

Norske legers medisinske behandling av egen familie

Michael 2005;2: 299–310

Sammendrag

Bakgrunn. Som lege har man kunnskap og mulighet til å behandle sine familiemedlemmer når de blir syke. I Legekårsundersøkelsen i 1993 ble norske leger bedt om å svare på en rekke spørsmål omkring egenbehandling av pårørende. Formålet var å kartlegge forekomst av behandling av familien, samt hva slags behandling som ble utført.

Materiale og metode. Et landsrepresentativt utvalg av 1015 leger, hvorav 28% kvinner, svarte på et spørreskjema. Bivariate analyser ble utført ved kji-kvadrattester, mens logistisk regresjon ble brukt i de multivariate analysene.

Resultater. 99% hadde opplevd å bli bedt om å være lege for familiemedlemmer, og flertallet pleide å etterkomme slike forespørsler. 96% av legene hadde forskrevet medikamenter til familien. Flere sykehusleger enn allmennpraktikere hadde ektefelle/samboer og barn som brukte en annen lege enn dem selv. En av fem leger mente at deres ektefelle/samboer og barn fikk dårligere legbehandling enn andre pasienter. 53% hadde observert kolleger som etter deres mening var for mye involvert i behandlingen av egne slektninger, venner eller kolleger.

Fortolkning. Norske leger er ofte lege for familiemedlemmer. Å gå inn i en slik behandlerrolle kan til tider være hensiktsmessig, men det kan også få uheldige konsekvenser som det er viktig å reflektere over.

Nøkkelord: Legerollen, familie, lege-pasient-forhold, sykdom, behandling

For mange leger er det naturlig å være lege for den nærmeste familie. I mange tilfeller kan dette oppleves som praktisk og uproblematisk, men det kan være vanskelig å være både pårørende og behandlende lege samtidig.

Legers behandling av egen familie er ikke noe stort forskningstema. I en studie av nær 500 amerikanske sykehusleger svarte nesten alle at de hadde

opplevd å få forespørslers om medisinsk hjelp fra familiemedlemmer, og en stor andel etterkom disse forespørslene (1). Blant allmennpraktikere i land som Nederland, Israel og Danmark anga opptil 77% at de var lege for egne familiemedlemmer (2-4). Flere menn enn kvinner tok på seg slike oppgaver (4). En undersøkelse fra England viste at allmennleger syntes å ha lavere terskel for å igangsette behandling av familiemedlemmer enn leger i andre spesialiteter (5). 11% av de engelske allmennlegene fungerte som fastlege for familiemedlemmer, og spesielt eldre leger gjorde dette.

I Norge er legers medisinske behandling av egen familie undersøkt blant leger i Rogaland i 1991, der 50% av mennene og 32% av kvinnene var lege for sin ektefelle, mens tre av fire menn og to av tre kvinner var lege for sine barn (6). Etter at fastlegeordningen ble innført, er det vist at en av fire fastleger har ektefelle og egne barn under 18 år på sin pasientliste (7).

I Legekårsundersøkelsen i 1993 svarte et representativt utvalg av norske leger på en rekke spørsmål om medisinsk behandling av egen familie. I denne artikkelen vil vi se på i hvilken grad legene ble bedt om å være lege for familiemedlemmer og hvorvidt de etterkom slike forespørslers, samt om faktorer som kjønn, alder og spesialitet var assosiert med legenes behandlingsatferd. Med utgangspunkt i disse dataene vil vi så diskutere ulike forhold ved det å ta på seg en slik behandlingsoppgave.

Materiale

1476 norske leger mottok et spørreskjema om helse- og sykdomsadferd våren 1993. Svarprosenten var 70%. 16 svar ble ekskludert grunnet manglende data. Det endelige utvalget besto av 1015 yrkesaktive leger, hvorav 28% var kvinner. Legene var i alderen 24 til 69 år (gjennomsnitt 42,3 år). 55% var sykehusleger, 28% allmennpraktikere og 18% i andre stillinger som for eksempel bedriftsleger, forskere og privatpraktiserende spesialister.

Metode

Legene som deltok i Legekårsundersøkelsen, mottok fire spørreskjemaer (8). Skjema A var felles for alle og omhandlet bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, sivilstatus, jobb, sykdommer osv. I tillegg fikk legene tre skjema hver, tilfeldig valgt ut blant totalt 15 (skjema B til Q, minus O). P-skjemaet omhandlet helse- og sykdomsadferd blant leger og legenes behandling av familie, venner og kolleger (9).

Legene ble spurt om hvor ofte de fikk og eventuelt av slo forespørslers om medisinsk behandling fra familiemedlemmer, og om de skrev resepter, henvisninger og sykmeldinger, eller utførte kirurgi. Svaralternativene på disse spørsmålene var «Aldri», «Sjelden», «Av og til» og «Ofte». Legene ble

dessuten spurt om de opplevde det som vanskelig å etterkomme slike forespørsler, og om de følte seg under press i denne forbindelse.

I skjemaet var det også spørsmål om ektefelle eller samboer og hjemmeboende barn (under 18 år) hadde en annen lege de gikk til, og om legene syntes at deres nærmeste fikk like god medisinsk behandling som vanlige pasienter. Legene ble i tillegg spurt om de noen gang hadde observert tilfeller der kolleger var for mye involvert i behandlingen av sine slektninger, venner og kolleger. Spørsmålene i undersøkelsen bygger blant annet på spørsmålene fra studien av La Puma et al. (1), men er noe modifiserte.

De uavhengige variablene omfattet alder (tiårsgrupper), kjønn og arbeidssted (sykehus, allmennpraksis og annet (bedriftslege, forsker, privatpraktiserende spesialist etc.))

Dataene ble analysert i SPSS (10). De bivariante analysene ble utført ved hjelp av kji-kvadrattester. Multivariate assosiasjoner ble analysert ved hjelp av logistisk regresjon. Signifikansnivået ble satt til $p \leq 0,05$.

Resultater

Tabell 1 viser hvor ofte legene fikk forespørsler om legebehandling fra familiemedlemmer – og hvor ofte de av slo en slik forespørsel. Samlet hadde 99% av legene opplevd å få forespørsler fra husholdningsmedlemmer

Tabell 1. Norske legers ($n=1015$)§ erfaringer med forespørsler og avslag på forespørsler om medisinsk hjelp fra familiemedlemmer.

	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til n (%)	Ofte n (%)
Forespørsler om råd/behandling				
• Husholdningsmedlemmer	78 (8)	240 (24)	525 (53)	151 (15)
• Familie for øvrig	25 (3)	321 (32)	562 (56)	103 (10)
Avslag på forespørsler #				
• Husholdningsmedlemmer	567 (64)	220 (25)	79 (9)	20 (2)
• Familie for øvrig	402 (42)	324 (34)	179 (19)	51 (5)

§ Prosent er beregnet ut fra antall svarere på det enkelte spørsmål.

Avslag på forespørsler er kun regnet ut blant leger som oppga at de sjelden, av og til og ofte fikk forespørsler.

og/eller familiemedlemmer for øvrig. Legene avsto oftere forespørsler fra familie for øvrig enn fra personer i egen husholdning. Blant legene som fikk forespørsel, svarte 61% at det var uproblematisk å etterkomme forespørsler fra egen husholdning, mens 33% syntes det var litt vanskelig og 6% svært vanskelig. 35% av legene opplevde det som uproblematisk å etterkomme forespørsler fra familie for øvrig, 54% syntes det var litt vanskelig og 11% svært vanskelig. 11% svarte at de hadde etterkommet en forespørsel om hjelp fra egen husholdning fordi de følte seg under press, mens 32% hadde etterkommet forespørsler om hjelp fra familie for øvrig grunnet press.

87% (872/1000, 15 oppga ikke sivilstand) av legene var gift eller samboer. Ni visste ikke om partneren gikk hos annen lege, ti svarte ikke på spørsmålet. Av de resterende 853 legene oppga 59% at partneren hadde en annen lege de gikk hos (Tabell 2). Flere menn enn kvinner hadde partnere

Tabell 2. Andel norske leger som oppgir at familiemedlemmene har annen lege enn dem selv. Utvalg kolonne 1: Leger som er gift/samboende (n=853)§. Utvalg kolonne 2: Leger som har barn under 18 år (n= 639)§.

		1) Ektefelle /samboer har annen lege n (%)	2) Barn under 18 år har annen lege n (%)
Alle leger		505 (59)	300 (47)
Kjønn	Menn	402 (63)***	221 (46)
	Kvinner	103 (48)	79 (49)
Aldersgrupper	24-29	37 (67)**	16 (64)**
	30-39	198 (66)	139 (53)
	40-49	163 (54)	116 (39)
	50-59	79 (59)	29 (52)#
	60-69	27 (44)	
Arbeidssted	Sykehus	267 (61)***	170 (53)***
	Allmennpraksis	116 (49)	67 (35)
	Annnet	107 (68)	55 (51)

§ Prosent er beregnet ut fra antall svarere på det enkelte spørsmål. «Vet ikke»-gruppen er tatt ut av analysene.

Aldersgruppen 60-69 år inneholdt kun en person, som er inkludert i 50-59 år.

Kjikkvadrat-tester er beregnet for den enkelte kolonne. * p_≤0,05 **p_≤0,01 *** p_≤0,001.

som gikk til annen lege. Andelen partnere med annen lege var lavest i den eldste aldersgruppen (signifikant forskjellig fra de øvrige gruppene, unntatt 40-49 år) og blant allmennpraktikere. Disse forskjellene var signifikante også i de multivariate analysene med legens kjønn, alder og arbeidssted som uavhengige variabler (ikke vist i tabellen).

64% (652/1015) av legene oppga å ha barn som var 18 år eller yngre. Åtte leger visste ikke om barna hadde annen lege, fem svarte ikke på spørsmålet. 47% av de resterende legene oppga at deres barn gikk til en annen lege (Tabell 2). Det var ingen forskjell mellom mannlige og kvinnelige leger med tanke på om barna hadde «ekstern» lege, mens legene i aldersgruppen 40-49 år hadde signifikant mindre tendens til at barna hadde annen lege, sammenlignet med aldersgruppen 24-29 år. Allmennpraktikerbarna hadde i mindre grad enn sykehuslegebarna en annen lege de gikk hos. Disse forskjellene ble bekreftet i de multivariate analysene med legens kjønn, alder og arbeidssted som uavhengige variabler (ikke vist i tabellen).

Tabell 3 viser hvor ofte legene utførte ulike legetjenester for familiemedlemmer. 40% skrev av og til eller ofte ut resepter til husholdningsmedlemmer, mens 15% oppga at de aldri gjorde det. Samlet hadde 96% skrevet ut resepter til familiemedlemmer, og 39% hadde utført kirurgi. Rundt en tredjedel av legene hadde utført kirurgi på noen i egen husholdning – de fleste dog en sjelden gang (hva slags kirurgi de hadde utført, ble det ikke spurt om). 23% av legene oppga at de skrev henvisninger til fysioterapi for husholdningsmedlemmer, noen flere hadde henvist familie for øvrig. I alt hadde 42% skrevet fysioterapihenvisning til familiemedlemmer, mens 31% hadde skrevet sykmelding. Bare 9% hadde en sjelden gang sykmeldt personer i egen husholdning, ytterligere 1% oppga av og til. Noen flere skrev sykmeldinger til medlemmer av familien for øvrig.

Når legene ble spurt om hvordan de opplevde kvaliteten på legebehandlingen familien fikk, mente 7% at ektefelle eller samboer og barn fikk bedre behandling enn andre pasienter, 70% mente de fikk like bra behandling, mens 22% mente at behandlingen var dårligere.

Hele 53% svarte at de hadde observert kolleger som etter deres mening var for mye involvert i behandlingen av egne slektninger, venner eller kolleger.

Diskusjon

Vår undersøkelse er en av få studier av legers behandling av egen familie basert på et stort og representativt utvalg av leger. Svarprosenten på 70% er på linje med andre spørreskjemaundersøkelser av leger og må regnes som akseptabel (8,9).

Tabell 3. Andel norske leger (n=1015)§ som utfører ulike typer behandling av egen familie.

	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til/Ofte n (%)
Reseppter			
• Husholdningsmedlemmer	147 (15)	457 (46)	398 (40)
• Familie for øvrig	102 (10)	515 (51)	395 (39)
Kirurgi			
• Husholdningsmedlemmer	665 (67)	274 (28)	58 (6)
• Familie for øvrig	739 (73)	228 (23)	40 (4)
Henvvisning til fysioterapi			
• Husholdningsmedlemmer	774 (77)	186 (19)	40 (4)
• Familie for øvrig	645 (64)	298 (30)	68 (7)
Sykmelding			
• Husholdningsmedlemmer	902 (90)	89 (9)	11 (1)
• Familie for øvrig	729 (72)	252 (25)	32 (3)

§ Prosent er beregnet ut fra antall svarere på det enkelte spørsmål.

Dataene i Legekårsundersøkelsen ble samlet inn i 1993. Det er mulig at legenes atferd har endret seg noe i årene etterpå. Spesielt kan innføringen av fastlegeordningen i 2001 ha påvirket hvordan legefamiliens helse blir ivare tatt. 98% av alle nordmenn hadde valgt en fastlege i 2003 (11), noe som innebærer at de fleste legers pårørende er knyttet til en fastlege. Imidlertid viser en nylig publisert studie om habilitetsproblemer blant norske fastleger at mange har familiemedlemmer på sin pasientliste, samt at legene også utfører legetjenester, som for eksempel reseptforordning, til pårørende som ikke står på listen deres (7). Innføringen av fastlegeordningen ser altså ikke ut til å ha fjernet legenes mulighet og tendens til å være lege for egen familie. Det er dessuten grunn til å tro at forespørsler om legehjelp stadig forekommer selv om pårørende har en fastlege de kan kontakte. Våre resultater gir dermed et innblikk i en problemstilling som gjelder for de fleste leger uavhengig av spesialitet.

Nesten alle legene i vår undersøkelse var blitt forespurt om medisinsk hjelp fra familiemedlemmer, og en stor andel etterkom slike forespørsler.

Legene av slo oftere forespørsler fra familie for øvrig enn fra personer i egen husholdning. Dette kan tyde på at en del leger ser det som mer naturlig og uproblematisk å behandle sine nærmeste enn familien for øvrig. Leger sitter ofte inne med gode anamnesticke opplysninger om de nærmeste familiemedlemmene og kan derfor være godt egnet til å vurdere dem medisinsk. For mange legeslektninger er det opplagt fordeler forbundet med å kunne konsultere «familielegen». Det kan for eksempel være tidsbesparende for foreldre og mindre belastende for et sykt barn å bli undersøkt av en lett tilgjengelig familielege. Våre resultater samsvarer med studien blant amerikanske sykehusleger (1). Også der svarte 99% at de hadde fått forespørsler om medisinske råd eller hjelp fra familiemedlemmer, og 57% etterkom nesten alltid slike henvendelser.

Bare 59% av legenes partnere og 47% av barna under 18 år gikk til en annen lege. Blant de som ikke hadde annen lege, var det nok noen som ikke hadde hatt behov for legebehandling, men samtidig indikerer tallene at mange av legene opplevde det som naturlig å selv ta hovedansvaret for sine syke nærmeste. Studien av norske fastleger bekrefter at dette også er tilfelle i dag, siden en av fire fastleger har ektefeller eller barn på listen sin og 42% har skrevet ut hvit resept til sine barn i løpet av en toårsperiode (7).

Barn av norske allmennpraktikere hadde annen lege i 35% av tilfellene, mens hele 53% av sykehuslegebarna hadde annen lege de gikk til. En tidligere undersøkelse av materialet fra Legekårsundersøkelsen viste at allmennpraktiserende leger egenbehandlet seg selv mer enn andre leger (9). Kanskje er allmennpraktikere «biased» av sin faglige «bredde»? Sykehuslegene er ofte mer «smale» når det gjelder klinisk erfaring. Samtidig har de lettere tilgang til andre spesialister i sykehuset. Det er mulig at sykehusleger raskere henviser sine nærmeste direkte til annenlinjetjenesten når det dreier seg om sykdom innen andre fagfelt.

Flere mannlige enn kvinnelige leger hadde partner som gikk hos annen lege. Denne forskjellen kan kanskje forklares av at kvinner oppsøker lege for gynekologisk undersøkelse, noe som det ofte ikke er naturlig å la ektefellen utføre. Det kan også skyldes at kvinnelige leger i større grad enn mannlige tar på seg omsorgsoppgaven for familien. De yngre legene i undersøkelsen var i mindre grad enn de eldre leger for sin familie. Dette kan ha sammenheng med at de unge legene har barn som går til legeundersøkelser på helsestasjon, og/eller at yngre leger er mer bevisste på ikke å behandle egen familie. Eldre leger har ofte mer klinisk erfaring enn yngre, og kan av denne grunn være mer komfortable med å behandle familien. Det at eldre leger i større grad tar ansvar for familiens helse, samsvarer med studier fra USA og England (1,5), samt fra undersøkelsen av fastlegene i Norge (7).

Mange skrev ut resept

Behandlingen legene ga, var først og fremst å skrive ut resepter, og dette skyldes nok at spørsmål om medisiner er vanligst å få. Fra andre studier vet vi at det ofte dreier det seg om antibiotikaforskrivning ved akutte infeksjoner (4). I en del tilfeller kan det også dreie seg om å prolongere en resept som er initiert av en annen lege.

En del leger skrev henvisninger og sykmeldinger for familiemedlemmer, men de oppga at det skjedde sjelden. Dette kan skyldes at de sjelden får spørsmål om slike tjenester, men det kan også hende at inhabiliteten oppleves som større når det skal skrives henvisninger eller attester. Da våre data ble samlet inn, var det ikke ulovlig for leger å henvise, sykmelde eller skrive ut blåresepter til sine pårørende. Den nye Helsepersonelloven som kom i 2001, slår imidlertid fast at dette er ulovlig siden leger nå er underlagt habilitetskravene i Forvaltningsloven (12,13). Det skal nevnes at det ikke alltid er mulig å rette seg etter dette habilitetskravet. Noen av legene i Legekårsundersøkelsen kommenterte i spørreskjemaet at de fungerte som leger for slektninger fordi de var eneste lege i området. Undersøkelsen av fastlegene i Norge viser for øvrig at mange leger fremdeles skriver ut blåresepter til familiemedlemmer, mens det, som i vår undersøkelse, er betydelig færre som skriver sykmeldinger til nær familie (7).

70% av de norske legene mente deres ektefelle/samboer og barn fikk like god behandling som andre pasienter, mens 22% mente de fikk en dårligere behandling. Sammenliknbare tall fra Israel er 57% og 31% (3). Noen norske leger (7%) syntes at de nære pårørende fikk bedre behandling enn andre pasienter. Det kan tenkes at dette skyldes at leger aktivt søker behandlere til sine pårørende som de mener er best. En amerikansk studie av barn på sykehus viste at legebarn hadde mindre kontakt med medisinstudenter og underordnede leger enn andre barn, og de forholdt seg til færre leger under innleggelsen (14). En annen studie viste at legebarn eller foreldre fikk hyppigere visitter ved innleggelser på sykehus, og legeforeldre hadde større tilgang på telefonkonsultasjoner med pediaterne enn andre foreldre (15). Bortsett fra disse to momentene var det å være et sykt legebarn stort sett ikke forbundet med særlige fordeler. Det viste seg blant annet at legeforeldre ventet lengre enn andre foreldre med å søke hjelp. Pediaterne mente at de ga dårligere informasjon til legeforeldre omkring barnets sykdom, og de opplevde det også som vanskelig å få tatt opp personlige, psykologiske og adferdsmessige forhold eller symptomer hos legebarna med foreldrene. Mindre av anamnesticke opplysninger ble journalført. Forfatterne konkluderer med at legebarn står i fare for å få et dårligere helsetilbud enn andre barn (15).

Vanskelig å være objektiv?

Omtrent halvparten av de norske legene hadde av og til observert at kolleger var for mye involvert i behandlingen av egne slektninger, venner eller kolleger. En tredjedel av legene i La Puma-studien svarte det samme (1). I vårt materiale ble ikke legene spurt om hva det innebærer å være for mye involvert i behandling av pårørende. Det fremgår av La Puma-studien at de uheldige forholdene falt i fire kategorier: Den første dreide seg om tap av objektivitet; å utelate viktige prosedyrer eller å igangsette nytteløs behandling. Den andre omhandlet leger som interfererte med igangsatt behandling av annen lege. I den tredje kom forhold der den pårørende legen igangsatte medisinsk kontraindiserte prosedyrer. I den siste kategorien hadde legene undersøkt eller fulgt opp de pårørende utilstrekkelig.

I andre artikler trekkes også andre faremomenter frem (16,17): Egen engstelse for den pårørende kan forstyrre legens evne til å vurdere tilstanden. Det kan oppstå rolleforvirring både hos pasient og lege. Dette kan igjen lede til problemer med å stille alle nødvendige spørsmål – og få ærlige svar. Det er ikke sikkert legen eller pasienten våger å ta opp alt med et nært familiemedlem. Det kan dessuten være vanskelig å gjøre alle nødvendige undersøkelser – både fordi man lett trækker over en privat grense, men også fordi man – avhengig av hvor konsultasjonen skjer – ikke har tilgang på alt nødvendig utstyr. Behandling som gjøres litt ad hoc, blir kanskje ikke journalført. I tillegg kan pasientautonomien bli undergravet når pasient og behandler har tette bånd.

Det er imidlertid også fordeler ved å kunne behandle egen familie. For pasienten – barn eller ektefelle – er legehjelpen lett tilgjengelig ved akutt sykdom. Man slipper å forholde seg til en fremmed person, og man slipper å sitte i kø på en travel legevakt. I en studie fra USA ble det da også oppgitt at bekvemmelighet var den viktigste årsaken til at leger behandlet sine barn (18).

Formålet med denne artikkelen er ikke å definere eksakte grenser for medisinsk behandling av egen familie, men heller å stimulere til ettertanke og samtale om temaet. Gjennomgang av aktuell litteratur viser at mange leger skiller mellom øyeblikkelig hjelp og mindre akutt sykdom når grensen for familiebehandling skal trekkes opp (18,19). Det er nødvendig og pålagt å være lege for familien i akutte situasjoner. Ved mindre alvorlig sykdom behandler mange leger sin familie, mens det ved mer komplisert sykdom er naturlig å overlate behandlingsansvaret til kolleger. Det er imidlertid grunn til å understreke at det å behandle pårørende kan medføre problemer for begge de involverte parter, og at leger derfor bør ha en lav terskel for henvisning av sine nærmeste. I Norge er det ikke utarbeidet etiske retningslin-

jer for legers behandling av egen familie. I England er det innført slike retningslinjer i et forsøk på å regulere legers behandling av både seg selv og familiene deres, men reglene følges i mange tilfeller ikke (5).

Legeyrket som profesjon har innbygget i seg en overordnet omsorgsfunksjon, og det er grunn til å tro at dette er en faktor som bidrar til at leger behandler egne familiemedlemmer uavhengig av om de formelt er tilknyttet en annen leges liste. Fastlegeordningen kan imidlertid bidra til å senke terskelen for å oppsøke en annen lege enn familiemedlemmet: For pasientene innebærer det at de vet at de «hører til» hos en annen lege, og for legen betyr det at det kan være lettere å henvise pasienten videre til fastlegen når forespørselen kommer.

Konklusjon

Egenbehandling av familiemedlemmer er utbredt blant norske leger. Det å behandle pårørende kan medføre problemer for de involverte parter, og leger bør derfor ha en lav terskel for å henvise familiemedlemmer til andre leger.

Litteratur

- 1 La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. *N Engl J Med* 1991; 325: 1290-4.
- 2 Lens P. *Zieke dokters*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge BV 1984: 156-9.
- 3 Rennert M, Hagoel L, Epstein L, Shifroni G. The Care of Family Physicians and Their Families: A Study of Health and Help-Seeking Behaviour. *Fam Pract* 1990; 7: 96-9.
- 4 Rasmussen KB, Simony J, Wolf H, Løppenthin P, Otte JJ. Lægers egenomsorg. En analyse af alment praktiserende lægers holdning til eget og nære pårørendes helbred. *Practicus* 1990; 65: 138-40.
- 5 Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319: 605-8.
- 6 Haga E, Thorsen O, Halvorsen L, Reiten K. Helsetjeneste for leger i Rogaland. En spørreskjemaundersøkelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 3625-6.
- 7 Vassbø, B, Hagen HR, Hunskaar S. Habilitetsproblem i fastlegepraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2207-9.
- 8 Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Responsen på spørreskjemaundersøkelsen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 3052-8.
- 9 Rosvold EO. Physicians in illness and health. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2002.
- 10 SPSS. <http://www.spss.com/no/> (14.06.2005).
- 11 Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år — erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Rapport. Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
<http://odin.dep.nofilarkiv/232628/Fastlegerapporten.pdf> (20.09.2005).
- 12 Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) § 15, 2001,
<http://www.lovdatabasen.no/all/til-19990702-064-002.html#15> (23.09.2005).

- 13 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven), §6 <http://www lov-data.no/all/hl-19670210-000.html#6> (23.09.2005).
- 14 Diekema DS, Cummings P, Quan L. Physicians' Children Are Treated Differently in the Emergency Department. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 6- 9.
- 15 Wassemann RC, Hassuk BM, Young PC, Land ML. Health Care of Physicians Children. *Pediatrics* 1989; 83: 319- 322.
- 16 Reid A. Prescribing for family and friends. <http://bmj.com/cgi/eletters/323/7314/701#16820>, 1 Oct 2001 (09.01.2005).
- 17 La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA* 1992; 267: 1810-2.
- 18 Dusdieker LB, Murph JR, Murp WE, Dungey CI. Physicians Treating Their Own Children. *Am J Dis Child* 1993; 147: 146- 149.
- 19 Nielsen B. Lægen som pasient. *Månedsskr Praktisk Lægegern* 2001: 192- 201.

Abstract

Physicians' medical treatment of their own family

Background. *Physicians have the knowledge and opportunity to give medical treatment to members of their own family. Norwegian physicians' family treatment behavior was studied in a large survey of members of the Norwegian Medical Association in 1993. The purpose of the study was to explore to what extent the physicians treated their own family, and the type of treatment provided.*

Material and Methods. *A questionnaire was answered by a nation-wide representative sample of 1015 Norwegian physicians; 28% women. Data were analyzed by means of bivariate and multivariate techniques.*

Results. *In all, 99% of the physicians had been asked to provide medical treatment to family members, and most of them had accepted to give such treatment. 96% had prescribed medicines for family members. More hospital physicians than general practitioners had spouse and children who used other physicians than themselves. One in five physicians claimed that their spouse and children received poorer medical treatment than other patients. 53% had observed colleagues being too much involved in the treatment of family members, friends, or colleagues at work.*

Interpretation. *Norwegian physicians often provide medical treatment to family members. Such a behavior can at time be appropriate, but physicians should consider the possible negative consequences that can occur when they engages in this kind of physician-patient relationship.*

Hovedbudskap

Medisinsk behandling av egne familiemedlemmer er utbredt blant norske leger.

Familiebehandling kan være hensiktsmessig, men den kan også ha uheldige konsekvenser.

Leger bør ha lav terskel for å henvise pårørende til andre leger.

Merknad

Artikkelen baserer seg på Solveig Gjengedals prosjektoppgave «Legers behandling av egen familie» utført i løpet av medisinstudiet ved Universitetet i Oslo i 2002, samt på Elin Olaus Rosvolds forelesning «Lege, leg dine nærmeste?» som var selvvalgt prøveforelesning for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo i 2002.

Takk

Takk til John La Puma og kolleger for tillatelse til bruk av deres spørreskjema, og til Harald Jodalen for nyttige kommentarer til manuskriptet.

*Solveig Gjengedal
Sykehuset Innlandet HF
Divisjon kirurgi Gjøvik
Kyrre Greppsgt 11
2819 Gjøvik*

*Elin Olaus Rosvold (kontaktperson)
e.o.rosvold@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Pb 1130 Blindern
0317 Oslo
tlf. 93 26 53 27*