

# Habilitetsproblem i fastlegepraksis

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Det er ukjent om norske fastlegar har pasientar som kjem inn under habilitetsreglane, kva tenester ein gjev desse og kva haldningar fastlegane har til tenester til dei.

**Materiale og metode.** Eit spørjeskjema vart sendt til 622 tilfeldig utvalde fastlegar. Skjemaet kartla kven fastlegen hadde på lista si og kva tenester ein hadde gjort for desse dei siste to åra. Legane tok også stilling til åtte tenkte situasjonar.

**Resultat.** Om lag ein firedel av legane hadde ektefelle og eigne barn under 18 år på lista si. Like mange hadde lege-sekretær eller legekollaga frå same kontor på lista, over halvparten annan legekollaga. Mellom 18 % og 31 % av legane hadde skrive ut blåresept til ein av dei oppgitte personane. Legane viste stor variasjon når det gjaldt synet på eigen habilitet i dei åtte hypotetiske situasjonane.

**Talking.** Fastlegane møter i stor grad habilitetsproblem hos pasientane sine. Mange opplever at ei streng talking av lova er i strid med pragmatisk legeverksemd i allmennpraksis. Fastlegane må vere merksame på både habilitetsproblem og andre utfordringar ved å ha familie, nære vener og medarbeidarar på pasientlista.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Børge Vassbø**

**Harald Ravn Hagen**

Det medisinske fakultet  
Universitetet i Bergen

**Steinar Hunskaar**

[steinar.hunskar@isf.uib.no](mailto:steinar.hunskar@isf.uib.no)  
Seksjon for allmennmedisin  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
5018 Bergen

Med fastlegeordninga vart det ei sterkare kontraktsliknande binding mellom pasient og fastlege, og legen fekk eit personleg ansvar for medisinske tenester for alle på lista. Dersom pasientane har nære formelle eller uformelle bindingar til fastlegen eller utviklar nære band over tid, samstundes som det er vanskelegare å få tenester hos andre legar, kan habilitetsspørsmål ha vorte viktigare enn før. Ethiske reglar for legar seier at ein lege ikkje skal gje legeerklæring dersom han/ho er i tvil om sin habilitet (1), men i helsepersonellova frå 1999 vart det i § 15 spesifisert at det er reglane i forvaltningslova som skal gjelde for habilitetsspørsmål (2). Reglane er ganske strenge og kan for ein del legar vere vanskelege å gjennomføre i praksis, eller medføre utilsikta avgrensingar i legens virke (3).

Forvaltningslova (§ 6) seier at ein til dømes er ugild

- når ein sjølv er part i saka
- når ein er i slekt eller i svogerskap med ein part i opp- eller nedstigande line eller i sideline så nær som søsken
- når ein er eller har vore gift med eller er trulova med eller er fosterfar, fostermor eller fosterbarn til ein part

Likein er ein ugild ved andre særeigne tilhøve når desse kan svekke tilliten til at legen er upartisk – mellom anna skal det leggjast vekt på om avgjerda i saka kan bety særleg fordel, tap eller ulempe for legen sjølv eller for nokon som han er nær knytta til personleg. Reglane skal likevel ikkje nyttast dersom det er klart at legen si tilknytning til saka eller partane ikkje vil kunne påverke standpunktet hans og korkje offentlege eller private interesser tilseier at han seier frå seg saka.

Dette betyr at i utgangspunktet kan ein lege ikkje sjukmelde, skrive attestar, erklæringar eller gje medisin på blåresept til t.d. ektefelle, barn, søsken, foreldre eller ein kollega eller medarbeidar på same lege-

kontor, sjølv om personen står på lista til legen og i utgangspunktet difor skal bruke denne legen til slike tenester (3).

Det er ikkje kjent i kva grad det er habilitetskonfliktar med personane på fastlegelista. Me ønskte difor å undersøke om fastlegane har pasientar som kjem inn under habilitetsreglane, kva tenester ein gjev desse og kva haldningar eit representativt utval av fastlegane har til situasjonar der ein vert beden om å yte tenester til slike pasientar.

## Materiale og metode

Hausten 2003 sendte vi eit spørjeskjema til 622 (ein av seks) tilfeldig utvalde fastlegar. Vi purra éin gong. Det blei registrert kjønn, alder, listestørleik, kommunestørleik og helseregion for kvar fastlegepraksis. I analysane vart alder gruppert i unge/eldre etter medianverdien (48 år) og kommunestørleik i små/store kommunar (under og over 5 000 innbyggjarar).

Etter faste svaralternativ registrerte fastlegen kven som var på lista, med relevans for habilitetsspørsmålet. Det vart registrert om legen dei siste to åra hadde utført følgjande tenester for gitte personar: blåresept, kvit resept, sjukmelding, førarkortattest, erklæring for grunn-/hjelpetønad eller uføretrygd, andre attestar, tilvising til spesialist og anna type tilvising. Legen tok så stilling til åtte tenkte situasjonar med tenester der den aktuelle pasienten ikkje stod på lista.

Data vart registrerte og bearbeida på Excel rekneark og statistikkprogrammet SPSS. Statistiske analysar er gjort med kvikvadratattest, og signifikansnivået er sett til 5 % ( $p < 0,05$ ).

## Resultat

455 (73,2 %) av fastlegane svarte. Av dei 449 som oppgav kjønn, var det 297 (66 %) menn og 152 (34 %) kvinner. Gjennomsnittsalder var 47 år (variasjon 27–68 år, median 48 år), 42 år for kvinner og 49 år for



## Hovudbodskap

- Helsepersonellova har relativt strenge reglar for habilitet i legepraksis
- Mange fastlegar har familie, kollegaer og nære vener på pasientlista
- Fastlegane yter i stor grad tenester som kan vere i strid med habilitetsreglane

**Tabell 1** I kva grad fastlegane (n = 455) har slekt, familie, kollegaer og omgangskrins på pasientlista. Prosenttalet gjeld først av alle legane, deretter mellom dei som angav at dei hadde ein aktuell relasjon til ein slik person

	Tal fastlegar	Prosent av alle	Prosent, der det var aktuelt
<i>Slekt og familie</i>			
Bestefar/-mor	11	2	7
Far	28	6	14
Mor	39	9	16
Søsken	42	9	15
Ektefelle	103	23	26
Barn < 18 år	77	17	22
Barn > 18 år	63	14	19
Svigerfar	22	5	10
Svigermor	24	5	9
Svoger	38	8	13
Svigerinne	36	8	12
Søskenbarn	46	10	14
<i>Kollegaer</i>			
Legekollega på same kontor	100	22	24
Legekollega i kommunen	221	49	53
Legesekretær ved same kontor	115	25	27
<i>Omgangskrins</i>			
Svært nær ven	178	39	42
Andre vener	314	69	73
Nabo	245	54	58

menn. Geografisk fordelte legane seg på helseregion med 18 % frå Sør, 37 % frå Øst, 21 % frå Vest, 13 % frå Midt-Norge og 11 % frå Nord. Gjennomsnittleg listestørleik var på 1 229 personar, median var 1 200 og variasjonen 300–2 800. 77 av legane (17 %) arbeidde i småkommunar.

#### Kven er på pasientlista?

Om lag ein firedel av legane hadde ektefelle og egne born under 18 år på lista si. Like mange hadde legesekretær eller legekollega frå same kontor på lista, medan over halvparten hadde legekollega frå same kommune (tab 1).

Det var signifikant fleire eldre enn unge legar som hadde ektefellen på pasientlista (36 % mot 15 %,  $p < 0,05$ ), likeeins fleire mannlege legar (26 % mot 16 %,  $p < 0,05$ ). Det var fleire eldre legar som hadde barn under 18 år på lista si (32 % mot 15 %,  $p < 0,05$ ), og fleire mannlege (23 % mot 12 %,  $p < 0,05$ ) og eldre legar som hadde barn over 18 år på lista (32 % mot 5 %,  $p < 0,05$ ). Å ha legekollega på same kontor på pasientlista var meir typisk for eldre legar (29 % mot 19 %,  $p < 0,05$ ) og legar i småkommunar (36 % mot 22 %,  $p < 0,05$ ). Legar i småkommunar hadde i stor grad legesekretær ved kontoret på pasientlista (56 % mot 21 %,  $p < 0,05$ ).

#### Kven får utført tenester?

Tabell 2 viser i kva grad legen oppgjev å ha utført tenester med potensielle habilitetsproblem dei to siste åra. Mellom 18 % og 31 % av legane stadfestar å ha skrive ut blå-

resept til ein av dei oppgitte personane, med foreldre og medarbeidar som dei hyppigaste. For kvit resept er mønsteret det same, men her er omfanget større, 57 % oppgir resept til medarbeidar og 42 % til foreldre og born. For dei andre dokumenta er omfanget mindre, med unnatak av spesialisttilvising.

Kvinnelege legar hadde i større grad enn menn skrive blåresept til medarbeidar på kontoret (37 % mot 28 %,  $p < 0,05$ ), kvit resept til mor eller far (49 % mot 39 %,  $p < 0,05$ ) og gitt sjukmelding (25 % mot 16 %,  $p < 0,05$ ) eller spesialisttilvising (29 % mot 18 %,  $p < 0,01$ ) til medarbeidar på kontoret. Mannlege legar hadde i større grad enn kvinner skrive blåresept til born (26 % mot 17 %,  $p < 0,01$ ) og ektefelle (22 % mot 12 %,  $p < 0,01$ ) og kvit resept til ektefelle (43 % mot 29 %,  $p < 0,01$ ) og legekollega på kontoret (24 % mot 11 %,  $p < 0,01$ ).

Eldre legar hadde i større grad enn yngre skrive blåresept til ektefelle (25 % mot 12 %,  $p < 0,01$ ), legekollega på kontoret (30 % mot 21 %,  $p < 0,05$ ) og i kommunen (25 % mot 16 %,  $p < 0,05$ ), skrive kvit resept til ektefelle (44 % mot 33 %,  $p < 0,05$ ) og sjukmeldt legekollega i kommunen (16 % mot 10 %,  $p < 0,05$ ).

Legar i småkommunar hadde i større grad enn andre utført tenester til medarbeidar på kontoret; blåresept (47 % mot 28 %,  $p < 0,01$ ), sjukmelding (44 % mot 14 %,  $p < 0,01$ ) og spesialisttilvising (38 % mot 19 %,  $p < 0,01$ ), og sjukmeldt legekollega i same kommune (14 % mot 4 %,  $p < 0,05$ ).

#### Inhabilitet i hypotetiske situasjonar

Legane viste stor variasjon når det gjaldt synet på eigen inhabilitet i hypotetiske situasjonar (tab 3). Mest positive var dei til å tilvise ei søster til augelege og gje far sin blåresept på hjartemedisin, minst positive var dei til å skrive legeerklæring for sjukeheimplass til svigermor og å forlengje sjukmelding til ein svoger.

Eldre legar ville i signifikant større grad enn unge gje ein personleg ven sjukmelding, skrive førarkortattest til svigerfar, skrive ut migrenemedisin til ektefellen på blåresept, skrive ut hjartemedisin på blåresept til faren og skrive legeerklæring for sjukeheimplass til svigermor (alle  $p < 0,05$ ). Legar i små kommunar ville i større grad enn andre skrive kvit resept på sovemedisin til ein legesekretær på kontoret ( $p < 0,01$ ) og fornye førarkortattesten til svigerfaren ( $p < 0,01$ ). Fleire mannlege enn kvinnelege legar ville forlengje sjukmelding for ein svoger som har tatt ryggoperasjon, gjeve sjukmelding til ein personleg ven som kjente seg utbrend og fornye førarkortattesten til svigerfar (alle  $p < 0,05$ ).

#### Diskusjon

Undersøkinga viser at fastlegane i stor grad vil møte habilitetsproblem ved at dei har personar på lista si som er omfatta av habilitetsreglane i helsepersonellova. Fastlegane rapporterer å ha utført ei rekke medisinske tenester som kan innebære habilitetskonflikt etter ei streng tolking av lova. Legane viser stor variasjon når det gjeld synet på eigen inhabilitet når dette vert undersøkt ved hypotetiske situasjonar.

Vi reknar representativiteten som tilfredsstillande. Tre firedelar av eit randomisert utval av legane svara, og utfylling av skjema var svært god. Den store variasjonen i svarfordelinga på enkeltspørsmål indikerer at legane har svara ærlig og ikkje har prøvd å leggje seg opp mot ei forventa norm. Oppslutnaden tyder på at fastlegane er opptatt av spørsmålet, mange svarkommentarar tyder også på det. Mange meiner at ei streng tolking av lova (2) er i strid med det som bør vere pragmatisk legeverksemd i allmennpraksis.

Undersøkinga viser at mange legar, familiemedlemmer og arbeidsfeller frivillig ønskjer eit lege-pasient-tilhøve som inneber potensielle habilitetskonflikter. Men det er òg eit signal om at slikt kanskje ikkje vert oppfatta som noko stort problem, eller at dei er underordna andre fordelar ved eit slikt lege-pasient-tilhøve. Kanskje vil mange legar ordne seg med hjelp frå ein kollega eller be personen skifte lege dersom ein går inn i ein medisinsk situasjon med sterkare habilitetsproblem i sikte.

Mange av kjønnskilnadane skuldast at mennene var eldre enn kvinnene, men også etter kontroll for alder fann vi at fleire mannlege legar skreiv blåresept til ektefelle og born. Eldre legar har generelt vore

**Tabell 2** I kva grad legane (prosent av alle) dei siste to åra har utført tenester for eller skrive attest til personar med potensielle habilitetskonflikter. Personen treng ikkje vere på pasientlista til legen. Prosenttalet refererer til kor mange som har svara positivt på den aktuelle situasjonen

	Far/mor	Svigerfar, svigermor	Born	Ektefelle	Legekollega på kontoret	Legekollega i kommunen	Medarbeidar på kontoret
Blåresept	28	18	23	19	25	20	31
Kvit resept	42	23	42	38	13	17	57
Sjukmelding	1	1	2	2	6	13	19
Førarkortattest	7	3	2	3	4	4	4
Grunn-/hjelpetønad	0	0	0	0	0	0	0
Uføretrygd	0	0	0	0	0	1	1
Andre attestar	1	0	3	1	2	3	5
Spesialisttilvising	11	6	15	13	6	9	22
Anna tilvising	3	1	2	2	1	2	5

**Tabell 3** I kva grad følte legane at dei var inhabile i ulike situasjonar slik at dei ikkje burde eller ville yte medisinske tenester. Legane fekk oppgitt åtte hypotetiske situasjonar der pasienten ikkje står på lista til legen. Svara er oppgjevne i prosent av alle legane som svarte

Situasjon	Vil du yte denne tenesta?			
	Opplagt	Truleg	Neppe	Ikkje
Du vert spurt om å skrive ut kvit resept for sovemedisin til ein legesekretær på kontoret	10	44	29	17
Svogerer din har tatt ryggoperasjon og treng forlenging av sjukmelding for nye seks veker	5	17	26	52
Ein personleg ven av deg ber om sjukmelding, da han kjenner seg utbrend som lærar	8	22	30	41
Svigerfar din på 73 år vil gjerne ha fornya førarkortattesten	10	27	18	45
Ektefellen din er sterkt plaga med migrene og treng meir medisin på blåresept	30	32	13	25
Far din bur i ein annan kommune og treng ny blåresept på hjartemedisin	33	36	13	19
Søster di ber om tilvising til augelege	34	43	15	9
Svigermor treng legeerklæring ved søknad om sjukeheimplass	10	16	27	47

i praksisen lenger enn yngre, og ein del aldersskildnader kan skuldast korleis ein legepraksis naturleg utviklar seg over tid, med fleire kjente personar og stadig tettare band mellom fastlegen og pasienten. Det er ei utfordring å løyse problemstillinga med at pasienten og legen kan gli inn i mogelege habilitetskonflikter etter som tida går, samstundes som fordelene med kontinuitet i lege-pasient-tilhøvet er på sitt største.

Ein del av aldersskildnadane kan også skuldast at det er generasjonseffektar i synet på kva som kan akseptast og kva ein synest er naturleg. Det er mogeleg at dei eldre i mindre grad enn dei yngre har innretta seg etter den nye lovgjevinga. Dette kan skuldast mindre kjennskap til regelverket, innarbeidde vanar etter dei gamle retningslinene eller at ein meiner å kunne handtere habilitetssakene tilfredsstillande med aukande erfaring, rutine og tryggleik.

Mange av legane har skrive ut blåresept, sjukmeldt og utstedt spesialisttilvising til personar som etter regelverket prinsipielt er omfatta av inhabilitet. Det blir likevel for enkelt å konkludere med at fastlegane ikkje kjenner regelverket, ikkje følgjer det eller saboterer det. Det treng ikkje vere nokon samanheng mellom ein mogeleg inhabilitet og dårleg medisinsk skjøn eller feilframstilling (4).

Legar i småkommunar har i større grad enn andre potensielle habilitetskonflikter. Er det berre eitt legekantor i ein kommune, vil både legekollegaer og legesekretærer måtte fordele seg på dei legane som finst, og det er tvilsamt om lovverket let seg gjen-

nomføra. Eventuelt må ein ty til sær upraktiske løysingar for å følgja paragrafane til punkt og prikke. Ein kan spørja seg om dette er ønskeleg eller tiltenkt, samt kven sitt beste lova tener i desse høva.

Resultata frå dei hypotetiske situasjonane viser stor variasjon. Svara kan vere forma av kjennskap til regelverket og eit ønske om å følgje det, av haldningar utvikla over tid eller av praktiske omsyn i arbeidssituasjonen lokalt. Fleirtalet av legane ville yte tenester som kvit resept på sovemedisin til medarbeidar, blåresept til ektefelle og far samt tilvise søster til spesialist. På den andre sida var det stor semje om ikkje å skrive legeerklæring for svigermors sjukeheimplass eller svigerfars sertifikat. Stor variasjon i oppfatninga av regelverket er til dømes også vist for norske nevrologar i spørsmål om førarkort til pasientar med epilepsi (5).

Vi spurte ikkje om fastlegane hadde vore lege for seg sjølve. Det er velkjent at dette er ubredt for kliniske problemstillingar (6), men vi rekna ikkje med at det føregår attestskrivning til ein sjølv eller andre opplagte brot på habilitetsreglane.

Vi trur ikkje det er nok kjent at habilitetsreglane kan settast til sides dersom det er klart at tilknytninga legen har til saka eller partane ikkje vil kunne påverke standpunktet hans og korkje offentlege eller private interesser tilseier at han seier frå seg saka, såkalla kurantsaker. Men undersøkinga viser at legane i praksis nok oppfatar ei rekke situasjonar som kurantsaker, noko vi er samde i. Nokre av eksempla vi har brukt

i undersøkinga er sikre eller i grenseland etter ei streng tolking av lova, men bør vere heilt greie unntak etter § 6 siste ledd både for tredjepart og for tilsynsstyresmaktene og eit uttrykk for ein pragmatisk klinisk praksis. I fastlegepraksis vil mange situasjonar kunne komme inn under omgrepet kurantsak, mellom anna for blåresept. Ein annan ting er at denne grenseoppgangen ikkje er avklara i juridisk litteratur eller praksis.

Legane bør vere merksame på habilitetsproblem, men også etiske og medisinske utfordringar ved å ha familie, nære vener og medarbeidarar på fastlegelista. Og sjølv om ein kan stille opp ved mange kliniske problemstillingar og også yte tenester av meir formell art i mange tilfelle, bør ein tenke gjennom om ein ikkje er best tent med at slike personar formaliserer eit lege-pasient-tilhøve til ein annan fastlege dersom dette er praktisk mogeleg.

#### Litteratur

1. Etske regler for leger. Kap. IV. § 2. [www.legeforeningen.no/index.gan?id=485](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=485) (12.11.2004).
2. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven), Lov 1999-07-02 nr. 64. § 15.
3. Dommerud T. Forbudt å sykmelde kolleger og familie. *Dagens Medisin* 2001; nr. 16. [www.dagensmedisin.no/nyheter/visartikkel.asp?artid=2290](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/visartikkel.asp?artid=2290) (12.11.2004).
4. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 192-4.
5. Brodtkorb E, Bråthen G, Bovim G et al. Uenighet om epilepsi og bilkjøring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1100-2.
6. Rosvold E, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002; 30: 125-32.