

Gjevik, L. (2025). Tryggere sjåførar gjennom evidensbasert medisin?  
I S. Loeng & J. P. Wigum (Red.), *Profesjonsrettet høgere utdanning* (s. 149–172).  
Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa640807>

7

## Tryggere sjåførar gjennom evidensbasert medisin?

Lena Gjevik<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nord universitet, Handelshøgskolen

**Sammendrag:** Denne studien undersøker hvordan fastleger balanserer juridiske krav og pasientsentrert medisin i vurderingen av helsekrav til førerkort hos pasienter som bruker benzodiazepiner. Gjennom kvalitative intervjuer med seks fastleger avdekkes det at vurderingspraksisen i stor grad styres av førerkortforskriftens juridiske krav, mens pasientsentrert medisin og evidensbasert informasjon i liten grad vektlegges. Legene opplever et dilemma mellom rollen som behandler og sakkyndig, og deres trygghet i rollen påvirker graden av informasjon som gis til pasientene. Studien viser behov for bedre opplæring, kollegastøtte og informasjonsverktøy for å styrke pasientenes evne til å vurdere egen kjøreevne og ivareta trafikksikkerheten.

*Nøkkelord:* fastlege, benzodiazepiner, førerkort, pasientsentrert medisin, vurderingspraksis, trafikksikkerhet

**Abstract:** This study explores how general practitioners (GPs) balance legal requirements and patient-centred care when assessing fitness to drive in patients using benzodiazepines. Based on qualitative interviews with six GPs, the findings reveal that their assessment practices are shaped mainly by legal regulations, with limited emphasis on patient-centred approaches and evidence-based information. GPs face a dual role as both caregivers and medical experts, and their confidence in this role influences the extent of information provided to patients. The study highlights the need for improved training, peer support, and informational tools to empower patients to assess their driving ability responsibly and enhance road safety.

*Keywords:* general practitioner, benzodiazepines, driving license, patient-centred care, assessment practice, road safety

## Innledning

Vi ser stadig oppslag i media om økende bruk av legemidler (Iwamoto et al., 2024), og det hevdes at kjøring i ruspåvirket tilstand representerer en betydelig utfordring for trafikksikkerheten (Sartori et al., 2024) på norske veier (Samferdselsdepartementet, 2018). I Statens vegvesens rapport for 2021 fremkom det at ruspåvirket kjøring var en medvirkende faktor i 18 % av dødsulykkene (Statens vegvesen, 2021). Samme år ble 11 651 personer anmeldt for ruspåvirket kjøring, noe som tilsvarer 32 personer hver dag (Politiet, 2021).

I Norge legges det betydelig vekt på trafikksikkerhetsarbeid, og i det ligger det blant annet en klar forventning om at alle bilister skal være i tilfredsstillende helsemessig stand. I nasjonal tiltaksplan (NTP) (Samferdselsdepartementet, 2008–2009) står det at alle trafikanter skal være aktsomme og unngå regelbrudd, og Vegtrafikklovens § 21 slår fast at:

Ingen må føre eller forsøke å føre kjøretøy når han er i en slik tilstand at han ikke kan anses skikket til å kjøre på trygg måte, hva enten dette har sin årsak i at han er påvirket av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel, eller i at han er syk, svekket, sliten eller trett, eller skyldes andre omstendigheter. (Vegtrafikkloven, 1965)

Det heter videre, i lovens § 22 b), at de «som fører motorvogn i stilling eller yrke som medfører befordring av personer eller gods, må i tjenestetiden ikke nyte alkohol eller ta annet berusende eller bedøvende middel i tjenestetiden.» (Vegtrafikkloven, 1965). Forbudet gjelder mens man er i tjeneste og de siste 8 timene før tjenestetiden begynner.

Trafikksikkerhet omfatter blant annet tiltak for å fremme ansvarsfull atferd og forebygge skader og i verste fall død i de ulike trafikantgrupper i befolkningen (Akbari et al., 2024).

Å støtte opp under de tiltak som gjøres på dette feltet, er et viktig steg i det forebyggende arbeidet, fastslår Samferdselsdepartementet (Samferdselsdepartementet, 2015–2016).

Trafikantene har likevel ikke de samme forutsetningene for å være aktsomme og unngå regelbrudd.

La meg gi et eksempel: Selv om det å ha tilstrekkelig god helse i trafikken er en selvfølge for mange, er det erfaringsmessig likevel mange trafikanter som kjører med en helsetilstand som ikke tilfredsstillende helsekravene (Fører kortforskriften, 2004), og det er mange trafikanter, også førere av motoriserte kjøretøy, som krever legemiddelassistert behandling og oppfølging.

På lik linje med promillegrensen for alkohol, eksisterer det for enkelte andre berusende og bedøvende midler – det vi kaller A-preparater (narkotiske stoffer) og B-preparater (avhengighetsskapende og vanedannende stoffer) – faste grenser for hvilke konsentrasjoner som er tillatt å ha i blodet ved føring av kjøretøy. Dette er legemidler som er merket med varseltrekant (rød trekant).

Når det gjelder markedsførte (godkjente) legemidler i Norge, gjelder dette for eksempel angstdempende, beroligende og hypnotiske (søvndyssende) legemidler som benzodiazepiner (eksempelvis diazepam (Valium®, Stesolid®)) og enkelte sterke smertestillende legemidler som morfin og lignende preparater, samt det sentralstimulerende stoffet metylfenidat.

De faste grensene gjelder imidlertid «ikke hvis legemidlet er inntatt i henhold til gjeldende foreskrivninger fra lege eller tannlege» (Forskrift om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol, 2016, § 1). Dette betyr at hvis pasienten har fått legemidlet på resept fra lege og har tatt legemidlet i henhold til foreskrivning, kan han, hvis han selv føler seg i stand til det, føre kjøretøy til tross for bruk av legemidler med varseltrekant.

For at den enkelte bilfører skal kunne vurdere om han er kjørbar under påvirkning av legemidler, kreves det både at han er bevisst hvilke legemidler som kan påvirke kjøreevnen, og at han kan vurdere om man er kjørbar (Legemiddelindustrien, 2002).

Med de nye helsekravene til førerkort som trådte i kraft 01.10.2016, fikk fastlegene ansvaret for å vurdere om pasientene er i helsemessig stand til å kjøre trafikksikkert ved bruk av legemiddelassistert behandling med benzopreparater. Formålet med at fastlegene skal ha ansvaret for helsevurderingen, er å gjøre vurderingen mer effektiv, ha mindre rom for skjønn, gi pasientene større rettssikkerhet og sikre at de blir behandlet likt hos forskjellige leger.

Dette medførte en todelt rolle i møte med pasientene – de er både behandlere og sakkyndige. Fastlegen har et ansvar for å følge opp medikamentbruken og vurdere om den er forenlig med bilkjøring hos pasienter som har førerkort, samtidig som de har andre omsorgsoppgaver overfor pasientene.

Riktignok legger lovverket til grunn at det er den enkelte sjåfør som er ansvarlig for å vurdere sin kjøreevne i samsvar med lovverket og ved behandling som kan virke inn på kjøreevnen.

Det sies derimot lite om hvordan den enkelte sjåfør settes i stand til å ta dette ansvaret. Denne innsikten har bidratt til spørsmålet: Setter vi den enkelte bruker av benzodiazepiner i stand til å vurdere sin kjøreevne?

## Tidligere forskning

Det er forsket lite på egenvurdering av kjøreevne og medikamentbruk i Europa det siste tiåret, særlig om en sammenligner med studier hvor en ser på virkingsmekanismene og bivirkningene ved bruk av benzodiazepiner forbundet med økt risiko for trafikkulykker (Zullo et al., 2024).

Når det gjelder forskning og undersøkelser i direkte forbindelse mellom førerens egenvurdering og reell kjøreevne ved påvirkning av legemidler, er det eksempelvis rapportert fra Nederland at førerens vurdering av egen oppmerksomhet ved kjøring ikke i særlig grad kunne relateres til faktisk kjøreevne (Verster, 2012).

I Norge er det gjort studier både i laboratorie- og kjøresimulator som viser at effekten av benzodiazepiner påvirker kjøreevnen (blant annet reaksjonstiden). I tillegg er det gjennomført studier som viser en dobling av risiko for trafikkulykker ved bruk av benzodiazepiner (Hetland A., 2014).

En metaanalyse fra 2011, basert på kasus-kontroll- og kohortstudier, viste at risikoen for ulykker økte med 60–80 %. Her fant man også en økt risiko for ansvarlighet for trafikkulykker på 40 % (Dassanayake, 2011).

Selv om det er gjort en del spredt forskning på effektene ved bruk av medikamenter som påvirker sentralnervesystemet, er det ikke gjort funn i forskning som sier noe om hvilken kunnskap den enkelte bilfører har om sin egen helsetilstand og effekten av inntatte legemidler.

Det sies heller ikke noe om hvilken informasjon de har mottatt fra helsepersonell som grunnlag for egenvurderingen den enkelte bilfører gjør av sine kjøreegenskaper og kjøreferdigheter når han eller hun setter seg bak rattet.

Det er et tydelig kunnskapsgap når det gjelder hvordan den enkelte fører ved bruk av benzodiazepiner er i stand til å vurdere sin kjøreevne, og hvordan det kan ha seg at lovverket legger ansvaret for å gjøre denne vurderingen hos sjåføren.

## Teoretisk rammeverk

### Pasientorientert behandling

Pasientorientert behandling er en arbeidsform der pasientens bekymringer, forventninger og oppfatninger tillegges stor vekt i både diagnostikk og behandling, og behandlingen blir tilpasset pasientens livssituasjon og mål (Johansen, 2020). I medisinsk praksis er denne arbeidsformen regnet som et ideal, fordi den bidrar til å styrke pasientens autonomi, medvirkning og tilfredshet (Bruusgaard, 2024).

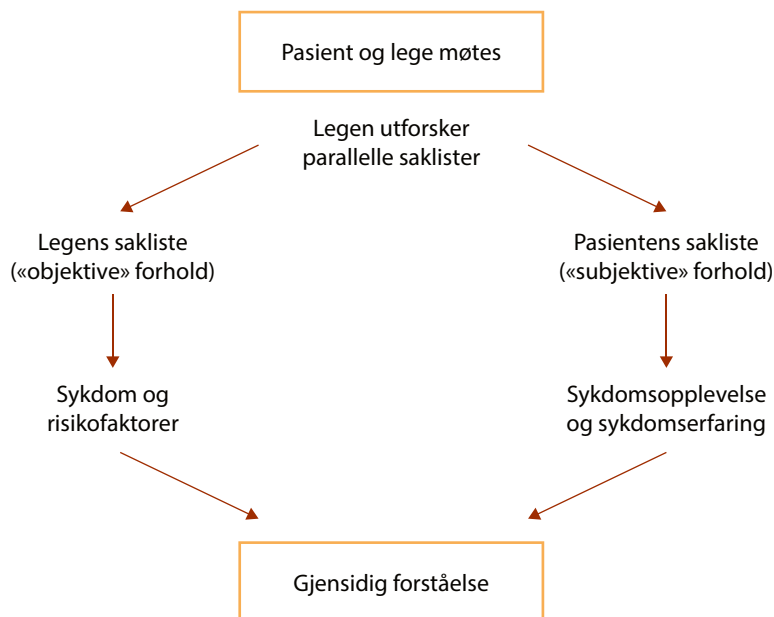
Legen bør derfor balansere pasientens og sin egen sakliste (medisinsk subjektive og «objektive» forhold) i konsultasjonen. Legen bør også oppnå en felles forståelse med pasienten som kan lede til videre samhandling og tiltak.

Pasientorientert behandling er også i tråd med helsepersonelloven, som pålegger *helsepersonell* å respektere pasientens rett til informasjon, samtykke og medbestemmelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a).

Denne formen for behandling er en retningslinje i behandling av pasienter fordi det er vist at det kan ha positive effekter på pasientens helseutfall, livskvalitet og tilpasning til sykdom (Helsedirektoratet, 2009).

Det kan også bidra til bedre samhandling mellom helsepersonell og pasienter, samt mellom ulike nivåer i helsetjenesten (*Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)*).

Pasientorientert behandling krever at helsepersonell har god kommunikasjon, empati og faglig kompetanse, samt at de tilpasser behandlingen til pasientens individuelle behov og preferanser (Aass & Kaasa, 2022).



Figur 7.1

*Den pasientsentrerte kliniske metode (Levenstein et al., 1986)*

## Evidensbasert informasjon

Evidensbasert informasjon er informasjon som bygger på den beste tilgjengelige forskningen og kunnskapen om et tema. Evidensbasert informasjon om benzodiazepiner og kjøreevne kan hjelpe føreren til å forstå hvordan legemidlene påvirker kroppen og kjøreevnen, og hvordan man kan redusere eller avslutte bruken av dem. Evidensbasert informasjon kan også bidra til å fremme førerens medvirkning, selvbestemmelse og autonomi, samt styrke tillitsforholdet mellom føreren og legen.

Det finnes ulike kilder til evidensbasert informasjon om benzodiazepiner og kjøreevne, som for eksempel:

- Nasjonal faglig retningslinje for bruk av avhengighetsskapende legemidler (Norsk helseinformatikk, 2012): Denne gir anbefalinger om indikasjoner, dosering, varighet, oppfølging og seponering av benzodiazepiner, samt om informasjon til pasienten om virkninger, bivirkninger, avhengighet og trafikkfare.

- Veileder i allmennmedisin (*Pasientinformasjon benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler*, 2021): Denne gir råd om hvordan man skal håndtere pasienter som bruker eller ønsker å bruke benzodiazepiner, samt om hvordan man skal informere, motivere og støtte pasienten i nedtrapping eller avslutning av bruken.
- Informasjonsbrosjyre om benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler (Norsk helseinformatikk, 2012): Denne er utarbeidet av Helsedirektoratet og kan brukes som et hjelpemiddel for å informere pasienten om hva disse legemidlene er, hvordan de virker, hva de brukes til, hva slags bivirkninger de kan gi, hvordan man kan slutte å bruke dem og hvor man kan få hjelp.

### **Informasjon til pasienten**

Plikten til å gi informasjon er en avgjørende del av det å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og å etablere en plattform for god kommunikasjon gjennom hele behandlingsforløpet eller tjenesteperioden er avgjørende, blant annet for kvalitet og tillit til personell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 2018).

Nødvendig informasjon og veiledning av pasienter er helt primært for at de skal ha forutsetning for å ta ansvar. Å formidle medisinsk viten er en viktig del av det å jobbe i helsevesenet. Det er diagnostiske tester, prøveresultater og behandlinger, referanseverdier og overlevelsesprognoser. Selv for dem som jobber i helsevesenet, kan det være vanskelig å få grep om alt.

Ifølge Norsk forening for allmennmedisin bygger allmennpraksis i Norge verdigrunnlaget sitt på KOPF-idealet: Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende – APLF og OLL 1977. Det tilrettelegges for god og profesjonell allmennpraksis gjennom individuell og forpliktende relasjon med pasientene, og en viktig oppgave allmennlegene har, er å ta hensyn til pasientenes behov og ressurser, og anerkjenne pasientenes autonomi og rett til medbestemmelse (Sundby et al., 2018).

### **Retten til informasjon**

Pasienter har fått klare rettigheter til informasjon i Norge siden 1970- og 80-årene (*Informasjon til pasienter mv.*, 2018). Dette er basert på prinsippet om

at pasienten har selvbestemmelsesrett over sin egen kropp og helse. Pasienten skal informeres om sin medisinske tilstand, forventet utvikling, virkninger og bivirkninger av den behandling han tilbys. Begrunnelsen bak et slikt krav er at pasienten i størst mulig grad skal settes i stand til å ivareta sine egne interesser, herunder kunne velge å ikke motta helsehjelp.

Pasientens rett til informasjon er en del av pasientens rett til autonomi (selvbestemmelse), medvirkning og rett til informert samtykke, og regelen om pasientens rett til informasjon og omfanget og klarheten av pliktig informasjon må dermed sees i sammenheng med pasientens rett til å forstå hva som feiler ham og gjøres med ham, slik at han kan medvirke i behandlingen og gi et informert samtykke til behandlingen.

### **Informasjonsansvar**

Dette er nå tatt inn i Pasientrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (2018). Lovens utgangspunkt er at helsepersonell har plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter pasient- og brukerrettighetsloven («Informasjon til pasienter mv.», 2018). Formålet er å sikre at pasient eller bruker og pårørende får den informasjon som er nødvendig for innsikt i egen helsetilstand, innhold i helsehjelpen og for å kunne samtykke og medvirke til tjenesten (Helsedirektoratet, 2023).

Fastlegers plikt til å gi informasjon til pasienter ved foreskriving av legemidler er regulert av pasientrettighetsloven § 3-2 (1999). Ifølge denne loven skal helsepersonell gi pasienten nødvendig informasjon om behandlingstilbudet, herunder informasjon om legemidler som er foreskrevet.

Pasienten skal også informeres om mulige risikoer, samt informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i behandling med benzo-preparater, og informasjonen skal bidra til å forebygge bivirkninger, avhengighet, ulykker og feilbruk av legemidlene (Brukerrettighetsloven, 1999).

Fastleger har også en plikt til å gi informasjon om bivirkninger og eventuelle interaksjoner med andre legemidler som pasienten bruker.

De nye helsekravene til førerkort gir helsepersonell, og spesielt legene som forskriver, mye ansvar for å informere pasienten og eventuelt melde til fylkeslegen ved bruk av angst- og sovemedisiner.

Helsekravene i førerkortforskriften knyttet til bruk av benzodiazepiner gir føreren det endelige ansvaret for å vurdere om de er i stand til å sette seg bak rattet for å kjøre.

Det er ikke kontroversielt å snakke med pasientene om behandling med benzo-preparater. Kan vi ikke gjøre det samme med farene og ansvaret ved bruk av disse preparatene?

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, der pasienten blant annet har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig formidles med riktig og tilpasset informasjon, slik at pasienten får et godt grunnlag for å forstå og ta stilling til egen helsesituasjon.

Pasient- og brukerrettighetsloven sier også noe om formen for informasjon som skal gis. En lege kan si at informasjon til en pasient er gitt og forstått når pasienten har gitt et informert samtykke til helsehjelpen som tilbys. Informert samtykke betyr at pasienten har fått tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand, helsehjelpen, mulige risikoer og bivirkninger, og alternative behandlingsformer (Helsedepartementet, 1999).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Brukerrettighetsloven, 1999). Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og legen skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b). Informasjonen som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.

Det er legens ansvar å forsikre seg om pasientens forståelse, fordi det er en del av kravet til forsvarlige helsetjenester. Legen har også plikt til å sørge for at virksomheten jobber systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Meld. St. 11, 2020–2021).

God kommunikasjon og gjensidig forståelse er grunnleggende i møtet mellom pasient og helsepersonell. Dersom det er en språkbarriere, må legen skaffe kvalifisert tolk (*Informasjon til pasienter mv.*, 2018). Dersom pasienten har nedsatt funksjonsevne, må legen tilrettelegge informasjonen etter pasientens behov. Dersom pasienten har grunn til å tro at han eller hun kan få eller har fått skader som følge av helsehjelpen, må legen også informere pasienten om dette (Brukerrettighetsloven, 1999).

## **Kommunikasjon – pedagogikk – medisin**

I arbeidet med mennesker er det «faglige» og det kommunikative sterkt sammenvevd, og en lege vil alltid inngå i en relasjon med sin pasient (Guldbrandsen, 1993). Kommunikasjon er legens kanskje viktigste kliniske verktøy, fortrinnsvis i møte med pasienter og pårørende, men også i møte med kolleger, media og samfunnet.

For å komme i posisjon til god informasjonsutveksling i lege–pasient-møter og oppnå felles forståelse, trenger legen kommunikasjonsferdigheter som legger til rette for dette (Helsedirektoratet, 2021).

Helsedirektoratet har utviklet rapporten *Pedagogikk og kommunikasjon* i spesialistutdanningen for leger som en del av et prosjekt som startet i 2018 og ble avsluttet i 2020 (Helsedirektoratet u.å.). Rapporten sier hva leger i spesialisering bør lære om pedagogikk og kommunikasjon. Pedagogikk handler om hvordan man lærer og underviser, og kommunikasjon handler om hvordan man snakker og lytter.

Rapporten tar for seg fire viktige temaer: hvordan leger skal snakke med pasienter og pårørende, hvordan leger skal involvere pasienter og brukere i beslutninger om egen helse, hvordan leger skal samarbeide med andre i helsevesenet, og hvordan leger skal lære opp pasienter og pårørende om sykdom og behandling. Målet er å hjelpe leger å bli bedre til å møte pasientenes og samarbeidspartners behov og forventninger på en profesjonell og pasientsentrert måte.

Rapporten er basert på nasjonale og internasjonale retningslinjer, forskning og erfaringer, samt innspill fra en gruppe med leger fra ulike spesialiteter, utdanningssteder og brukerorganisasjoner.

Ved enkelte universiteter i Norge, deriblant Universitetet i Bergen, har seksjon for allmennmedisin undervist sisteårs medisinstudenter i klinisk samtalekunst og konsultasjonsteknikk siden 1998 for å øke legenes kompetanse i mellommenneskelig kommunikasjon (Bærheim, 2000).

## **Trygge leger**

Forskning utført i 2019 av Ofstad et al. (2023) undersøkte hvordan leger i spesialisering del 1 (LIS1-leger) opplever og håndterer medisinsk usikkerhet i en klinisk hverdag. Forfatterne intervjuet ti LIS1-leger ved to sykehus og analyserte intervjuene med systematisk tekstkondensering. De fant tre

hovedtemaer i intervjuene: håndtering av medisinsk usikkerhet, personlig respons på medisinsk usikkerhet samt arbeidsmiljø, tilbakemeldinger og forberedelse. Innen alle de tre tematiske områdene brukte informantene ordene sikker/usikker og trygg/utrygg om hverandre.

Forfatterne konkluderte med at LIS1-legene strevde med medisinsens iboende usikkerhet og kjente på en betydelig utrygghet, spesielt i starten av tjenesten. De mente at den medisinske utdannelsen i liten grad hadde forberedt LIS1-legene på møtet med medisinsk usikkerhet i en klinisk hverdag. De pekte også på forbedringspotensialet i arbeidsmiljø, tilbakemeldinger og forberedelse.

En annen eksperimentell undersøkelse fra Nederland viste at leger som brukte ikke-verbale signaler på usikkerhet svekket pasientenes tillit til dem, mens leger som uttrykte usikkerhet verbalt ikke hadde samme effekt (Blanch-Hartigan, 2019).

## **Benzodiazepiner**

Benzodiazepiner er en gruppe legemidler som har beroligende, angst-dempende, søvndyssende og muskelavslappende effekter. De brukes blant annet til å behandle angstlidelser, søvnproblemer, epilepsi og abstinenssymptomer. Benzodiazepiner er klassifisert som B-preparater, det vil si at de er avhengighetskapende og vanedannende stoffer som kan påvirke kjøreevnen negativt.

Bruk av benzodiazepiner kan redusere oppmerksomhet, reaksjonsevne, konsentrasjon og koordinasjon, noe som kan øke risikoen for trafikkulykker. Derfor er det fastsatt grenser for hvor høye konsentrasjoner av benzodiazepiner man kan ha i blodet når man fører kjøretøy. Disse grensene gjelder imidlertid ikke hvis legemidlet er inntatt i henhold til legeforskrivning, og pasienten selv føler seg i stand til å kjøre trygt (Helsedirektoratet, 2016).

Det er likevel viktig at pasienter som bruker benzodiazepiner får god informasjon om hvordan legemidlet kan påvirke kjøreevnen, og at de får hjelp til å vurdere sin egen kjørbarehet. Fastlegen har et ansvar for å følge opp medikamentbruken og vurdere om den er forenlig med bilkjøring hos pasienter som har førerkort (Helsedirektoratet, 2016).

Fastlegen må også ta hensyn til pasientens helsetilstand, andre legemidler som brukes samtidig, og eventuelle bivirkninger av behandlingen.

Bruk av benzodiazepiner kan være til hjelp for pasienter som lider av alvorlige og kortvarige plager, men det kan også medføre ulemper og skader hvis det brukes feil, for lenge eller for ofte. Langvarig bruk av benzodiazepiner kan føre til toleranse, avhengighet, abstinens, kognitiv svekkelse og økt dødelighet.

Derfor bør fastlegen være restriktiv med å forskrive benzodiazepiner, og heller vurdere alternative behandlingsformer som har bedre langtidseffekt og færre bivirkninger (Helsedirektoratet, 2021).

## **Praxeologi**

Praxeologi er definert som empiriske og teoretiske studier av sosiale praktikker, som kan forklares som det den enkelte gjør innenfor en kontekst vi i dagligtalen kaller praksis. Slike kontekster betegnes i praxeologisk forskning som et felt.

Praxeologens hensikt er å beskrive og forklare det relasjonelle som foregår i det sosiale feltet, der agentenes bakgrunn og erfaringer anses som betydningsfulle for å kunne konstruere frem en teori om deres praktikk. Ambisjonen er kunnskap om sosiale praktikker – ikke først og fremst handlingsanvisninger for praksis, men grunnlag for refleksjon over sosiale praktikker (Petersen & Callewaert, 2013).

Bourdieu, den praxeologiske tenkningens far, anser vitenskapelig sosiologisk tenkning som en forklaring av studier av sosiale praksiser, hvor vi både har en subjektiv og objektiv side, og som alltid må sees i sammenheng med sin kontekst innenfor et felt.

Bourdieu selv mente at et kritisk refleksivt blikk ikke kan oppnås alene gjennom et kvalitativt intervju sui generis, men at dialogen mellom to agenter må sees som en del av en større kontekst. Hvis vi gjør empirisk forskning og ikke orienterer oss teoretisk, famler vi etter dette synet i blinde. Det vil si at intervjuet betraktes som data som må beskrives og analyseres før man kan konstruere en teori om saken som står på spill.

Begreper fra Bourdieus teoriunivers som er sentrale og nødvendige å forstå:

**Habitus:** Dette refererer til de varige disposisjonene og vanene som individer utvikler gjennom sosialisering. Habitus påvirker hvordan vi tenker, handler og oppfatter verden rundt oss.

**Felt:** Et felt er en sosial arena hvor aktører og institusjoner kjemper om ressurser og makt. Hvert felt har sine egne regler og normer som styrer hvordan aktørene oppfører seg.

**Sosialt rom:** Dette er en metafor for det sosiale landskapet hvor individer og grupper er plassert i forhold til hverandre basert på ulike former for kapital (økonomisk, kulturell, sosial).

**Doxa:** Doxa refererer til de selvfølgelige sannhetene og troene som er tatt for gitt innen et felt. Det er de usynlige reglene som styrer hvordan vi oppfatter og handler i verden.

Med dette som bakteppe har jeg gjennom samtaler undersøkt den enkelte fastleges sosiale historie i relasjon til yrkeshistorien.

## Metode

Denne artikkelen bygger på de intervjuene jeg gjorde med fastlegene. Formålet var å undersøke hvordan norske fastleger håndterer det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzodiazepiner i forhold til helsekrav til førerkort.

Jeg bruker en praxeologisk tilnærming inspirert av Pierre Bourdieu, og analyserte fastlegenes vurderingspraksis i lys av deres subjektive disposisjoner og objektive posisjoneringer i det medisinske feltet.

### Datainnsamling

Dataene ble samlet inn gjennom kvalitative intervjuer med seks fastleger mellom 35 og 62 år, som arbeidet i ulike typer fastlegepraksiser i Norge. Intervjuene ble gjennomført på PMU (Primærmedisinsk uke), et årlig kurs for allmennleger, der forskeren fikk anledning til å rekruttere intervjupersoner blant deltakerne på et trafikkmedisinsk kurs.

Intervjuene varte i gjennomsnitt 45 minutter, og ble tatt opp på lydband og transkribert ordrett. Intervjuguideen besto av åpne spørsmål om legenes erfaringer med å vurdere helsekrav til førerkort hos pasienter som bruker benzodiazepiner, deres oppfatning av sin rolle som sakkyndig og behandler, og deres syn på de juridiske og faglige rammene for deres praksis.

I tillegg til intervjudataene ble det også innhentet dokumenter om fastlegeordningen, stortingsmeldinger og lovverk som regulerer bruk av kjøretøy, for å belyse den historiske og strukturelle konteksten for fastlegenes vurderingspraksis.

### **Dataanalyse**

Dataene ble analysert ved hjelp av Bourdieus teoretiske begreper habitus, felt, sosialt rom og doxa som analytiske verktøy.

Først ble det gjort en auto-sosioanalyse, der jeg reflekterte over min egen sosiale bakgrunn, posisjon og disposisjoner, og hvordan disse kunne påvirke forskningsprosessen.

Deretter gjorde jeg en historisk analyse, der utviklingen av helsekrav og vurderingspraksis ble kartlagt i forhold til styrende maktposisjoner og fastlegefagets utvikling i Norge.

Til slutt ble det gjort en empirisk analyse, der intervjudataene ble kodet og kategorisert i henhold til fastlegenes posisjoneringer, disposisjoner og praktikker i møte med pasienter som bruker benzodiazepiner. Analysen søkte å avdekke både de bevisste og ubevisste faktorene som påvirket fastlegenes vurderingspraksis, og hvordan disse hang sammen med deres symbolske kapital i det medisinske feltet.

## **Resultat og diskusjon**

Under analysen av fastlegenes vurderingspraktikk i førerkortsaker ved bruk av benzodiazepiner ble praktikken belyst gjennom intervjuene og knyttet til mitt teoretiske rammeverk og problemstilling, samt beskrivelse av noen hovedpunkter, overraskende funn og praktiske implikasjoner.

- Ut fra resultatene blir det diskutert hvordan fastlegene håndterer det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasientene som både behandlere og sakkyndige, og hvilke faktorer som påvirker deres vurderinger.
- Det pekes på at fastlegenes habitus, felt, sosiale rom og doxa er medvirkende betingelser for deres vurderingspraksis, og at det er en spenning mellom det juridiske feltet og det medisinske feltet som legene må forholde seg til.
- Det blir argumentert for at fastlegenes vurderingspraksis er preget av en juridisk stemme som er sterk og strukturerende, og at helsekravene i førerkortforskriften fungerer som et forhandlingskort for å regulere bruken av benzodiazepiner.
- Det konkluderes med at det er vanskelig å peke på en enkeltstående faktor som kan forklare fastlegenes vurderingspraksis, men at det er et komplekst samspill mellom subjektive og objektive forhold som former deres handlinger.

Resultatene viser at legene som er satt til å vurdere helsekravene til førerkort hos pasienter som behandles med benzodiazepiner, anser helsekravene og oppgaven de er pålagt som viktig. Samtidig påpeker de at de står i et dilemma mellom å være behandler og sakkyndig, mellom å ivareta pasientenes interesser og samfunnets krav til trafiksikkerhet, og mellom å følge faglige retningslinjer og juridiske forskrifter. Dette krever en balanse mellom å følge lovverket og å gi pasienten tilstrekkelig informasjon til å ta ansvar for egen helse.

Dette kan være spesielt utfordrende når pasienten ikke fullt ut forstår risikoene ved å kjøre under påvirkning av benzodiazepiner, eller når pasienten har et ønske om å kjøre for å opprettholde sin livskvalitet. Dette viser seg særlig i konsultasjoner der legene må kommunisere beslutninger om førerkortrestriksjoner til pasienter som ikke er enige eller føler at deres autonomi blir begrenset. Dette kan påvirke tillitsforholdet mellom legen og pasienten.

Pasienter kan føle seg misforstått eller urettferdig behandlet hvis de opplever at legen prioriterer samfunnets krav over deres individuelle behov, og i enkelte tilfeller kan dette medføre at en pasient avslutter sin relasjon til behandlende lege. (Vinjerui et al., 2024)

Fastlegenes vurderingspraksis er i studiens analyse sett i lys av Bourdieus teoretiske begrep om felt, habitus, kapital og doxa. Slik det fremgår, befinner fastlegen seg i et spenningsfelt mellom det juridiske feltet, som stiller strenge krav til helsevurderingen og dokumentasjon, og det medisinske feltet, som vektlegger pasientsentrert medisin og omsorgsoppgaver.

Fastlegene møter ulike forventninger og krav fra pasientene, myndighetene, kollegene og seg selv, noe som kan skape dilemmaer og utfordringer i vurderingspraksisen. Fastlegene posisjonerer seg ulikt i dette feltet, avhengig av deres disposisjoner, kulturelle, økonomiske og sosiale kapital, samt deres praktiske sans.

Når lovverket legger ansvaret på den enkelte føreren for å vurdere om han har tilstrekkelig helse til å kjøre ved bruk av benzodiazepiner, er dette en tilnærming med støtte i helsevurderingen fra foreskrivende lege for å redusere risikoen for ulykker på veiene. Det sies derimot ikke noe om hvordan vi setter førerne i stand til å ta dette ansvaret.

Dette er et aktuelt og viktig tema, da mange pasienter bruker legemidler som kan påvirke deres kjøreevne, slik som benzo-preparater. Disse legemidlene har en rekke bivirkninger, blant annet redusert reaksjonsevne, konsentrasjon, oppmerksomhet og koordinasjon, som kan øke risikoen for trafikkulykker. Evidensbasert informasjon om disse medikamentene og deres virkning på kroppen skal bidra til å sette føreren i stand til å vurdere om de ved bruk av disse er skikket til å føre et kjøretøy, samt til å medvirke i beslutninger som angår dem. Hvordan kan helsepersonell balansere disse hensynene, og hvilke faktorer spiller inn på pasientens evne og vilje til å ta ansvar for sin egen og andres sikkerhet?

Når vi ser resultatene, ser det ut til at fastlegene gir ulik grad av informasjon til pasientene. Noen legger stor vekt på å informere pasientene om helsekravene til førerkort og konsekvensene av å kjøre i påvirket tilstand, mens andre er mer tilbakeholdne eller unnvikende i sin kommunikasjon. Det fremkommer at de opplever ulik grad av trygghet i sin rolle som sakkyndige, noe som påvirker deres vurderingspraksis.

Teorien om trygge leger (Skirbekk et al., 2011) kan brukes til å forstå hvordan fastlegenes trygghet i sin rolle som sakkyndige påvirker deres vurderingspraksis. Trygge leger er leger som har tillit til sin egen kompetanse, som er bevisste på sine egne grenser, som er åpne for å lære av andre, og som er i stand til å håndtere usikkerhet og dilemmaer i sin praksis. Trygge leger kan gi bedre informasjon og veiledning til pasientene.

Den varierende graden av trygghet legene utviser, kan igjen medvirke til ulik grad av innflytelse på pasientenes egenvurdering av kjøreevnen, noe som igjen kan påvirke deres mulighet til å sette føreren i stand til å føre et kjøretøy på en trygg og trafikksikker måte.

Ved nye oppgaver eller ny faglig kunnskap plikter allmennlegene selv å ta ansvar for å oppdatere seg. De har ikke tilrettelagt internundervisning, og ved innføring av de nye helsekravene til førerkort måtte de selv søke kilder og beslutningsstøtteverktøy. Dette ser ut til å skape en viss usikkerhet, og som en av legene uttrykker:

*Egentlig så fikk vi veldig lite informasjon, når den kom den nye forskriften så var det jo via sånn facebook side på, allmennlege-initiativet på facebook og andre kolleger som, altså fikk vi jo ikke noe skriv, ingen epost, ingen informasjon fra myndighetene om at det her ble innført.*

Det kan virke som om denne fastlegen opplever manglende informasjon om nytt lovverk, og at det er utfordrende å skaffe seg god oversikt i kunnskapsflommen på fagområdet, da sitatet gir uttrykk for at det er tilfeldig og ikke satt i system når og hvordan de skal få tilgang til ny informasjon og kunnskap.

Det kommer også frem at legene i stor grad føler at de står alene med ansvaret for å gjøre vurderingen, og at kollegastøtte er viktig – spesielt når de kjenner på usikkerhet og utfordringer i sin legepraksis. Det oppmuntres fra legeföreningen til mer lege–lege-tid, der det er rom for råd og hjelp fra kolleger, samt tid til å innhente ny kunnskap og ro til å tenke.

Men som en lege sier:

*vi sparrer jo litt, men det er klart, det er en veldig travel hverdag, og du går ikke og banker på døren i utrengsmåte (tide og utide).*

Legene uttrykker at de er opptatt av å yte god pasientbehandling, der det faglige, ambisjonene og kapasiteten henger sammen, men når de beskriver sin praksis, kan det se ut til at de ikke finner tid til dette i en travel hverdag (Svedahl et al., 2019).

Dette kan skyldes flere faktorer, men tøffe arbeidsdager – ikke bare med antall timer, men også innholdet i jobben – medfører makteløsheten mange leger kjenner på:

Ehh, i forhold til sånn 37,5 timers (ler) syklus, så jobber jeg veldig mye mer enn det ja ... og der jeg jobber nå så har vi også legevakt i tillegg på ettermiddag og helg og natt.

Det legges ikke til rette for å skape rom i det daglige for at usikkerheten eller ting legene lurer på tas opp. Legevirkosomheten er også ulikt organisert; noen samarbeider i gruppe-, andre i solopraksiser.

Til tross for en travel hverdag med viktige oppgaver i klinikk eller forskning, gir et fellesskap bedre forutsetninger for faglige utvekslinger, kollegaveiledning, samt mulighet til å lære av hverandre. Dette skaper tryggere leger som i større grad er i stand til å håndtere usikkerhet og dilemmaer i sin vurderingspraksis, samt færre medisinske feil og bedre kvalitet i pasientbehandlingen.

En annen av fastlegene forteller at helsekravene til førerkort ikke er deres primæroppgave: «Altså det er så mye annet vi holder på med, så jeg må ærlig innrømme at noen ganger så kommer dette førerkortet langt bak i rekka altså.» Han uttrykker også at det er andre problemstillinger som er hovedsaken, men påpeker samtidig at han føler et stort ansvar etter at den nye forskriften kom i 2016.

Basert på informasjonen fra intervjuene ønsker legene å imøtekomme hovedfokuset sitt, som er pasientbehandling, og opprettholde et trygt og tillitsfullt forhold til sine pasienter. Med stadig økende omfang og innhold av legetjenester uttrykker flere leger at de har fått redusert kontroll over eget arbeidsfelt, noe som utfordrer deres egentlige oppgaver. Oppgaven som pasientbehandler og sakkyndig blir stående som motpoler.

Selv om pasientsentrert medisin fremstår som ønsket praksis – tydeliggjort ved at dette idealet er forankret i retningslinjene for allmennmedisin som spesialitet – er det ingen av informantene som snakker om pasientsentrert medisin og evidensbasert informasjon om benzodiazepiner. Muligheten til å gi pasientene en informasjonsbrosjyre om benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler som et hjelpemiddel for å informere pasienten blir heller ikke tematisert hos noen av legene.

Vurderingspraktikken til legene ser ut til å bli drevet av de juridiske kravene i førerkortforskriften. Det er grunn til å anta at en mer pasientsentrert behandling, med større grad av evidensbasert informasjon, ville styrket

pasientene til økt deltagelse og større etterlevelse av legemiddelbruk (Inui et al., 1976), noe som ville vært av betydning for å ivareta kravet i førerkortforskriften om å vurdere egen kjøreevne.

## Konklusjon

Denne studien har belyst de komplekse utfordringene fastleger står overfor når de skal balansere juridiske krav og pasientsentrert medisin i vurderingen av helsekrav til førerkort hos pasienter som bruker benzodiazepiner. Gjennom kvalitative intervjuer har vi sett at fastlegene opplever et dilemma mellom å ivareta pasientenes interesser og samfunnets krav til trafikkikkerhet. De juridiske kravene i førerkortforskriften fungerer ofte som en strukturerende kraft i deres vurderingspraksis, noe som kan gå på bekostning av en mer pasientsentrert tilnærming.

Resultatene viser at fastlegene gir ulik grad av informasjon til pasientene, og at deres trygghet i rollen som sakkynndige påvirker deres vurderingspraksis.

En mer pasientsentrert behandling, med større vekt på evidensbasert informasjon, kan bidra til at pasientene i større grad kan delta i beslutningsprosesser og vurdere sin egen kjøreevne på en forsvarlig måte.

## Avsluttende tanker

For å forbedre praksisen og sikre at pasientene settes i stand til å ta ansvar for sin egen og andres sikkerhet, er det viktig at fastlegene får tilstrekkelig opplæring og støtte i å håndtere de juridiske og medisinske kravene. Dette kan inkludere bedre tilgang til oppdatert informasjon, kollegastøtte og tid til refleksjon og faglig utvikling.

Det etiske dilemmaet fastlegene opplever ved å balansere pasientens rett til selvbestemmelse med samfunnets behov for trafikkikkerhet understreker behovet for klare retningslinjer og støtte for fastlegene i deres vurderingspraksis. Et mulig tiltak er å utvikle en informasjonsbrosjyre om krav til førerrett som fastleger kan dele ut til pasienter som får utskrevet benzodiazepiner. En

slik brosjyre kan bidra til å øke pasientenes forståelse av hvordan benzodiazepiner påvirker kjøreevnen og hvilke juridiske krav som gjelder.

Videre forskning bør fokusere på hvordan pasientsentrert medisin kan integreres bedre i fastlegenes vurderingspraksis, og hvordan evidensbasert informasjon kan formidles på en måte som styrker pasientenes autonomi og medvirkning.

Til slutt, la oss reflektere over hvordan vi som samfunn kan støtte både pasienter og helsepersonell i å navigere de komplekse kravene som stilles til helse og trafikksikkerhet. Hvordan kan vi sikre at alle trafikanter har den nødvendige kunnskapen og støtten til å ta ansvarlige valg? Dette er spørsmål som krever kontinuerlig oppmerksomhet og samarbeid på tvers av fagområder.

## Referanser

- Akbari, M., Heydari, S. T., Razzagi, A., Vali, M., Tabrizi, R. & Lankarani, K. B. (2024). Effectiveness of interventions for preventing road traffic injuries: A systematic review in low-, middle- and high-income countries. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312428>
- Blanch-Hartigan, D., van Eeden, M., Verdam, M. G. E., Han, P. K. J., Smets, E. M. A. & Hillen, M. A. (2019). *Effects of communication about uncertainty and oncologist gender on the physician-patient relationship*. <https://doi.org/10.1016>
- Brukerrettighetsloven, P.-o. (1999). *Lov om pasient- og brukerretektigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Oslo: Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Bruusgaard, D. (2024, November, 26, 2024). Pasientsentrert metode. *Store norske leksikon*. Hentet 26.11 fra [https://sml.sn.no/pasientsentrert\\_metode](https://sml.sn.no/pasientsentrert_metode)
- Bærheim, A., Meland, E. & Schei, E. (2000). Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskriftet*, Article 120:2258–62. <https://tidsskriftet.no/2000/08/klinikk-og-forskning/klinisk-kommunikasjon-et-strukturert-undervisningsopplegg>
- Guldbrandsen, A. (1993). Utdanning for arbeid med mennesker 1. Grunnlagsrefleksjoner. Sigma Forlag.
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Pedagogikk og kommunikasjon (dekker\_kommunikasjon, pasient- og pårørendeopplæring, brukermidvirkning og samhandling)*. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/ansettelseskrav-utdanningstid-fravaer-og-overgangsregler/Arbeidsgruppe%203%20endelig%20rapport.pdf/\\_/attachment/inline/a0f9b30f-5f0d-411c-8b2a-0f3d54ab043f:3fd96c1279665b61b684d7431c18171905a3cef1/Arbeidsgruppe%203%20endelig%20rapport.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/ansettelseskrav-utdanningstid-fravaer-og-overgangsregler/Arbeidsgruppe%203%20endelig%20rapport.pdf/_/attachment/inline/a0f9b30f-5f0d-411c-8b2a-0f3d54ab043f:3fd96c1279665b61b684d7431c18171905a3cef1/Arbeidsgruppe%203%20endelig%20rapport.pdf)
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjeneste*. (IS1561). file:///C:/Users/01706188/Downloads/Voksne%20med%20depresjon%20%20%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten%20(1)%20(1).pdf
- Helsedirektoratet. (2016). *Førerkortveilederen*. Helsedirektoratet. Hentet 02.10.25 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveilederen>
- Helsedirektoratet. (2021). Benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler. Hentet 12.02 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/benzodiazepiner-og-benzodiazepinlignende-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2021). *Pasientinformasjon benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler*. Hentet 20.02.25 fra Pasientinformasjon benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler – Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2023). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Hentet 17.02.25 fra Krav til helsepersonells yrkesutøvelse – Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a, LOV-2018-06-15-38). *Lov om helsepersonell mv – Lov-1999-07-02-64*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b, 21.06.2019). *Lov om pasient- og brukerretektigheter* lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Helsepersonelloven (2018). *Informasjon til pasienter mv.* Helsedirektoratet. Hentet 16.02.25 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-10.informasjon-til-pasienter-m.v>
- Inui, T. S., Yourtee, E. L., & Williamson, J. W. (1976). Improved outcomes in hypertension after physician tutorials: A controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 84, 646–651. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-84-6-646>
- Iwamoto, K., Nakabayashi, T., Yamaguchi, A., Konishi, Y., Saji, M., Yoshimura, R., Kanemoto, K., Aoki, H., Ando, M., & Ozaki, N. (2024). Effects of frequently prescribed antiseizure medications on motor vehicle driving performance: Narrative review based on a tiered approach for the assessment of clinically meaningful driving impairment in the Ministry of Health, Labour, and Welfare guideline. *Wiley*, 44. <https://doi.org/10.1002/npr2.12469>
- Levenstein, J. H., Mccracken, E., Mcwhinney, I. R., Stewart, M. A., & Brown, J. B. (1986). *The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine.* Family Practice. Hentet 17.02.25 fra <https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/3/1/24/436063?redirectedFrom=fulltext>
- Meld. St. 11 (2020–2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019.* Omsorgsdepartementet, Regjeringen. Hentet 20.01.25 fra Meld. St. 11 (2020–2021) – regjeringen.no
- Norsk helseinformatikk. (2012, 5. oktober). *Benzodiazepiner og demensrisiko.* nhi.no. Hentet 05.02 fra <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/benzodiazepiner-og-demensrisiko>
- Ofstad, E. H., Asdal, K., Nightingale, K., Han, P. K., Gregersen, T. A., & Gulbrandsen, P. (2023). LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidskriftet den Norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045>
- Pasientrettighetsloven 1999. *Lov om pasientrettigheter* (LOV-1999-07-02-63, 1999). <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/1999-07-02-63>
- Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT).* Universitetssykehuset Nord-Norge. Retrieved 16.03 from <https://www.unn.no/avdelinger/Forsknings--utviklings--og-kompetansesenteret/pasientorientert-tjenesteutvikling/pasientsentrert-helsetjenestetteam-psht/#les-mer-om-pasientsentrert-helsetjenestetteam-psht>
- Petersen, K. A., & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sykeplejeforskning: Hva er det?* Forlaget HEXIS.
- Sartori, A., Russo, A., Sardo, A., & Raneiro, D. (2024). Fatal road traffic accidents and injuries: a preliminary study. *International Journal of Legal Medicine*, 139, 375–381. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00414-024-03339-4>
- Skirbekk, H., Middelthon, A. L., Hjortdahl, P., & Finset, A. (2011). Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research*, 21(9), 1182–1190. <https://doi.org/10.1177/1049732311405685>
- Sundby, H., Elgsæter, I. S., Bakke, H. K., Brelin, B., Mjølstad, B. et al. (2018). *Håndbok om fastlegeordningen Fastlegeordningen 2.0.* Trønderoppørret.
- Svedahl, E. R., Pape, K., Toch-Marquardt, M., Skarhaug, L. J., Kaspersen, S.-L., Bjørngaard, J. H., & Austad, B. (2019). Increasing workload in Norwegian general practice – a qualitative study. *BMC Family Practice*, Article 68.

- Vinjerui, K. H., Asheim, A., Anthun, K.S., Carlsen, F., Mjølstad, B.P., Nilsen, S.M., Pape, K., Bjørngaard, J.H. (2024). General practitioners retiring or relocating and its association with healthcare use and mortality: a cohort study using Norwegian national data. *BMJ Qual Saf*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-017064>
- Zullo, A. R., Riestler, M. R., & D'Amico, A. M. (2024). Medication changes among older drivers involved in motor vehicle crashes. *JAMA Network*. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2824668>
- Aass, N. & Kaasa, S. (2022). Pasientsentrert behandling – er det mulig? *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Hentet 16.02.25 fra <https://tidsskriftet.no/2022/02/leder/pasientsentrert-behandling-er-det-mulig>