

---

## Tap av mening i legeyrket

---

LEGELIVET

ERLEND HEM

erlend.hem@lefo.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og professor ved Universitetet i Oslo.

---

### Leger må leve-aksjonen avdekket et misforhold mellom faglige idealer og arbeidsrammer. I en ny artikkel undersøker forfatteren dette i lys av dypere strukturelle endringer i helsetjenesten.

Leger må leve-aksjonen oppsto etter at en ung lege tok sitt eget liv i 2023, og tusenvis av leger delte historier om belastende arbeidsvilkår, psykiske helseplager og følelsen av å stå fast i et system som skader både dem selv og pasientene.

Norge har sterke velferdsordninger og et høyt ressursnivå. Likevel rapporterte legene om en arbeidshverdag preget av høy belastning, et tilsynelatende paradoks. For å belyse dette anvendte lege Caroline Engen ved Universitetet i Bergen og Haukeland universitetssjukehus Vosman og Niemeijers omsorgsetiske metode. Sentrale analytiske nøkkelbegreper i metoden er *tenke med, mot-tenke* og *revurdere* (1).

---

### Hva ligger bak belastningen?

I *tenke med-fasen* tas legenes egne beskrivelser på alvor: tidsnød, mangel på veiledning, frykt for å gjøre feil, dårlig samvittighet over sykefravær eller pauser samt en gjennomgående opplevelse av utilstrekkelighet. Arbeidet beskrives som fragmentert, for teknisk, gjennomregulert og ofte uten tydelig pasientnytte. Legene vet hva god omsorg krever, men systemets rammer gjør det vanskelig å handle deretter. De peker særlig på tidspress og arbeidsmengde som hovedårsaker til presset de opplever.

I *mot-tenkningen* utfordres forklaringen om at problemet hovedsakelig skyldes omfanget av arbeidet. Oppmerksomheten flyttes i stedet til arbeidets kvaliteter: Hverdagen preges av spesialisering, standardisering, målstyring, teknologisering og akselerasjon. Disse strukturene endrer hva det betyr å være lege. Lege–pasient–forholdet mister sin sentrale rolle, og rommet for klinisk skjønn og relasjonell omsorg krymper. Leger går fra å være autonomt handlende fagpersoner til å bli funksjonærer i et komplekst apparat som både medisinerer stadig større deler av livet og forfølger befolkningshelse med utilitaristisk logikk. Dette skaper både epistemisk skade, det vil si innsnevret mulighet til å vite og handle klokt, og moralsk skade, som innebærer urealistiske forventninger om å produsere «mer helse» uendelig. Parallelt pulveriseres ansvar: Leger opplever å bære konsekvensene uten å kunne påvirke årsakene.

### *«Leger opplever å bære konsekvensene uten å kunne påvirke årsakene»*

Caroline Engen spør i artikkelen om presset og utfordringene kanskje ikke primært skyldes antallet oppgaver, men tap av mening, autonomi, relasjon og faglig integritet. Når arbeidets belønnende dimensjoner – å vite, gjøre godt og bære ansvar – undergraves, mister leger evnen til å bære byrden.

I *revurderingsfasen* undersøker forfatteren hvilke innsikter arbeidet kan gi. Det advares mot en teknokratisk framtid der leger reduseres til dataoperatører og pasientkontakt og skjønn marginaliseres ytterligere. I stedet foreslås en kritisk reorientering ved å gjenopprette relasjonell omsorg som kjernen i klinisk praksis og å utfordre medikaliseringens vekstlogikk. Dette innebærer også å legitimere egenomsorg og menneskelighet hos leger og å flytte ansvaret for systemfeil fra individ til samfunn og politikk.

---

## Et globalt symptom

Artikkelen blir kommentert av Iona Heath og Sergio Minue i BMJs julenummer (2). De setter funnene inn i et globalt perspektiv: Legestreikene og frustrasjonen i mange land er ikke tilfeldige, men symptomer på en medisinsk kultur som risikerer å kvele sitt eget formål.

I likhet med Engen drøfter de hvorvidt det er arbeidsmengden eller endringer i arbeidets struktur som i første rekke bidrar til at unge leger sliter. De beskriver en global dreining mot kvantifisering, målstyring og overvåkning som reduserer både leger og pasienter til utskiftbare enheter. Relasjonell omsorg, som forskning viser gir bedre helseresultater, nedprioriteres systematisk til fordel for teknologiske og farmasøytiske løsninger med sterke økonomiske drivere. Det som tidligere ga leger mening – skjønn, ansvar, kontinuitet og menneskemøter – forsvinner i modellen de kaller «det medisinske industrikomplekset».

*«De beskriver en global dreining mot kvantifisering, målstyring og overvåkning som reduserer både leger og pasienter til utskiftbare enheter»*

Samtidig understreker de at forskning viser at nettopp elementene som marginaliseres – kontinuitet, relasjon og tilstedeværelse – reduserer dødelighet, feil, innleggelser og uheldige hendelser. Likevel er de nesten fraværende i politiske planer, som i stedet dyrker teknologi, digitalisering og kunstig intelligens.

Heath og Minue slutter med samme appell som Engen: Gi leger rom til usikkerhet, dømmekraft og relasjon. La dem få være helbredende mennesker, ikke målstyrte funksjonærer. Det er ikke bare leger som trenger det, pasientene og samfunnet gjør det også.

---

## LITTERATUR

1. Engen C. «Doctors must live»: a care ethics inquiry into physicians' late modern suffering. *Med Health Care Philos* 2025; 28: 275–90. [PubMed] [CrossRef]
2. Heath I, Minue S. What is society doing to young doctors? *BMJ* 2025; 391: r2448. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 20. april 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0146  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.