

Det er nærliggende å kalle det som mange leger føler på for utbrenthet. Men det er ikke nødvendigvis det å jobbe mye som er utfordringen. Leger har alltid jobbet mye, og det begynner gjerne før medisinstudiet. Likevel er inntrykket at leger har en økende opplevelse av å komme til kort i møte med pasientene. De føler at de ikke strekker til og at potensialet for å gjøre feil øker.

Det finnes støtte for at summen av moralsk belastende hendelser og moralsk slitasje kan gi det vi kan kalle moralsk skade også hos helsepersonell (2). Begrepet *moral injury* ble introdusert i 1994 og er basert på det å begå, være vitne til, ikke klare å forhindre, eller på annen måte erfare hendelser som går på tvers av ens egne moralske overbevisninger og forventninger (3). Hovedsymptomet er skyldfølelse. Andre symptomer er overdreven grubling på hendelsen som utløste skyldfølelse, skamfølelse, eksistensiell konflikt, tap av tillit til seg selv eller andre samt tap av mening (4).

«Det finnes støtte for at summen av moralsk belastende hendelser og moralsk slitasje kan gi det vi kan kalle moralsk skade også hos helsepersonell»

Fra egen forskning på mental helse hos helsepersonell i ambulans- og luftambulansetjenesten vet vi at avvik eller feil behandling med pasientskade og ulykker i ambulans oppleves som svært emosjonelt belastende (5). For personell i luftambulansetjenesten var det å ikke kunne hjelpe alvorlig syke eller skadde pasienter det mest traumatiske for den enkelte (6). Forekomsten av posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon var likevel ikke forskjellig blant respondentene i våre undersøkelser og den voksne norske normalpopulasjonen. Vi kjenner ikke til at forekomst av moralsk slitasje eller skade er undersøkt eller vist blant norsk helsepersonell.

Kollegastøtte

Ledelsen på forskjellige nivåer har ansvaret for å legge til rette for et forsvarlig arbeidsmiljø for arbeidstakerne. Fagforeningene skal sørge for at avtaler blir fulgt opp og rettigheter sikret. Legeforeningen har tilbud til sine medlemmer i støttekollegaordningen og i ressurscenteret Villa Sana (1,7). I likhet med Espegren stiller vi spørsmål ved om dette er adekvat.

Kan leger ha nytte av et tilpasset lavterskeltilbud med kollegastøtte, slik mange helseforetak har etablert for ambulanspersonell (5)? Kollegastøtte fra noen med samme spesialitetsbakgrunn og arbeidssted kan bidra til at man oppsøker eller blir tilbudt støtte og hjelp på et tidligere tidspunkt (8). I vår studie med ambulanspersonell rapporterte over en tredjedel av deltakerne at de hadde benyttet seg av kollegastøtteordningen (5). I tillegg fant vi en assosiasjon mellom manglende tilbud om kollegastøtte og symptomer på posttraumatisk stress.

Å gjøre feil

Mens fokus ved utbrenthet er på enkeltindividet, knyttes moralsk skade til at systemet ikke er tilpasset individet (9). Det å være få folk på jobb og det å arbeide lange vakter med forstyrrelse av døgnrytmen vil kunne påvirke så vel psykisk som somatisk helse, føre til fatigue og øke faren for å begå feil (10). Den enkelte kan gjøre feil, men det kan også være feil med utstyret eller i systemene som skal støtte behandlings- og pasientinformasjonsflyt, inkludert IT-systemer. Når vi gjør feil, opplever vi skam, skyldfølelse og tillitstap, som kan være symptomer på moralsk skade.

«Mens fokus ved utbrenthet er på enkeltindividet, knyttes moralsk skade til at systemet ikke er tilpasset individet»

Utfordringene vi står i, er ikke unike for Norge. I juni publiserte New York Times artikkelen «The Moral Crisis of America's Doctors» (11). Denne fulgte opp en tidligere publikasjon av legene Dean og Talbot fra 2018, som hevdet at moralsk skade oppstår når legen vet hva pasienten trenger, men er hindret i å yte helsehjelpen på grunn av faktorer utenfor legenes kontroll (9). Det mange amerikanske leger opplevde som traumatisk i egen arbeidshverdag over tid, mente de kunne knyttes til systemfaktorer som tidkrevende elektroniske pasientjournaler sentrale for faktureringen, og at ressursstyringen til dels var avhengig av inntjeningspotensialet.

Det er nok ikke *manglende* arbeidsmoral, men snarere den høye arbeidsmoralen til leger som utgjør en del av problemstillingen. Vi må møte disse utfordringene på en måte som tar høyde for den moralske integriteten til den enkelte og som bidrar til å skape rammer i arbeidslivet uten risiko for moralsk skade.

REFERENCES

1. Espegren MK. Veien til bærekraftige arbeidsforhold for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0547. [PubMed][CrossRef]
2. Hines SE, Chin KH, Glick DR et al. Trends in moral injury, distress, and resilience factors among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: 488. [PubMed][CrossRef]
3. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character. New York, NY: Simon and Schuster, 2010.
4. Litz BT, Stein N, Delaney E et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psychol Rev 2009; 29: 695-706. [PubMed][CrossRef]
5. Reid BO, Næss-Pleyms LE, Bakkelund KE et al. A cross-sectional study of mental health-, posttraumatic stress symptoms and post exposure changes in Norwegian ambulance personnel.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2022; 30: 3. [PubMed][CrossRef]

6. Reid BO, Næss-Pleyrn LE, Haugland H et al. Posttraumatic stress responses and psychological well-being in Norwegian medical helicopter personnel. *Air Med J* 2022; 41: 292-7. [PubMed][CrossRef]
7. Rø KI, Aasland OG. Støttelevers syn på støttekollegaordningen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 313-6. [PubMed][CrossRef]
8. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med* 2016; 91: 1200-4. [PubMed][CrossRef]
9. Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. *Fed Pract* 2019; 36: 400-2. [PubMed]
10. West CP, Tan AD, Habermann TM et al. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009; 302: 1294-300. [PubMed][CrossRef]
11. Press E. The moral crisis of America's doctors. *New York Times* 15.6.2023.
<https://www.nytimes.com/2023/06/15/magazine/doctors-moral-crises.html> Lest 18.8.2023.

Publisert: 31. oktober 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0666

Mottatt 2.10.2023, første revisjon innsendt 12.10.2023, godkjent 23.10.2023.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. desember 2023.