

Om helsetjenesten

Legeattester for å hjelpe pasienten

Sammendrag

Bakgrunn. Legeattester danner grunnlag for viktige avgjørelser i samfunnet, eksempelvis utstedelse av førerkort eller tilståelse av uførepensjon. Vi ville finne ut hvor ofte leger bevisst har fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå en fordel var best mulig, og hvilke begrunnelser legene har for dette.

Materiale og metode. Vi gikk ut fra en spørreskjemaundersøkelse til et representativt utvalg på 1 605 norske leger. Legene ble spurt om de i legeerklæringer bevisst hadde fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det uttalelsen dreide seg om, skulle bli best mulig. De som svarte ja, angav også hyppighet av slike handlinger for ulike typer attester og hvorfor de hadde handlet slik.

Resultater. 1 175 leger (73 %) returnerte besvart skjema, og 39 % svarte ja på spørsmålet ovenfor. De fleste av dem som svarte ja, oppgav en frekvens på sjeldnere enn årlig for alle typer attester. Unntaket var erklæring om attføring/uførepensjon, der 55 % oppgav en frekvens på hyppigere enn årlig, og henvisning, der 69 % oppgav denne frekvensen. Å sikre rettferdig behandling og raskere behandling var legenes hyppigst oppgitte begrunnelser. Mange leger understreket at de med sitt ja-svar hadde ment skjønnsomt attestutforming innenfor rammen av korrekt faktabeskrivelse.

Fortolkning. Ikke sjelden utformes legeattester strategisk på vegne av pasienten. Resultatene bør føre til kritisk vurdering av behovet for legeattester i spørsmål om fordeling av samfunnets ressurser, fremfor innskjerping av praksis overfor legene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Pål Gulbrandsen

palgul@heltef.no

HELTEF – Stiftelse for helsetjenesteforskning
Postboks 55
1474 Nordbyhagen

**Olaf Gjerløw Aasland
Reidun Førde**

Legeföreningens forskningsinstitutt

Ved to anledninger er representative utvalg av norske leger blitt spurt om de i legeerklæringer bevisst har fremstilt en pasients situasjon som bedre eller dårligere enn den egentlig var, i den hensikt å oppnå det uttalelsen dreier seg om. Litt over halvparten, både i 1993 og 2000, oppgav at de aldri hadde gjort dette, mens om lag en tredel hadde gjort det en sjelden gang (1). Offentliggjøringen av disse tallene førte til kritikk av legene. Senere fikk de også flengende kritikk i en beslektet sak, da trygdedirektøren refset dem for ikke å skrive de attestene de er pålagt (2).

Forsikringsbransjen og Legeföreningen har et samarbeidsorgan, Fagutvalget Forsikring – Legeföreningen, som har presisert hvilke farer pasientene står overfor dersom det kommer frem at en legeerklæring ikke gir et korrekt bilde av pasientens helse ved f.eks. tegning av forsikring (3). Legers attester bidrar til å fordele betydelige ressurser og har derfor en ikke liten virkning på økonomien i samfunnet. Tidligere undersøkelser har ikke gitt noe svar på hvor ofte strategisk skrijving av spesifiserte attester forekommer, og legene har heller ikke hatt anledning til å beskrive hvilke forhold de legger vekt på ved utstedelse av attester. Hensikten med denne undersøkelsen er å gi utfyllende opplysninger om dette.

Materiale og metode

Et representativt utvalg bestående av 1 605 norske leger, det såkalte Referansepanelet (4), fikk tilsendt et spørreskjema i juni 2002, med purring i september 2002. Følgende spørsmål som er analysert i denne studien ble stilt:

«Har du i legeerklæringer eller attester bevisst fremstilt pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det uttalelsen dreide seg om ble best mulig?»

Svaralternativene var «aldri», «ikke aktuelt for meg» og «ja». De som svarte ja, ble bedt om å spesifisere hva slags attester

og med hvilken hyppighet slike attester var blitt utstedt. Alternativene var henvisning, Sykmelding II, erklæring om attføring og uførepensjon, førerkortattest, attest til skole, attest til reiseselskap, forsikringsattest ved skade, attest ved tegning av forsikring og annet. For hver attest kunne man velge mellom hyppighet på 1–2 ganger per år, 3–10 ganger per år, 1–3 ganger per måned og ukentlig eller hyppigere. Det neste spørsmålet lød: «Hvilke begrunnelser vil du angi for slik strategisk attestskrijving?» Svaralternativene er listet i ramme 1. Man kunne krysse av flere alternativer.

Vi samlet inn bakgrunnsinformasjon om hovedstilling, kjønn, alder, bosted (helse-region), om legen var fastlege eller ikke og hvor mange timer pasientarbeid per uke vedkommende lege utførte.

Resultater

1 175 (73 %) av de 1 605 besvarte spørreskjemaet. Det var ikke signifikant forskjell i svarprosent mellom kvinner og menn, ulike aldersgrupper eller i forhold til bosted. Av de 1 175 hadde 1 113 (95 %) besvart det innledende spørsmålet om legeerklæringer. 425 (38 %) svarte nei på dette spørsmålet, 432 (39 %) svarte ja og 256 (23 %) svarte «ikke aktuelt». De 203 legene i gruppen «ikke aktuelt» som oppgav å drive mer enn 0 timer/uke pasientarbeid, flyttet vi over til gruppen «aldri», fordi det å drive pasientarbeid ikke kan sies å være forenlig med svaret «ikke aktuelt» på dette spørsmålet. Mange av legene vi flyttet til gruppen «aldri» var i overlegestillinger (87 leger) eller spesialiteter med arbeid som sjelden medfører attestskrijving (f.eks. radiologi 26, anesthesiologi 30), men hele 32 var fastleger. Samlet var gruppen ganske heterogen. Etter omkodingen fant vi at 628 (56 %) tilhørte gruppen som hadde svart aldri og 432 (39 %) gruppen som hadde



Hovedbudskap

- Det er ikke uvanlig at leger utformer erklæringer om attføring/uførepensjon eller henvisninger for å styrke pasientens muligheter for et gunstig utfall
- Legene mener ikke selv at de skriver usant i attestene, det er hvordan fakta vektlegges det dreier seg om

! Ramme 1

Alternative svar på spørsmålet om hvilke begrunnelser legene hadde for bevisst å fremstille en pasients situasjon slik at muligheten for å oppnå en fordel var best mulig

- Raskere behandling for pasienten
- Pasientens økonomi
- For å sikre rettferdig behandling
- Hvis jeg ikke gjorde det, ville det gjøre pasientens livssituasjon mye vanskeligere
- Noen pasienter trenger all mulig støtte og hjelp
- Kravene (til denne ytelsen) er for strenge
- Jeg slipper å diskutere med pasienten selv om jeg er uenig
- Pasienten har rett til å bestemme
- Det er vanskelig å skrive noe annet enn det pasienten mener er riktig
- Noen pasienter trenger mer hjelp enn de innser selv
- Hvis ikke jeg gjorde det, ville pasienten bare oppsøkt en annen lege
- Noen pasientopplysninger er det ikke riktig å gi andre instanser del i
- Annet, skriv:

svart ja. 53 leger (5 %) stod tilbake i gruppen «ikke aktuelt». Det var ikke signifikant forskjell knyttet til kjønn eller bosted. 44 % av leger under 50 år, mot 33 % av leger 50 år og eldre svarte ja ($p < 0,001$).

Tabell 1 gir en nærmere beskrivelse av svarene blant dem som svarte ja på hovedspørsmålet. For attesttypene henvisning og erklæring om atferd/uførepensjon oppgav mer en halvdel av disse legene en hyppighet på oftere enn hvert år. 17 % av legene oppgav en bevisst gunstig fremstilling i henvisninger månedlig eller oftere og 11 %

oppgav dette for Sykmelding II. For øvrige typer attester var forekomsten sjeldnere.

Tabell 2 viser legenes begrunnelser. De hyppigst oppgitte begrunnelser var å sikre rettferdig behandling eller oppnå raskere behandling. Begrunnelser relatert til pasientens behov ble oppgitt klart hyppigere enn begrunnelser relatert til legens egne behov. Vi fant ikke vesentlige forskjeller i fordelingen av begrunnelser relatert til legenes alder og kjønn.

50 leger (5 %) hadde skrevet tilleggskommentarer til spørsmålet om begrunnelser. Kommentarene kan grupperes i tre. Mange understreket at selv om de hadde svart ja på spørsmålet om bevisst fremstilling til gunst for pasienten, betydde ikke dette at de fordreide fakta. De mente at alternativene i spørsmålet om begrunnelser kunne tyde på at det var det forfatterne hadde hatt i tankene. Disse legene la vekt på at det dreier seg om skjønn og argumentasjon, ikke om løgn eller uærlighet. Andre argumenterte for at pasienter må ha en advokat. Beskrivelsen må derfor være utfyllende og oppklarende – legen må ikke lyve, men må bidra til at pasienten kommer så godt ut som han/hun har et rimelig krav på. «Objektiv» fremstilling er oftest ikke dekkende, fremholdt de. Den siste gruppen bestod av diverse forklaringer på hva legene hadde ment med sin avkrysning, knyttet til særskilte omstendigheter ved pasientens tilfelle, manglende tillit til trygdefunksjonærer eller grensetilfeller i fastsetting av medisinsk invaliditet.

Diskusjon

Svært ofte vil en medisinsk tilstand måtte beskrives utfyllende, og en todeling i syk/ikke-syk, behandlingstrengende/ikke-behandlingstrengende eller for den del sant/usant er utilstrekkelig og ofte meningsløs. Like fullt anvendes medisinsk ekspertise hyppig som grunnlag for enten-eller-avgjørelser (5). Vår undersøkelse presser også legene til å gi et slikt kategorisk svar, selv om vi må anta at de har ulik forståelse av innholdet i spørsmålene vi analyserer. At 5 % finner det nødvendig å gi utfyllende opplysninger, og at dette særlig går ut på å gjøre tydelig at de *ikke* mener å ha løyet

i legeattester, må has in mente i fortolkningen av tallene vi er kommet frem til.

Det å skrive attester som primært tar hensyn til pasientens situasjon er neppe spesifikt for de nordiske velferdsstatene. Opptil 58 % av legene i en amerikansk undersøkelse var villige til å lyve for å sikre at tredjeperson betalte for koronar hjertekirurgi (6). Forfatterne pekte på spenningen mellom den tradisjonelle etikken knyttet til å gjøre det beste for pasienten og den nye etikken knyttet til kostnadskontroll som forklaring. I en annen undersøkelse fra USA fant man at 39 % av legene i løpet av det siste året hadde benyttet minst én av tre måter å manipulere betalingsordningene på: Ved å overdrive pasientens plager, ved å skrive gal diagnose på regningen eller ved å beskrive symptomer eller tegn pasienten ikke hadde (7). I disse undersøkelsene innrømmer legene direkte å ha løyet eller at de ville være villige til å lyve. Mange av legene i vår undersøkelse har understreket at de ikke oppfatter et ja på vårt spørsmål som en bekreftelse på at de har løyet. Hovedargumentet er at de bare har villet gi korrekte opplysninger om pasienten på en slik måte at en påfølgende dikotom avgjørelse faller ut i dennes favør. At henvisninger blir rapportert hyppigst, er også forståelig. Her er fritekstmulighetene størst, og det er forståelig at det legges vekt på forhold som trekker i retning av at pasienten tas imot så fort som mulig. Om dette er etisk problematisk og hvor grensene går, er det ikke lett å gi et enkelt svar på.

Det at bare ca. 20 % av legene oppgir at de skriver forsikringsattester slik at pasienten skal oppnå best mulig forsikringsgoder årlig eller oftere, kan ikke tolkes som at legene har en mer restriktiv tilnærming her enn i forhold til trygdesaker. Det er nok snarere antall saker som bidrar til forskjellen.

Det store flertall begrunner attestskrivningen sin med at de legger vekt på pasientens forskjellige behov, inkludert økonomiske. Fritekstkommentarene peker i samme retning – langt de fleste understreker viktigheten av å gi utfyllende kommentarer for at saksbehandleren som mottar attesten, skal forstå pasientens behov

Tabell 1 Hyppighet av bevisst fremstilling i attester slik at pasienten skal oppnå det attesten dreier seg om blant leger (N = 432) som svarte ja på at de hadde skrevet attester slik. Manglende avkrysning er tolket som aldri eller sjeldnere enn årlig. Prosent med 95 % konfidensintervall (KI)

	Aldri eller sjeldnere enn årlig		1–2 per år		3–10 per år		1–3 per måned		Ukentlig eller oftere	
	Prosent	KI	Prosent	KI	Prosent	KI	Prosent	KI	Prosent	KI
Henvisning	32	27–36	25	21–29	27	23–31	12	9–15	5	3–7
Sykmelding II	58	53–63	17	14–21	14	11–18	8	5–10	3	1–4
Atferd/uførepensjon	45	40–49	28	24–33	21	17–25	5	3–7	1	0–2
Førerattest	79	75–82	15	12–18	5	3–7	2	1–3	0	
Attest til skole	63	58–68	20	17–24	12	9–15	4	2–6	1	0–2
Attest til reiseselskap	60	56–65	25	21–29	12	9–15	2	0–3	1	0–2
Forsikringsattest ved skade	77	73–81	16	12–19	6	3–8	1	0–2	1	0–1
Attest ved tegning av forsikring	82	78–85	15	12–19	3	1–4	1	0–1	0	0–1

Tabell 2 Legenes begrunnelser for bevisst å fremstille pasientens situasjon slik at muligheten for å oppnå det attesten dreide seg om var best mulig. Prosent og 95 % konfidensintervall (KI)

	Prosent	KI
Raskere behandling	43	38–48
Pasientens økonomi	13	10–17
For å sikre rettferdig behandling	51	47–56
Pasientens livssituasjon ville blitt mye vanskeligere	39	34–43
Noen pasienter trenger all mulig støtte og hjelp	29	24–33
Kravene til denne ytelsen er for strenge	9	7–12
Jeg slipper å diskutere selv om jeg er uenig	4	2–6
Pasienten har rett til å bestemme	3	1–4
Det er vanskelig å skrive noe pasienten ikke er enig i	10	7–13
Noen pasienter trenger mer hjelp enn de innser selv	10	7–13
Pasienten ville bare ha oppsøkt en annen lege	2	0–3
Noen pasientopplysninger bør andre ikke få del i	11	8–14

godt nok til å fatte en riktig avgjørelse. Interessant nok er den hyppigste begrunnelsen behovet for å sikre en rettferdig behandling, enda det må være innlysende at strategiske formuleringer utført av ulike leger nødvendigvis også vil kunne være en kime til urettferdighet. Å ta hensyn til den enkelte pasient er dypt forankret i legeetikken, og avveiningen mot andres behov er en utfordring flere hevder det ikke er legens oppgave å løse (8).

Det kan tenkes at fastlegeordningen fremmer et service- og kundeforhold mellom lege og pasient. Dette kan bl.a. føre til at legen, for ikke å miste pasienter, lettere etterkommer pasientenes ønsker så lenge det ligger innenfor det etisk akseptable. Innføring av fastlegeordningen ser ut til å ha medført synkende oppslutning om portvaktordningen (9).

Bare få leger erklærer seg direkte uenige i regelverket eller oppgir ubehageligheter for egen del som forklaring. En fersk undersøkelse antyder at leger taper på ikke å handle til gunst for pasienten (10), men det ser i vår undersøkelse ikke ut til at dette er noe bevisst motiv. Legene liker nok ikke alltid arbeidet med attester, og for mange er det en kilde til stress og vantrivsel (1). Men tilsynelatende veier hensynet til pasientene tyngre enn trusselen om tap av tillit eller hensynet til egne behov. Dog begrenses verdien av denne konklusjonen av at vi bare har spurt legene selv.

Det kan godt være at legene handler som de gjør ikke bare på grunn av individuelle hensyn til den enkelte pasient eller forhold spesielt knyttet til relasjonen mellom legen og pasienten. Trolig står vi også overfor et kulturelt fenomen. Sosialantropologen Halvard Vike har i forbindelse med den norske maktutredningen påpekt misforholdet mellom en tilsynelatende grenseløs velferdsstat, som selverklært absorberer alle behov, og et begrenset ressurstilfang (11). Med sykehjem som eksempel viser han at konflikten i dette misforholdet «løses» ved å desentralisere makt, fra staten til kommunene, fra kommuneadministrasjonen til

etatsjefene, fra etatsjefen til den enkelte pleier. På grunnplanet gjør pleieren problemet til sitt eget og havner i en slitsom spaltning som gjerne ender med at hun strekker seg lenger enn hun kan klare. På politisk nivå forklares manglende resultater bl.a. med illojalitet overfor vedtak og forordninger. Det er ikke usannsynlig (riktignok på et annet nivå) at liknende mekanismer ligger bak når DRG-koding endres systematisk, uten at det oppfattes som noe vesentlig problem i medisinske miljøer (12). Der pleieren sliter seg ut og sykehuslegen skaffer penger til sin arbeidsgiver, har legene en annen mulighet overfor pasientene, nemlig å bidra til fordeling av felles ressurser etter eget skjønn.

Spørsmålet er om legeattester overhodet er egnet som grunnlag for enten-eller-avgjørelser. I et intervju med Dagens Medisin spurte daværende generalsekretær Magne Nylenna i Legeforeningen hvorfor f.eks. ikke reiseselskaper stoler på sine kunder i stedet for å forlange legeattester ved uteblivelse (13). I slike privatrettslige situasjoner burde man tilstrebe løsninger basert på jus og økonomisk risiko fremfor tvilsom anvendelse av medisinsk ekspertise (5). Når det gjelder offentlige trygdeordninger, er tiden kanskje moden for å drøfte en modernisering der betydningen av eksakte medisinske diagnoser tones ned. Allerede i 1977 tok professor i helse- og sosialrett Asbjørn Kjønstad til orde for å redusere betydningen av medisinske diagnoser i uføresaker ved å foreslå at kravet om «sykdom, skade eller lyte» i folketrygdloven § 8-3 ble sløffet (14), noe han senere har gjentatt ved flere anledninger (15). Det er etter vår oppfatning lite fruktbart å møte denne nødvendige avmedikaliseringen med gjentatt innskjerping av legenes praksis. Det ville være mer nyttig med en gjennomgripende diskusjon om i hvor stor grad samfunnet trenger medisinske diagnoser for å ta stilling til spørsmål om fravær fra jobb, uførepensjon, uteblivelse fra eksamener og flyreiser eller tilståelse av forsikringsutbetalinger (16).

Litteratur

- Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1874–9.
- Gimmestad J. Trygdesjefen refser legene: Altfor lett å bli sykmeldt. Aftenposten (morgenutgave) 10.11.2002.
- Dinesen H, Dobloug JH, Flatner Ø, Krogh M, Larsen EB, Vigen T. Leger og legeerklæringer for forsikring. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2908.
- Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997; 45: 1615–29.
- Aasland OG. Legen som juridisk nøtteknekker. I: Kjønstad A, Syse A, red. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992: 69–93.
- Freeman VG, Rathore SS, Weinfurt KP, Schulman KA, Sulmasy DP. Lying for patients. Physician deception of third-party payers. Arch Intern Med 1999; 159: 2263–70.
- Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, Wilson IB. Physician manipulation of reimbursement rules for patients. JAMA 2000; 283: 1858–65.
- Wyller VB. Gi keiseren hva keiserens er. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3062–5.
- Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319–21.
- Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209–13.
- Vike H, Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R. Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal, 2002.
- Folge L. Når helsevesenet trikser. Dagens Medisin 8.5.2003: 3.
- Vollebæk L-E. Helseattester som salgsvare? Dagens Medisin 21.3.2002: 6.
- Norges offentlige utredninger. Folketrygdens uførebegrep. NOU 1997: 14. Oslo: Forvaltningstjenestene, Seksjon statens trykning; 1997: 130, 157.
- Kjønstad A. Folketrygdens uførepensjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1992: 52, 57–8.
- Bjørndal A. Er sykdom et egnet kriterium for rasjonering av trygd? Et forsøk på drøfting av et grunnleggende spørsmål i sosialpolitikken. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 361–4.