

ÅRSBERETNING 1.1. 2007 – 31.12. 2007

for

RÅDET FOR LEGETIKK

Innhold

Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Ethiske regler for leger

Kap I Alminnelige bestemmelser

- 1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk
- 1.2 Pasienters klager på leger
- 1.3 Høringssaker

Kap II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere

- 2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer
- 2.2 Tvister mellom leger

Kap III Avertisement og annen informasjon om legetjenester

- 3.1. Markedsføring

Kap IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer

- 4.1 Attestutstedelser

Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

For perioden 1.1. 2006 – 31.12. 2009 har Rådet for legeetikk slik sammensetning, etter valg på landsstyremøtet i Bergen 25. – 28.5. 2005:

Professor, dr. med. Trond Markestad, leder
Professor dr. med. Ragnar Hotvedt, nestleder
Prakt. Spesialist, dr. med. Karsten Hytten
Overlege Turid Aas
Spesialist i allmennmedisin, fastlege Anne Mathilde Hanstad

Varamedlemmer:

Overlege dr. med. Kristin Bjørnland

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt 6 møter og har behandlet ca 100 saker. Rådet har avholdt ett fellesmøte med sentralstyret og har besøkt avdelingen for medisinsk etikk i British Medical Association.

Rådets medlemmer, sekretæren og to sentralstyremedlemmer deltok i juni 2007 på de nordiske legeföreningenes etikkonferanse i Åbo i Finland. Rådets leder har, sammen med Legeföreningens president og generalsekretær, representert Legeföreningen i World Medical Association.

Rådet har i 2007 behandlet noen saker som har vakt stor oppmerksomhet, bl.a. klager over leges uttalelser til media – ”Sudbøsaken” og ”Kristinasaken”. Stor oppmerksomhet har også vært rettet mot Rådets behandling av ”Midiasaken” hvor det ble stilt spørsmål omkring det etisk forsvarlige ved prediktiv gentesting av nyfødte i forskningsøyemed for å påvise miljøbetingete årsaker til diabetes type 1, jf sak 1.1.6.

Rådet har i 2007 tatt initiativ til å endre Reglement for Rådet for legeetikk, vesentlig som følge av at avdelingenes utvalg for legeetikk ikke lenger er opprettholdt. Forslaget blir behandlet på landsstyremøtet i 2008 på Soria Moria.

Rådet, enkeltmedlemmer i Rådet og sekretariatet har bidratt med rådgivning i konkrete saker utenom de som er inntatt i denne beretning.

Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etske regler for leger

Kap. I Alminnelige bestemmelser

1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk

1.1.1 Forslag om endringer i Etske regler for leger, kap. I, § 11

Et medlem hadde fremmet forslag om endringer i Etske regler for leger kap. I, § 11 som omhandler legers forhold til media. Forslaget var sendt både Rådet for legeetikk og Legeföreningen. Forslaget skulle i første omgang behandles av sentralstyret som ledd i forberedelse av ev. landsstyresak.

Rådet **vedtok** å uttale til sentralstyret:

Rådet for legeetikk mener at forslagene til endring av Etske regler for leger, kap. I, § 11 er unødvendige. Forslagene kan heller være egnet til å svekke påbudsregelen om å sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort. Rådet mener også at forslaget om å forfølge eventuell feilsitering ovenfor presseorganet og/eller bringe saken inn for Pressens faglige utvalg er et brudd med systematikken i Etske regler for leger. Et brudd på en regel av denne karakter kan neppe hevdes å være begrunnet i etiske prinsipper.

Forslaget ble senere trukket.
(3/2007)

1.1.2 Informasjonsskriv for underlivs- og mammografiscreening

En professor hadde bedt Rådet for legeetikk om å vurdere informasjonsskrivene som gis til norske kvinner i forbindelse med invitasjon til screening for brystkreft og underlivskreft. Han viser til vedlagte informasjonsskriv og mener at informasjonen er for mangelfull til å kunne gi et virkelig informert samtykke. Han mener at brosjyrene gir et overdrevent optimistisk anslag om nytte og underslår potensielle skadevirkninger i forhold til falskt positive prøver.

Rådet **vedtok** å uttale:

Nytten av mammografi- og underlivsprøve og vurdering av denne opp mot skadevirkningene, ansees i hovedsak å være et medisinsk faglig spørsmål som Rådet ikke finner å kunne gå inn i. Men Rådet konstaterer at programmene er bygd på bred faglig konsensus og politiske prioriteringer.

De vedlagte brosjyrene inneholder, ut fra Rådets vurdering, ingen påstander som kommer i konflikt med Ethiske regler for leger. All den tid det er bred konsensus om å oppfordre til slik screening, mener Rådet at budskapet må være enkelt uten at det er nødvendig med omfattende begrunnelser og reservasjoner. Ut fra publisert litteratur er det ikke enighet om at noen av de momenter som trekkes fram, er villedende. Rådet vil være tilbakeholden med å uttale seg mot et offentlig etablert og velfungerende helsetiltak som fører til at alle, uavhengig av sosial status, får samme helsetilbud. "Villscreening", som var et utbredt fenomen før de offentlige tilbudene kom, hadde en betydelig kostnad for kvinnen, førte ofte til unødvendig hyppige prøver og ble i stor utstrekning benyttet av ressurssterke kvinner, mens dagens tilbud gis til alle, uavhengig av sosial status og bosted.
(13/2007-07/1252)

1.1.3 Om resuscitering av eldre

Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere problemstillinger knyttet til gjenopplivning av eldre på et prinsipielt grunnlag, men også om å vurdere uttalelser fra en lege gjengitt i media.

Rådet **vedtok** ikke å ta saken opp til ordinær klagebehandling i forhold til Ethiske regler for leger siden uttalelsene fra legen må oppfattes som innlegg i den alminnelige debatt om medisinske spørsmål.

Imidlertid tilskrives Norsk Resuscitasjonsråd og legen med opplysning om at henvendelsen fra NRR, avisoppslagene og pressemeldingen fra NRR vil bli oversendt til det utvalg i Legeforeningen som utreder problemstillinger knyttet til iverksettelse og avslutning av livsoppholdende behandling ved livets slutt. NRR og legen inviteres til å kommentere denne fremgangsmåten.
(20/2007-07/1018)

1.1.4 Behandling med assistert befruktning av pasienter med Klinefelter syndrom

Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere om par, hvor mannen har Klinefelter syndrom, bør ha rett til assistert befruktning. Bakgrunnen for forespørselen er henvendelse til Shdir fra et universitetssykehus.

I følge opplysningene fra universitetssykehuset og Shdir vil 1 av 1000 menn ha Klinefelter syndrom, og de er nesten alltid infertile. Imidlertid kan noen bli biologiske fedre ved at spermier hentes ut av bitestikkel eller testikkel og injiseres inn i eggcellen (ICSI). ICSI er en etablert teknikk ved mannlig infertilitet. Det befruktete egget vil så settes inn i livmoren på vanlig måte.

Det opplyses at de aller fleste sædcellene hos menn med Klinefelter syndrom har normalt kromosommønster, men at risikoen for at barnet vil få Klinefelter syndrom eller en annen kjønnskromosomdefekt, og muligens for å få Downs syndrom, er noe økt uten at risikoen kan konkretiseres nærmere.

Menn med Klinefelters syndrom er, som gruppe, relativt høyvokste med relativt lange ekstremiteter. De har økt risiko for lærevansker og muligens psykiske vansker. Hos mange blir imidlertid tilstanden først oppdaget når de søker råd for infertilitet.

Bioteknologilovens § 2-6 sier at *"Beslutning om å foreta behandling med sikte på assistert befruktning treffes av lege. Avgjørelsen skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret. Det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Legen kan innhente den informasjon som er nødvendig, for å foreta en helhetsvurdering av paret."*

Shdir opplyser at det, uavhengig av denne saken, er utarbeidet et utkast til rundskriv om medisinske og psykososiale vurdering av par som ønsker assistert befruktning. Der er det foreslått tatt inn: *"Par som er bærer av arvelig sykdom eller kromosomfeil, skal få tilbud om genetisk veiledning før behandlingen starter. Paret bør få opplysninger om risiko for sykdom hos barnet og informasjon om anbefalt oppfølging av eventuelt svangerskap (mulighet for fosterdiagnostikk m.v.)"*

Shdir påpeker at det vanskelig kan gis råd om behandling av menn med Klinefelter syndrom uten samtidig å drøfte om det bør gis tilbud til menn med andre arvelige tilstander eller sykdommer, eller mer generelt til menn med forhøyet risiko for overføring av alvorlig sykdom. Det er blant annet reist spørsmål om det er riktig å videreføre en tilstand man selv oppfatter som uønsket, og om farens/parets behov for genetisk farskap veier verdimesig tyngre enn det fremtidige barnets helse.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk behandler ikke medisinsk faglige sider av medisinsk virksomhet og vil i denne saken bare uttale seg om det Rådet oppfatter som de etiske sidene, og da på generelt grunnlag siden problemstillingen gjelder en rekke arvelige tilstander.

Assistert befruktning tilbys i utgangspunktet bare til par som av en eller annen grunn ikke lykkes i å oppnå graviditet på annen måte. Det at årsaken til relativ infertilitet innebærer en økt *risiko* for overføring av kromosomfeil eller arvelig sykdom dersom graviditet oppnås er, etter Rådets mening, ikke tilstrekkelig grunn til å nekte samme tilbud om assistert befruktning. Hvorvidt paret bør tilbys behandlingen eller ikke må bygge på en totalvurdering av grad av risiko for overføring, alvorlighetsgraden av en eventuell sykdom eller funksjonsnedsettelse og parets omsorgsevne. I eksempelet Klinefelter syndrom, som Rådet ikke oppfatter som en alvorlig funksjonshemming, bør parets ønske og omsorgsevne være avgjørende på samme måten som for andre par som ber om assistert befruktning.

Rådet støtter forslaget til forskrift om at par i slike situasjoner skal tilbys kompetent genetisk veiledning før eventuell behandlingsstart. I tillegg er det særlig viktig å vurdere parets omsorgsevne på en betryggende måte, både fordi tilstanden hos en forelder kan innebære økt risiko for nedsatt omsorgsevne, og fordi tilstanden hos barnet kan gjøre omsorgsoppgaven mer krevende.

Rådet ser det også som en selvfølge at paret tilbys fosterdiagnostikk og eventuelt svangerskapsavbrudd etter de samme retningslinjene som gjelder for andre gravide.
(47/2007-07/2664)

1.1.5 Klage over praksis knyttet til akutte krisesituasjoner

En kunde (N) ved et kjøpesenter hadde innklaget legene i et legesenter i kjøpesenteret for manglende respons på behov for akutt legehjelp.

På kjøpesenteret var en folkemengde samlet rundt en mann som var tydelig syk. N, som selv jobber i helsevesenet, konstaterte at han hadde krampetrekninger og ikke var kontaktbar. En fra mengden løp til legekantoret i senteret, men kom tilbake og fortalte at dersom man ser noen som trenger legetilsyn, kan man ikke ta direkte kontakt med legekantoret, men be en ansatt i en av butikkene om å kontakte vakt fra et vaktelskap som så vurderer situasjonen og eventuelt kontakter lege. Ved senere kontakt med legesenteret fikk N bekreftet at dette var avtalt rutine ved senteret.

N viser til helsepersonelloven § 7 om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp der det også står at "Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser".

I redegjørelsen fra legesenteret er fremstillingen en litt annen, i det sekretæren ved legesenteret, som mottok henvendelsen, ikke hadde oppfattet situasjonen som livstruende. Som belegg for dette er det vedlagt en rapport fra vaktelskapet der vakter rapporterer at han kom til ca 1 minutt etter å ha blitt kontaktet av butikkpersonale. Pasienten ble gjenkjent som en som tidligere hadde hatt angstanfall. Han var nå våken. Ambulansetok kom til og tok ham med.

Legesenteret beklager at N opplevde håndteringen av henvendelsen som brudd på Helsepersonelloven og redegjør for at de etter hendelsen har gått gjennom sine rutiner slik at en lege ved senteret alltid vil ha vakt og straks bli kontaktet av annet personell ved legesenteret ved slike henvendelser.

I et tilsvarende svar påpeker N at spørsmålet ikke er hva som i etterkant viste seg å være mannens diagnose, men om det er holdbar rutine at henvendelse om akutt hjelp må gå via vaktelskapet og i tillegg bli avvist ved legesenteret med beskjed om å kontakte vaktelskapet når det er en faktisk henvendelse.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det er opp til tilsynsmyndighetene å vurdere om det er medisinsk forsvarlig med en rutine som sier at henvendelse om akutt sykdom skal gå om ikke-medisinsk personell som så gjør en selvstendig vurdering om lege skal tilkalles. Rådet anser likevel at en slik rutine lett kan vurderes som uforsvarlig etter Helsepersonelloven. Rådet anser imidlertid en slik rutine som å være i strid med Etiske regler for leger, kapittel I, § 6 som sier: *”Når en pasient trenger rask og nødvendig legehjelp, skal denne ytes så snart som mulig. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp bortfaller dersom legen har sikret seg at annen lege yter hjelp.”* (vår understreking).

Rådet gir klager medhold og merker seg at legesenteret beklager sin tidligere rutine og har endret denne etter episoden slik at lege alltid og umiddelbart blir kontaktet når legesenteret får henvendelse om akutt hjelp fra kjøpesenteret. Rådet tar for gitt at legesenteret ikke forlanger at henvendelsen må gå gjennom mellomledd, slik som vokter.

(5/2007-07/1124)

1.1.6 Gentesting av nyfødte for å påvise miljøbetingete årsaker til diabetes type 1

Allment praktiserende lege X hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere om prediktiv gentesting av nyfødte, for å avdekke miljøbetingete årsaker til type 1 diabetes (MIDIA-prosjektet), er i strid med Etiske regler for leger. Den direkte årsaken for legens engasjement var at en av familiene, som hun er fastlege for, fikk alvorlige psykiske reaksjoner etter at de fikk vite at deres 3 måneder gamle barn hadde en gensammensetning som innebar økt risiko for å få type-1-diabetes. De var uforberedt på beskjednen, kanskje særlig fordi ingen i nær familie hadde diabetes.

MIDIA inngår i den nasjonale Mor-Barn-undersøkelsen (MoBa), men barn rekrutteres også uavhengig av denne. Begge prosjektene drives av Folkehelseinstituttet (FHI). Målet er å teste 100 000 barn for på den måten å identifisere 2000 barn som har en genkombinasjon som gir økt risiko for type-1-diabetes.

I MoBa mottar den gravide informasjonsbrosjyre og samtykkeskjema om MIDIA i 35. svangerskapsuke. Dersom FHI ikke har mottatt svar i løpet av 2 uker, blir den gravide også kontaktet pr telefon og spurt om hun vil være med eller ikke. Det gis da tilleggsinformasjon etter behov. For dem som takker ja, tas det blod for gentest fra navlesnoren ved fødselen. Dersom mor ikke er med i MoBa, gir helsesøster informasjonsbrosjyre til mor ved første hjemmebesøk. Dersom familien velger å delta, gjøres gentesten fra børsteprøve av munnslimhinnen. Informasjonsbrosjyren gir opplysning om ønsket oppfølging dersom barnet viser seg å ha genkombinasjonen som innebærer risiko.

Alle foreldrene får tilbakemelding om barnet har den nevnte genkombinasjonen eller ikke. Dersom barnet er blant de 2,2 % med genkombinasjon som innebærer en 7 % risiko for å få diabetes innen 15 år og 20 % risiko i løpet av livet, blir familien invitert til oppfølging fram til 15 års alder. Oppfølgingen omfatter spørreskjemaer og prøve fra avføringen hver måned i 3 år og blodprøver ved 3, 6, 9 og 12 måneders alder og deretter en gang pr år fram til 15 år. Blodprøven kan tas i fingeren eller i armen. Hensikten er å undersøke mulige miljømessige utløsende årsaker til diabetes, for eksempel virusinfeksjoner og spesielle forhold ved kostholdet.

Dr X påpeker følgende:

- gravide blir spurt om å samtykke til en test som det er umulig eller svært vanskelig å sette seg inn i før man eventuelt får et positivt svar
- Den gravide får overflattisk informasjon om hva testene kan innebære
- Det å teste på om noen har risiko for sykdom som ikke kan forebygges, har viktige etiske implikasjoner
- Det er vanskelig for utenforstående å få innsikt i detaljer i Mor-barn-undersøkelsen
- Fastlegene til de gravide kvinnene, og senere deres barn, er ikke informert tilstrekkelig om hva som spørres om, og kan ikke være med å gi kvinnene informasjon eller råd.

Før sin endelige vurdering har Rådet for legeetikk bedt Folkehelseinstituttet (FHI), Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), Bioteknologinemnda og Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) om å vurdere prosjektet ut fra sine respektive ståsteder. Rådet har også gjennomgått informasjonsbrosyrene i MIDIA.

Folkehelseinstituttet (FHI)

FHI poengterer i brev av 12.2. 2007 at de etiske sidene ved prosjektet har vært nøye vurdert internt og i samråd med den regionale forskningsetiske komité (REK). De undersøker også familienes reaksjoner gjennom spørreskjema. Bare 3 av 737 familier med positive prøver har meldt om sterke reaksjoner. (I brev fra NEM av 12.10. 2007 – se nedenfor - er det opplyst at det nå er til sammen 10 familier som har hatt kraftige negative reaksjoner). 87 % av foreldrene har i spørreskjema gitt uttrykk for at de er fornøyd med informasjonen, 10 % vet ikke, mens 3 % ikke er fornøyd. FHI påpeker at det kan være en gevinst for barna som deltar, at foreldrene, og senere barna selv, er oppmerksom på risiko slik at de gjenkjenner aktuelle symptomer og kan søke lege raskt. Det særlig viktige poenget er imidlertid at diabetes type 1 er en alvorlig sykdom som øker betydelig i forekomst blant unge. Det er derfor maktpåliggende å finne eventuelle miljømessig betingete årsaker for å kunne iverksette forebyggende tiltak. For å kunne gjennomføre en slik undersøkelse anser FHI det som nødvendig å ha den genetiske risiko som utgangspunkt. FHI innser at informasjonen til så vel foreldrene som til fastlegene kunne vært bedre. Når MIDIA starter, informeres fylkeslegen samt rådmann, kommuneoverlege og ledende helsesøster i kommunene som deltar.

Sosial- og helsedirektoratet (Shdir)

Shdir skriver i brev av 6.7. 2007 at det er et stort behov for forskning omkring årsaksforhold ved diabetes type 1. De skriver også at det har vært ulike fortolkninger av bioteknologilovens anvendelse i forbindelse med forskning, og da spesielt forskning hvor det inngår genetiske undersøkelser, men konkluderer med at den genetiske undersøkelsen i MIDIA er å anse som en prediktiv genetisk undersøkelse i henhold til Bioteknologiloven (§ 5-1b). Det innebærer bl.a. at det skal gis genetisk veiledning både før, under og etter at det er foretatt en prediktiv genetisk undersøkelse (§ 5-5). Det bør være en konkret medisinskfaglig vurdering som ligger til grunn for å avgjøre om genetisk veiledning skal gis muntlig, skriftlig eller både muntlig og skriftlig.

Shdir vurderer at informasjonen som er gitt i forkant av prøvetaking i MIDIA ikke ivaretar de momentene som bør inngå i en genetisk veiledning, og at samtykket ikke bygger på tilstrekkelig informasjon. Shdir fremhever også at FHI bør forsikre seg om at prosjektet er tilstrekkelig godt kjent blant aktuelt helsepersonell og at FHI bør vurdere å innhente samtykke til at fastlegen informeres dersom barnet deltar i oppfølgingsdelen av MIDIA-prosjektet.

I forhold til Bioteknologiloven mener Shdir at det er mulig å tillate prediktiv gentesting i forbindelse med forskningsprosjekter, selv om man ville være tilbakeholden med å utføre de samme undersøkelsene i klinisk sammenheng. Bioteknologiloven sier at det ikke skal utføres prediktive tester på barn under 16 år, med mindre undersøkelsen kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helseskade hos barnet (§ 5-7). I særlige tilfeller kan det gis unntak fra forbudet (§ 5-7, annet ledd). For eksempel kan dette under spesielle vilkår gjelde undersøkelse for dødelige stoffskiftesykdommer. Shdir mener imidlertid at denne unntaksbestemmelsen ikke kan anvendes i forbindelse med MIDIA-prosjektet. Shdir mener allikevel at Bioteknologiloven åpner opp for å tillate prediktiv testing av barn, for eksempel der forskning kan bidra til at økt kunnskap om behandlingsmuligheter, forebygging eller tiltak som kan utsette sykdomsdebut, men at da må det stilles strenge krav til den informasjonen som gis. De understreker imidlertid at slik prediktiv testing av barn ikke bør tillates dersom det er mulig å gjennomføre forskningen på andre grupper enn mindreårige.

Shdir konkluderer med at FHI må søke Shdir om godkjenning for å rekvirere prediktiv genetiske undersøkelser i forbindelse med MIDIA, men vil på det nåværende tidspunkt ikke stanse prosjektet i søknadsperioden. Søknaden skal legges fram for Bioteknologinemnda før den eventuelt gis godkjenning.

Bioteknologinemnda

Bioteknologinemnda, som er et rådgivende og frittstående organ for forvaltningen, har en noe annen forståelse av Bioteknologilovens bestemmelser enn Shdir og redegjør i brev av 13.9. 2007 for juridiske og etiske sider ved MIDIA-prosjektet. Nemnda påpeker at Shdir i sin vurdering først og fremst drøfter foreldrenes perspektiv: om informasjonen som gis foreldrene er god nok, om de får god nok oppfølging og om deres bekymringer er tatt i betraktning. Nemnda poengterer at barnets perspektiv er minst like viktig og spør om undersøkelsen er til barnets beste. Nemnda trekker også fram hensynet til søsken.

Flertallet i Bioteknologinemnda mener at MIDIA-prosjektet, slik det nå gjennomføres, er i konflikt med Bioteknologiloven. Om forskning spesifiseres det i Bioteknologiloven (§ 1-2) at *"loven gjelder ikke for forskning som ikke har diagnostiske eller behandlingsmessige konsekvenser for deltakeren eller hvor opplysninger om den enkelte ikke føres tilbake til vedkommende"*. MIDIA-prosjektet er ikke i samsvar med denne paragrafen fordi informasjon om genetisk risiko føres tilbake til foreldrene. Nemnda viser til at bestemmelsen om ikke å tillate prediktiv gentesting hos barn under 16 år dersom en ikke *"kan påvise forhold som ved behandling kan forhindre eller redusere helseskade hos barnet"* også gjelder for forskningsprosjekter slik loven nå er. Flertallet mener videre at prosjektet er etisk betenkelig fordi hensynet til barna i studien ikke er tilstrekkelig ivaretatt, og barna risikerer unødvendig "sykeliggjøring" fra tidlig alder. Dette flertallet råder Shdir til ikke å godkjenne prosjektet slik det nå er designet.

Den nasjonale forskningskomité for medisin (NEM)

NEM har i brev av 12.10. 2007 vurdert de forskningsetiske sider ved MIDIA-prosjektet. Komiteen har lagt vekt på sentrale normer som er utviklet innenfor forskningsetikken. Dette gjelder i hovedsak Verdens helseorganisasjons (WHO) etiske kriterier for screening, Helsinkideklarasjonen og Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Oviedo-konvensjonen) sin tilleggsprotokoll for medisinsk forskning. NEM har også vurdert prosjektet i forhold til relevante vilkår for helsefaglig forskning i den nylig foreslåtte helseforskningsloven (Ot.prp.nr.74 (2006-2007)).

MIDIA tilfredsstillter ikke WHO's kriterier for masseundersøkelser, bl.a. fordi det ikke foreligger forebyggende tiltak. Kravet om nytte kan tenkes skjerpet for barn som selv ikke kan ta stilling til informasjon eller gi samtykke. Innen forskning er det imidlertid vanlig at mennesker undersøkes uten at de har direkte nytte av dette fordi forskningen har som hovedoppgave å frembringe ny kunnskap, ikke å yte direkte helsehjelp.

NEM mener at det viktigste spørsmålet å stille til MIDIA-prosjektet, er hva slags forhold det er mellom risiko og nytte, ulemper og fordeler i det aktuelle prosjektet. I alle de nevnte forskningsetiske retningslinjene fremheves prinsippet om at biomedisinsk forskning kun er berettiget hvis fordelene ved et prosjekt er større enn ulempene. NEM fremhever at foreldre ikke skal bes om å samtykke på vegne av sitt barn hvis det ikke først er foretatt en selvstendig vurdering av om den risikoen eller belastningen som studien kan medføre for det enkelte barn, kan forsvares forskningsetisk sett. Blant begrunnelsene for dette viser NEM til forskning som viser at de fleste som inviteres til å delta i forskning uansett samtykker. Grunnen kan være følelse av avhengighet av helsepersonell eller falsk oppfatning om at de oppnår en helsegevinst. Vanskene med å forstå konsekvensen kan være ekstra stor når det gjelder å overskue betydningen for andres, i dette tilfelle sitt barnets, velferd.

I alle forskningsetiske retningslinjer skilles det mellom fordeler for den enkelte, fordelene for grupper pasienter og fordeler for vitenskapen og samfunnet. Forholdet mellom risiko og nytte gis en skjerpet vurdering når det vurderes å inkludere grupper som ikke selv kan gi sitt samtykke, slik som i MIDIA. Hvis mennesker som ikke selv kan samtykke til forskning, inkluderes i en studie som ikke kan gane dem direkte, er det et vilkår at forskningen ikke medfører mer enn en "minimal risiko eller byrde" for det enkelte individ som inkluderes (Oviedo-konvensjonens tilleggsprotokoll for forskning). Både Oviedo-konvensjonen og Helsinkideklarasjonen slår fast at hensynet til forsøkspersonens interesser og velferd skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser. Samtidig er det viktig at nyttig forskning ikke hindres unødige ved å overbeskytte mennesker som ellers kunne ha bidratt til viktig forskning uten at deres velferd blir redusert eller interesser vesentlig tilsidesatt.

NEM mener at den informasjonen som i dag gis gjennom brosjyren som utleveres i forkant av et samtykke til å delta i prosjektet, er for mangelfull i forhold til å gi foreldrene mulighet til å avgi et tilstrekkelig informert samtykke. Med en forbedret informasjons- og samtykkeprosess, mener NEM at foreldrene må kunne ta stilling til om den belastningen studien eventuelt påfører *dem selv*, er akseptabel. Det som er mest problematisk er at barn, som ikke selv kan ta stilling til deltagelse, må leve med en risikoinformasjon som de ikke selv har bedt om.

NEM diskuterer mulige løsninger for hva som bør gjøres med MIDIA-prosjektet nå. En mulighet er å endre designet fra en åpen til en lukket studie, d.v.s. at det ikke gis tilbakemelding til familien. NEM innser de praktiske, juridiske og forskningsetiske vansker ved slike endringer. Et knapt mindretall mener at prosjektet kan videreføres med nåværende design. Dette krever dispensasjon fra vilkårene i Bioteknologiloven om gentesting av barn. En videreføring forutsetter også flere forbedringer som kan bidra til å redusere mulige psykososiale belastninger for de inkluderte barna i fremtiden og til å sette foreldrene bedre i stand til å vurdere om de vil at barna skal rekrutteres eller ikke. Et flertall i NEM mener at forbedringsmulighetene i det nåværende prosjektet ikke er tilstrekkelige til å unngå at barn som inkluderes, kan utsettes for psykososiale belastninger som må anses som langt mer enn ”ubetydelige” eller ”minimale” og ”kortvarige”, slik Oviedo-konvensjonen krever. Disse medlemmene mener derfor at prosjektet ikke bør tillates å rekruttere nye barn til studien med det nåværende designet. De mener at samfunnet heller må avstå fra potensiell ny og viktig kunnskap enn å ta sjansen på å utsette enda flere barn som ikke selv kan ta stilling til forskningsdeltagelse for noe som må sies å være mer enn en ubetydelig og kortvarig belastning.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet vil for det første gi honnør til legen for å følge opp reaksjoner fra en familie som hun er fastlege for, med å påpeke viktige etiske betenkeligheter ved MIDIA-prosjektet og for å utfordre Rådet for legeetikk og andre sentrale aktører på dette. Rådet anser at spørsmålet om prediktiv gentesting vil være meget aktuelt i fremtidig forskning om miljømessige årsaker til sykdom. I tillegg til å gjelde MIDIA-prosjektet, har spørsmålet stor prinsipiell betydning.

Rådet ser også FHIs gode intensjoner med prosjektet og de omfattende og vanskelige etiske overveielser instituttet gjorde før prosjektet ble iverksatt. Rådet merker seg også at FHI hadde de offentlige godkjennelser som ble ansett nødvendige, før prosjektet startet.

Diabetes type 1 er en alvorlig og vanlig sykdom, og forekomsten øker bekymringsfullt, ikke minst blant barn og unge. Det er god grunn til å tro at miljøfaktorer har stor årsaksmessig betydning og at det trengs store prospektive studier for å påvise slike. Det er også lett å se at sannsynligheten for å påvise slike miljøfaktorer øker betraktelig ved å begrense studiene til barn som har en betydelig genetisk disposisjon for sykdommen. Det er også et moment til forsvar for gentesting at studien kan gjennomføres med langt færre barn, d.v.s. at færre barn trenger å belastes, for å oppnå kunnskap.

Rådet vil bare uttale seg om etiske sider ved prosjektet i forhold Etiske regler for leger. Aktuelle bestemmelser er kap I, §§ 1-2, i den grad deltagelse i prosjektet kan medføre en helsemessig eller psykososial belastning og kap I, § 10, i den grad deltagelse bidrar til å øke medisinsk viten til beste for generasjoner som kommer.

I § 1 sies det at ”*En lege skal verne om menneskets helse*” og ”*Legen skal hjelpe ...friske til å bevare den (helsen)*”. Videre: ”*Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter.....*”. § 2 sier at ”*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt*”. I § 10 heter det bl.a. ”*En lege bør etter sin kompetanse bidra til utvikling.....av den medisinske viten*”. I disse paragrafene ligger det både en forpliktelse til å verne det enkelte menneske og til å bidra til økt kunnskap.

Rådet er enig med NEM i at påvisning av genetisk risiko for diabetes kan medføre en betydelig belastning for foreldre, søsken og kanskje i særlig grad det aktuelle barnet som kanskje må leve med denne viten et langt liv uten noen gang å få diabetes. Det er tvilsomt om en potensiell fordel ved å oppdage sykdommen

tidligere eller ved at det skulle gjøres vitenskapelige funn som kan bidra til at sykdommen ikke oppstår hos deltakeren, kan oppveie denne belastningen for den enkelte. Det at barnet ikke selv kan ta stilling til om det ønsker denne kunnskapen, gjør slik forskning særlig problematisk.

Rådet for legeetikk vil ikke avvise at det i visse forskningsmessige spørsmål kan være nødvendig med testing av genetisk risiko hos barn med tilbakemelding om funn til den enkelte familie, men det må være siste utvei for å besvare viktige helsespørsmål. Potensielle prosjekter må da vurderes særlig nøye for å forsikre seg om at balansen mellom nytte for samfunnet og den enkelte mot belastningen for den enkelte familie og barn ikke er urimelig. Slike studier vil uansett kreve omfattende informasjon og rådgivning overfor familier som blir spurt om å delta, for at de skal kunne gi et reelt og fritt informert samtykke på egne og i særlig grad på barnets vegne. Rådet er enig med andre instanser i at informasjonen til familiene i MIDIA-prosjektet har vært mangelfull.

Det er også en stor svakhet at helsepersonell i primærhelsetjenesten, og i særlig grad landets fastleger, har hatt for mangelfull informasjon om MoBa og MIDIA i forkant av studien, og i forhold til den enkelte familie når barnet får påvist økt genetisk risiko for diabetes. Det er ofte fastlegen som først vil måtte møte familiens reaksjoner og dekke behovet for umiddelbar og senere oppfølging. For å ivareta familien på en god måte kreves det konkret og oppdatert kunnskap. FHI bør derfor be familiene om tillatelse til umiddelbart å kontakte fastlegen når de får beskjed om at barnet har risikofaktoren.

I forhold til MIDIA er det et sentralt spørsmål om det er alternative måter å oppnå kunnskapen på. Rådet viser til NEMs utredning som påpeker at det også er alvorlige innvendinger mot at studien gjøres lukket, ikke minst fordi langt flere vil måtte delta, og fordi sjansen for å besvare forskningsspørsmålet kan bli langt dårligere. Selv om det ikke er Rådets oppgave å behandle spørsmål av medisinskfaglig eller forskningsmetodologisk natur, vil vi allikevel påpeke en mulighet som ikke er nevnt av NEM, FHI eller Shdir, nemlig å begrense rekrutteringen av nyfødte til familier som har en førstegradsslektning med type I diabetes. Dette er familier som allerede er oppmerksom på og må forholde seg til at deres nyfødte barn har økt risiko for å få sykdommen. Det er sannsynlig at de har større mulighet for å forstå implikasjonene ved å delta, bl.a. å akseptere å leve med kunnskapen om at de også har en påvist genetisk disposisjon. Dette er en fremgangsmåte som har støtte i medisinsk-etisk litteratur (1). For å kunne rekruttere et tilstrekkelig antall nyfødte vil det sannsynligvis være nødvendig med internasjonalt samarbeide, men Rådet ser ikke på det som en vesentlig innvending.

Slik MIDIA nå er utformet mener Rådet at det er stor fare for at familien og barnet som får påvist en genetisk disposisjon for diabetes, utsettes for en for stor belastning i forhold til gevinsten for familie, barn eller samfunn og fremtidige generasjoner. Dette kan gjelde belastningen ved å vite, men for barnet dreier det seg også om nokså omfattende blodprøvetaking over mange år. Dette skjer i en alder da mange barn er redde for stikk, noe som bl.a. kan bidra til å skape et vanskelig forhold til foreldrene, fastlegen og annet helsepersonell. Både engstelsen for stikk og det å bli utsatt for gjentatte blodprøvetakinger, samt kunnskapen om risikoen og det å bli minnet om engstelse for diabetes selv ved uskyldige symptomer, kan øke faren for sykeliggjøring av barnet. Dette kan tenkes å få negative helsemessige konsekvenser og slik være i strid med Etske regler for leger, kap I, §§ 1-2.

Referanser:

Ross LF. Minimizing risks. The ethics of predictive diabetes mellitus screening research in newborns. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:89-95.
(65/2007-07/1082)

1.1.7 Seponering av sondeernæring

En tilsynslege hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere etiske sider ved sondeernæring hos en sykehjemspasient.

Pasienten er 63 år gammel og psykisk utviklingshemmet, og hun har de siste årene utviklet dyp demens. Etter råd fra sykehuset og etter ønske fra pårørende ble det for 4 ½ år siden startet sondeernæring p.g.a.

vansker med å ta til seg føde og tendens til aspirasjon som hadde ført til lungebetennelser. Pasienten var ikke samtykkekompetent. Hun er nå sengeliggende hele døgnet og sover tilsynelatende det meste av tiden. Hun gir ingen form for kontakt, heller ikke øyekontakt eller tegn til at hun hører det som sies til henne. Hun ynker seg en del når hun er våken. Dette har personalet tolket som smerter, og hun har fått smertepaster med noe effekt. I tiden med sondeernæring er hun stadig blitt sykere, og tilsynslegen oppfatter sondeernæringen som hensiktsløs. Han vurderer å seponere sondeernæringen og spør også om det ikke er et overgrep å fortsette med sondeernæring.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet drøfter kun de etiske sidene av saken. I følge Etiske regler for leger, kapittel I, § 5, er det å avslutte hensiktsløs behandling ikke å regne som aktiv dødshjelp. Rådet for legeetikk oppfatter sondeernæring som kunstig opprettholdelse av liv på linje med respiratorbehandling og har i tidligere uttalelser gitt støtte til at sondeernæring kan avsluttes hos pasienter som er i en irreversibel vegetativ eller sterkt svekket tilstand (1,2).

Ut fra beskrivelsen har Rådet grunn til å tro at pasienten er i en slik tilstand. I så fall oppfatter Rådet at fortsatt sondeernæring er hensiktsløs og kan seponeres. I Etiske regler for leger, kapittel I, § 2 er det også presisert at *"Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt."* Dersom sondeernæringen vurderes å medføre plager i seg selv eller forlengelse av et liv med plager, uten at hun har en viss evne til å oppleve egen og andres eksistens uttrykt ved kontakt og samhandling, er det grunn til å vurdere om fortsatt sondeernæring kan være i strid med nevnte paragraf.

Rådet vil imidlertid fremheve betydningen av en god prosess dersom sondeernæring avsluttes. Før beslutningen om seponering av sondeernæringen tas, bør dette diskuteres grundig i teamet rundt pasienten. Det er selvsagt at familien informeres og tas med på råd om beslutningen. Følelsesmessige reaksjoner fra pleiepersonalet kan være sterke og må bearbeides over tid. Dersom det er usikkerhet eller uenighet om en beslutning om å avslutte sondeernæring, bør en søke hjelp utenfra, for eksempel fra medlemmer av en klinisk etikkomité. Dette er særlig viktig dersom pårørende er usikre eller ikke enig i en slik beslutning.

I tiden fra sonden trekkes ut og til pasienten er død, bør pasienten få liberalt med symptomatisk behandling. God fukting av munnslimhinner og å tilby drikke i den grad pasienten har mulighet for å svelge, er en del av dette. Få ting er 100 % sikkert i medisinen, og forbygging av lidelse og ubehag i en slik situasjon er av stor betydning. Ved behov bør fagfolk trekkes inn også her.

For en nærmere diskusjon om etiske sider ved avslutning av sondeernæring vises det til tidligere diskusjoner, bl.a. i Rådet for legeetikk, som er inntatt i artikler referert nedenfor (1-3).

Referanser:

1. Rådet for legeetikk, beretning 1.7. 2002 - 30.6. 2003, nr. 5.7. Er det etisk forsvarlig å slutte med sondeernæring - behandlingsavslutning som etisk dilemma i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2941
2. Markestad T. Avslutning av sondeernæring hos sykehjemspasient. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126:1966.
3. Markestad T. Avslutning av sondeernæring og annen livsforlengende behandling. Dagens medisin, desember 2006. (70/2007-07/4175)

1.1.8 Etiske problemstillinger ved spørsmål om å deaktivere pacemaker hos terminalt syke pasienter

Rådet for legeetikk hadde fått en henvendelse fra Foreningen Retten til en verdig død, i form av kopi av et brev denne foreningen hadde sendt til Helse- og omsorgsdepartementet. I dette brevet tar foreningen opp juridiske og etiske utfordringer knyttet til å deaktivere pacemaker hos terminalt syke pasienter.

Foreningens medlemmer fyller ut og undertegner dokumentet "Mitt livstestament". I dette dokumentet erklærer de som sin bevisste og veloverveide vilje at det ikke skal settes inn "ekstraordinære midler" for å holde dem i live etter f. eks. en ulykke eller uheldelig sykdom, - under helt bestemte forutsetninger. Som eksempel på "ekstraordinære midler" nevnes kunstig opprettholdelse av sirkulasjon og åndedrettsfunksjon, kunstig nyre og store kirurgiske inngrep. Foreningen reiser spørsmålet om også en pacemaker bør oppfattes som et "ekstraordinært middel" i denne sammenheng.

Saken har bakgrunn i et mediaoppslag: En terminalt kreftsyk pasient ba før han falt i koma om at all behandling skulle opphøre. Familien mente litt senere at mannen ble holdt kunstig i live av en aktiv pacemaker, og ba om at den skulle bli slått av. Dette av slo sykehuset. Saken ble brakt inn for det lokale helsetilsyn og senere Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), som ga sykehuset medhold. Helsetilsynet og HOD begrunnet sitt standpunkt med at det å operere inn en pacemaker, i juridisk forstand anses for å være en avsluttet behandling, og at det å deaktivere den må oppfattes som aktiv dødshjelp.

Rådet for legeetikk vil ikke gå inn i den konkrete saken. Rådet har heller ikke kompetanse til å drøfte de juridiske sidene ved saken. Vi vil imidlertid komme med noen generelle kommentarer til problemstillingens etiske sider.

Antallet pasienter med implantert pacemaker er økende. En del pasienter får også implantert en defibrillator (Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD). En stor andel av pasienter som har slikt utstyr, er gamle og har ofte flere samtidige sykdommer. Likevel er det ytterst sjelden at en lege blir bedt om å deaktivere en pacemaker hos en terminalt syk pasient. Slike situasjoner kan imidlertid komme til å oppstå oftere i tiden som kommer. Selve deaktivering krever i dag ikke noe operativt inngrep, den kan skje ved hjelp av trådløs teknologi og er smertefri.

Mange etiske dilemmaer som oppstår i forbindelse med spørsmålet om å deaktivere en pacemaker eller en ICD, har sammenheng med hvordan behandling med slikt utstyr sees på. På den ene side kan behandlingen sammenlignes med behandling med annet elektronisk eller mekanisk utstyr, som f. eks. dialysemaskin eller respirator, eller med behandling med rytmeregulerende medikamenter. Avslutning av pacemakerbehandling kan etter dette synet sammenlignes med å avslutte dialysebehandling eller medikamentell behandling.

På den annen side kan implantering av en pacemaker eller ICD sammenlignes med en transplantasjon av et organ. Ikke fordi en pacemaker eller ICD erstatter et organ, men fordi utstyret blir en integrert del av pasientens kropp, på samme måte som en transplantert nyre, en innoperert hofteprotese eller en hjerteklaff. Et ønske om å avslutte en pacemakerbehandling kan etter dette synet sammenlignes med et ønske om å få fjernet en transplantert nyre.

Pasienter og pårørende kan ofte tro at pacemakere forlenger dødsprosessen og lidelsen hos en terminal pasient. Men det er vanligvis ikke riktig at pacemakere holder terminale pasienter i live. Døden kommer oftest som følge av multiorgansvikt, sepsis, lungeemboli eller andre tilstander forbundet med endestadiet av kreft eller annen sykdom. Vanligvis er hjertemuskulaturen på dette stadium så syk at den ikke reagerer på pacemakerimpulsene.

Som regel vil det derfor være slik at det å avslutte en pacemakerbehandling ikke fører til en rask og smertefri død, og heller ikke påvirker dødsprosessen - fordi få pasienter er 100 % avhengig av pacemakere. Men hos noen pasienter kan deaktivering av pacemakere føre til bradycardi og økende hjertesvikt med symptomer som tiltakende tungpustenhet, kvalningsfølelse eller ekstrem trøtthet og på den måten føre til en mer plagsom dødsprosess.

Avslutning av pacemakerbehandling berører også, ut fra det som er anført over, grenseoppgang overfor aktiv dødshjelp og assistert selvmord. En diskusjon om dette vil være omfattende, og Rådet for legeetikk vil ikke ta den opp her i full bredde. Aktiv dødshjelp og assistert selvmord er i strid med Etiske regler for leger, men Rådet mener at det kan tenkes situasjoner hos terminalt syke pasienter da deaktivering av pacemaker er akseptabelt og ikke er å anse som aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Å vurdere om et ønske om å avslutte behandling med pacemaker skal etterkommes, kan være meget vanskelig. Det er ikke mulig å sette opp generelle retningslinjer for dette. Hvert enkelt tilfelle må vurderes for seg. I vurderingen må pasientens autonomi respekteres, og hans veloverveide ønske tillegges vekt. Legen må kartlegge pasientens motiv for et slikt ønske, og forsikre seg om at pasienten fullt ut forstår de sannsynlige konsekvensene av en deaktivering. Det må også legges en plan for videre omsorg og palliativ behandling etter en evt. deaktivering.

En implanterbar defibrillator er konstruert for å konvertere en potensielt livstruende rytmeforstyrrelse. Deaktivering av den vil derfor som regel føre til at pasienten dør neste gang en slik rytmeforstyrrelse oppstår.

En aktiv, fungerende ICD vil derfor kunne frata en terminal pasient muligheten for en rask, skånsom og ”naturlig” død. Det er også et moment i denne sammenheng at en ICD noen ganger, når døden er nær, kan gi såkalte unødvendige utladninger (”inappropriate shocks”). Disse utladningene kan, i motsetning til impulsene fra en pacemaker, oppleves av pasienten som smertefulle og emosjonelt meget belastende. Terskelen for å etterkomme en anmodning om å deaktivere en ICD bør derfor være lavere enn for å deaktivere en pacemaker. Blant annet hvis pasienten er så syk at det besluttes at hjerte-lungeredning (HLR) ikke skal startes dersom pasienten får hjertestans, kan det være riktig å deaktivere en ICD.

Dersom en lege skal vurdere ønsket om å avslutte pacemakerbehandling, vil Rådet for legeetikk anbefale at han/hun rådfører seg med kolleger og evt. sykehusets kliniske etikkomité. Rådet vil i denne sammenheng også minne om at ingen lege kan pålegges å utføre en handling som strider mot ens overbevisning. Det kan oppstå situasjoner der legen ikke er i stand til å etterkomme pasientens veloverveide ønske, fordi det står i motsetning til legens verdishyn og oppfatning av hva som er den beste behandling. Da må legen informere pasienten og pårørende om dette, og sørge for at ansvaret for pasienten eventuelt overføres til en annen lege. (83/2007-07/2497)

1.2. Pasienters klager på leger

1.2.1 Klage på lege

En lokalpolitiker hadde innklaget en lege til Rådet for legeetikk for innhenting av opplysninger legen har gjort som leder av et lokalt partilag. Det er ikke fremlagt opplysninger som indikerer at innhenting og avgivelse av opplysninger, bl.a. fra kolleger til klager i en bedrift, er gjort i kraft av å være lege. Klager la imidlertid til grunn at det er uetisk for en lege – selv som privatperson – å fremkomme med negative opplysninger om en person.

Rådet **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger gjelder legers virksomhet som leger og kan som hovedregel ikke anvendes for legers gjerninger utenfor legerollen. Selv om reglene er utformet i pakt med det som gjelder som allmennmenneskelige normer i samfunnet forøvrig, kan ikke reglene danne grunnlag for reaksjoner mot leger som eventuelt overtrer slike normer med mindre det dreier seg om alvorlige kriminelle handlinger. Rådet for legeetikk vil derfor heller ikke kunne avgi uttalelser om legers opptreden utenfor legegjerningen. Saken behandles ikke av Rådet, men både klager og innklaget lege tilstilles kopi av protokollen fra Rådets behandling.

(60/2007-07/3701)

1.2.2 Klage på offentlig tjenestemann fremsatt i brev til overordnet fra kommunens kriseteam, hvorav to leger

En offentlig ansatt hadde bedt om vurdering av to legers roller i forbindelse med et klagebrev til hans overordnede i det distrikt klager har hatt sitt virke.

Brevet er ikke underskrevet av de innklagede som ”leger”, men det fremkommer av teksten at en av brevsriverne er lege og har opptrådt i det underliggende saksforholdet som lege. Det fremgår forøvrig ikke av brevet om eller hvilken rolle den andre innklagete lege har hatt i saken, utover at han sammen med de øvrige brevsriverne betegnes som ”knyttet til yy kommune sitt hjelpeapparat for mennesker i sorg og krise...”. Denne legen har imidlertid vært klagers fastlege.

Brevet som bl.a. er underskrevet av innklagede leger er en bekymringsmelding, men inneholder ikke spesifikke uttalelser fra underskriverne som leger, selv om brevet fra de fire inneholder en del personlige karakteristikker som kan være utformet av legene.

Rådet **vedtok** å tilskrive klager med meddelelse om at saken ikke tas opp til behandling av Rådet som klagesak. Det ble videre besluttet at de innklagede leger ikke gjøres kjent med klagen eller med Rådets meddelelse om ikke å behandle saken.

I vurderingen legger Rådet først og fremst vekt på at brevet ikke spesifikt inneholder uttalelser som kan karakteriseres som legefaglige vurderinger eller som kan identifiseres med de innklagede leger som en del av et lege-pasientforhold. Legene har underskrevet brevet som deltakere i kommunens kriseteam. Når denne gruppa tar det standpunkt at de skal sende en bekymringsmelding, synes det riktig å legge til grunn at også de to legene i gruppa pliktmessig deltar i utformingen av bekymringsmeldingen. Rådet kan ikke se at legene har uttalt seg som leger. De har ikke spesifikt anvendt sin kompetanse som leger.
(87/2007-07/5052)

1.2.3 Klage på leges opptreden

N har på vegne av sin kone, innklaget en lege for brudd på Ethiske regler for leger ved uetisk opptreden overfor hans kone som var pasient hos legen.

Bakgrunnen for saken er at klagers kone ble operert av legen ved sykehusets kirurgiske avdeling. Hun fikk flere alvorlige komplikasjoner etter inngrepet og et meget langvarig sykehusopphold. Etter 3. operasjon hadde innklagede en samtale med paret. Han gikk gjennom sykdomsforløpet så langt. Paret reagerer på at han bryskt påstod at hun hadde gjennomgått 2 operasjoner mens det riktige tallet var 3. De følte at han ikke var lydhør for motforestillinger. Plutselig begynte innklagede å fortelle om en operasjon han en gang hadde utført. Det var en dramatisk historie om blødning etter en operasjon og han er bl.a. sitert å si *"da jeg gikk derfra var jeg tilsølt av blod fra hodet og ned til skoene. Utenfor ble jeg stoppet av pasientens hustru. Hun spør meg: Hvordan kommer dette til å gå? Vil han overleve? Jeg svarte: Vi kirurger er håndverkere. Pasienten overlever hvis Gud vil!"* På dette tidspunktet var klagers kone fortsatt svært syk og hadde nettopp vært intensivbehandlet. Historien hadde ikke noe med hennes situasjon å gjøre, og paret opplevde denne tildragelsen som et alvorlig etisk overtramp.

Paret klaget i ettertid til klinikksjefen på flere forhold ved den medisinske behandlingen og også på legen for hans oppførsel. Klinikksjefen ville ikke forholde seg til denne delen av klagen fordi legen ga en annen versjon. Paret skrev så direkte til legen og utba seg en unnskyldning. Dette brevet ble ikke besvart. Det synes som om de nevnte utsagnene var grunnen for å innklage legen.

I tilsvar til Rådet begynner innklagete lege med å oppsummere konens tidligere sykehistorie fra flere år tilbake, også om andre sykdommer enn den aktuelle. Deretter beskriver han operasjonene og komplikasjonene. Han hevder at det ikke skjedde noen feilbehandling. M.h.t. utsagnene som utløste klagen, skriver han at *"Personlig tar jeg avstand fra alt det hun sier om hva det ene og det andre har sagt når hun og hennes mann har henvendt seg til oss"*. Han skriver senere i forbindelse med at han mener hun fikk adekvat oppfølging at *"Hun sto på vår venteliste for reoperasjon til tross for hennes kritikk"*. Videre skriver han at han valgte ikke å svare på brevet fra paret fordi han opplevde innholdet som provoserende, og at han valgte å ikke informere klinikksjefen.

I et nytt tilsvar påpeker paret for det første at legen har brutt taushetsplikten ved å gi irrelevante pasientopplysninger i sitt tilsvar til Rådet. De påpeker det de oppfatter som nærmest truende i uttalelsen om at hun stod på venteliste *"til tross for hennes kritikk"*, og gjentar at det eneste de ønsket var en unnskyldning.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk behandler ikke saker som gjelder den faglige delen av medisinsk virksomhet og begrenser vurderingen til spørsmålene om oppførsel og brudd på taushetsplikten.

Rådet konstaterer at påstand står mot påstand med hensyn til hva som ble sagt under oppsummeringssamtalen, og kan derfor ikke ta stilling til dette. Dersom det er riktig at legen brakte inn temaet om den andre operasjonen omtrent slik paret oppfattet det, ville Rådet anse det som brudd på Ethiske

regler for leger, kapittel I, § 2: ”*Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt*”. Rådet mener imidlertid at legen bryter denne bestemmelsen ved ikke å besvare brevet fra pasienten og ved at han i tilsvaret til Rådet trekker inn at pasienten fikk stå på venteliste ”*til tross for hennes kritikk*”.

Rådet oppfatter mange av de medisinske opplysningene om pasienten i legens tilsvaret som irrelevante og i strid med kapittel I, § 4 som bl.a. sier: ”*En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det han/hun får vite som lege...*” og ”*Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke*”. Taushetsplikten gjelder også overfor helsepersonell som ikke har behov for informasjonen, også Rådets medlemmer.

Rådet finner å måtte beklage legens handlemåte på disse punktene.
(49/2007-06/4571)

1.2.4 Klage over honorar for legeerklæring

N hadde fremsatt klage mot en lege over de faglige vurderinger som legen har gjort i en sakkyndig uttalelse til Y tingrett. Rådet avviste å behandle klagen over de faglige vurderinger som er gjort av legen, men Rådet vedtok å opprette ordinær klagesak for den delen av saken som gjaldt legens honorarkrav i forbindelse med legens arbeid som sakkyndig i sak for Y tingrett. Kravet ble oppgitt å være kr 45.080.- for spesialisterklæringen.

Legen har i sitt tilsvaret til klagen opplyst at honorarkravet omfatter honorar for spesialisterklæringen med kr. 30.000.- og kr 15.080,- for 2 dagers tilstedeværelse i retten og noe forberedelser. Han opplyser også om at Y tingrett har behandlet klage fra N over den sakkyndiges honorarkrav, men har ikke fått medhold.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det saksforhold som Rådet tidligere har vedtatt å vurdere etter opplysninger innhentet fra innklagede lege, er avgrenset til en vurdering om legens honorarkrav er rimelig. Det vises til Etske regler for leger kap. I, § 8 hvor det fremgår ”*En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer.*” Innklagede lege har klargjort at det samlede honorarkrav både relaterer seg til betaling for en relativt omfattende sakkyndigerklæring og betaling for 2 dagers fremmøte i retten og at det ikke er sendt noe krav som innebærer betaling utover det beløp som er oppgitt av klager. Opplysningen om at Y tingrett har behandlet klagen over honorarkravet er også ny for Rådet.

Rådets vurderingstema etter Etske regler for leger er om legen har beregnet seg ”urimelige honorarer”. Rådet vil i slike saker måtte foreta en skjønsmessig vurdering av honorarkravet opp mot vurderingstemaet. Det rettslige utgangspunktet er at legen i utgangspunktet står fritt til å beregne honorar, men at dette ikke må fremstå som urimelig, jf konkurranselovens forbud mot urimelige priser. Det synes som om Y tingrett har godtatt honorarkravet for oppmøte i retten – trolig vurdert i forhold til timesatsen for sakkyndig arbeid i domstolene etter salærforskriften. Rådet har ingen mulighet for å vurdere omfanget av arbeidet med den skriftlige sakkyndighetserklæringen og finner derfor ikke grunnlag for å fastslå at honorarkravet er urimelig i forhold til dette. Rådet tar orienteringen fra innklagede til etterretning.
(54/2007-07/2444)

1.2.5 Klage på behandling og oppfølging

En pasient hadde innklaget en sykehuslege for Rådet på grunn av legens oppfølging av behandlingen. Rådet vedtok å behandle de deler av klagen som ikke gjaldt de medisinskfaglige forhold.

Klagen som behandles av Rådet for legeetikk gjelder at innklagede lege, etter gjentatte purringer fra pasienten selv og hans fastlege, ikke har foretatt henvisning til nevrolog som ble lovet pasienten under konsultasjon. Klager tok dette opp med kontorpersonalet som lovet å formidle ønske om at legen tok kontakt, men uten at noe skjedde. Klager hevder at han ved en anledning fikk tilbakemelding om at ”*henvisning ville bli sendt raskt*”, uten at dette var tilfelle. Når dette ble tatt opp noe senere, fikk han beskjed om at henvisning

var sendt – hvilket senere viste seg ikke å være tilfelle. Klager mener at slik oppførsel er *”nedlatende og legeetisk uforsvarlig”*. Klager mener at det ikke kan tilbakevises at helsetilstanden kunne ha vært bedre med raskere henvisning til nevrolog.

I sitt tilsvaret til klagen beklager innklagede at henvendelsen ble *”fordrøyd noen måneder”*, uten at han har annen unnskyldning *”utenom en stor arbeidsbelastning i løpet av denne perioden”*. Innklagede beklager at pasienten *”har opplevd dette som bekymringsfullt”*. Innklagede fremhever til slutt at han *”ikke kan se at forsinkelse av kontakt med nevrolog har påvirket pasientens behandling”*.

Rådet vedtok å uttale:

Rådet vil innledningsvis peke på at klagen som er referert er en del av klage som også omfatter medisinskfaglige forhold - som Rådet for legeetikk ikke kan ta standpunkt til. Dette gjelder også klagers påstand om at forsinkelsen av behandling skal ha medført dårligere helsetilstand og innklagedes påstand om at forsinkelsen ikke har *”påvirket pasientens behandling.”* Det vises til Reglement for Rådet for legeetikk § 3, 2. ledd. Dersom forsinkelsen har medført plager eller forverring av sykdom, vil rette vedkommende for vurdering av dette være det lokale helsetilsynet.

Da innklagede lege ikke synes å ha tatt til motmæle mot den fremstilling klager har gjort av bestrebelsene om å bli henvist videre til nevrologisk behandling, finner Rådet for legeetikk å måtte legge denne til grunn som beskrivelse av sakens faktiske forhold.

Rådet kan ikke se at slike forsinkelser for henvisning til annen lege, spesielt etter purring, kan unnskyldes selv i travle arbeidsperioder. Dette gjelder særskilt dersom det medfører riktighet at pasienten blir underrettet om at henvisning er sendt, når dette faktisk ikke er tilfelle. Det er i en slik situasjon ikke tilfredsstillende at legen levde i troen på at han hadde levert en henvisning. Etter Rådets oppfatning har legen ved dette brutt Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.

Innklagede lege har beklaget at pasienten har opplevd dette som bekymringsfullt. Rådet for legeetikk velger å forstå denne beklagelsen fra legen som en beklagelse over sine egne handlinger, men Rådet vil allikevel med henvisning til bruddet på Etske regler for leger beklage legens opptreden.
(62/2007-07/3178)

1.2.6 Klage over uttalelse i epikrise

En tidligere pasient hadde innklaget en tidligere sykehuslege for at det i en epikrise i 1984 var inntatt uttalelse om mulige psykiske lidelser. Epikrisen var hun først blitt kjent med nylig. Klager har en lang sykehistorie etter en trafikkulykke. Hun mener at uttalelsen i epikrisen har skadet henne i saker i forhold til RTV/NAV og i forhold til å bli utredet tilstrekkelig i helsevesenet.

Innklagede lege opplyste at han ikke er kjent med at epikrisen har vært kjent av andre enn adressat og kopiadressat for epikrisen – den kommunale legevakten v/ lege X og lege Y på sykehuset. Innklagede lege mener at den omtalte setning *”samt at pasienten har vært mye psykisk syk i sine tidlige ungdomsår og fått betydelig understøttelse til skolegang og annet”* kan komme fra en samtale mellom ham og klagers lege på hjemstedet. Siden setningen ikke er inntatt rapporten eller journaler forøvrig, mener innklagede at opplysningen bare forekommer i den angjeldende epikrise. Utover adressatenes kunnskap om epikrisen, er det ukjent for han når og på hvilken måte andre har fått kunnskap om epikrisen. Han kan heller ikke vurdere om setningen har hatt konsekvenser for pasientens forhold til trygden. I sin kommentar til dette mener klager at *”setningens innhold er altså ikke havnet kun hos X og Y”* (adressatene), men mener at den har fulgt henne i hele perioden fra 1984 uten at hun visste om hvor spørsmålsstillingene om psyken hadde oppstått.

Ved siden av at klager mener at trygden har latt seg påvirke av uttalelsen inntatt i epikrisen, mener klager at setningen i epikrisen først forårsaket at det ikke ble gjort nyrebiopsi i 1984 og at den også senere har medført at hun ikke har fått tilfredsstillende medisinsk behandling. Innklagede lege mener til disse påstander at

nyrebiopsi, den gang og som nå, bare ble utført dersom det er nødvendig for diagnostikk eller for start av behandling. Han mener at det ikke forelå indikasjon for at nyrebiopsi skulle gjennomføres.

Innklagede lege anfører til slutt at setningens innhold ikke hadde noen relevans for om nyrebiopsi skulle gjennomføres eller ikke. Han beklager på denne bakgrunn at setningen ble medtatt i epikrisen.

Rådet for legetikk **vedtok** å uttale følgende:

Rådet kan ikke ta stilling til hvem som har ansvar for at opplysningene om tidligere psykiske vansker og behov for tiltak i den sammenheng kom med i journal og epikrise. Legen kan ikke huske dette og mener at det må ha kommet fram i nevnte samtale med primærlegen på hjemstedet. I så fall kan det ha vært primærlegen som har gitt feil informasjon. Rådet har forståelse for at dette kan føles belastende for klager, men det kan neppe klandres legen. Feilen er imidlertid en påminnelse for leger om å forvise seg om at informasjonen som dokumenteres er korrekt.

Rådet kan ikke ta standpunkt til om uttalelsen i epikrisen har vært kjent av andre enn adressatene for epikrisen og om uttalelsen derved kan ha vært lagt til grunn for øvrige instansers vurderinger. Gitt at epikrisen var kjent for andre instanser, kan Rådet heller ikke vurdere om det er årsakssammenheng mellom opplysningene i epikrisen og utfallet av disse instansers behandling.

Rådet finner at epikrisen er uheldig utformet ved at vurderingen av at det er *"lite tilrådelig å gjøre nyrebiopsi da dette ikke er hundre prosent nødvendig"*, er sammenstilt med opplysningen om psykiske forhold. Epikrisen er også mangelfull ved at den ikke forklarer nærmere om hvorfor nyrebiopsi ikke ble ansett nødvendig. Rådet har merket seg at innklagede lege har beklaget at setningen ble tatt med i epikrisen fordi den var irrelevant i forhold til vurderingen av om nyrebiopsi skulle gjennomføres eller ikke. Rådet finner grunnlag for å rette kritikk mot han for dette forhold og for at epikrisen er noe mangelfullt utformet med hensyn til vurderingen av om nyrebiopsi skulle gjøres.

(82/2007-07/1639)

1.2.7 Klage på lege

N hadde innklaget en kommunelege for Rådet for legetikk for å ha innledet et forhold til hans samboer. Samboeren var i følge klager på det aktuelle tidspunkt legens pasient.

Det er uklart hvor lenge det seksuelle forholdet mellom samboeren og legen hadde eksistert da det ble avslørt. Legen erkjenner forholdet, men han hevder i korrespondanse med Rådet at han "ikke har fungert som hennes lege" etter at forholdet ble innledet. Det er imidlertid klart at innklaget lege var fastlege for samboeren på det tidspunktet da forholdet ble innledet og de nærmeste månedene etterpå.

Rådet **vedtok** å uttale:

Klagers og innklagede leges opplysninger er motstridende med hensyn til når det oppsto et seksuelt forhold mellom legen og Ns samboer, men Rådet konstaterer at forholdet var etablert mens innklagede lege fortsatt var fastlege for samboeren. Etter Rådets oppfatning eksisterte det et lege-pasient-forhold mellom legen og samboeren, selv om konsultasjonsfrekvensen kan ha vært lav. Legens atferd er et brudd med Etske regler for leger, kap. I, § 7, der det heter: *"En lege må ikke utnytte en pasient verken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person som han/hun er lege for."*

Rådet gir legen en reprimande.

(92/2007-07/2611)

1.2.8 Klage på lege

N hadde innklaget sin fastlege for Rådet for legetikk fordi han mener legen har opptrådt respektløst og krenkende i forbindelse med en konsultasjon der spørsmål om sykmelding ble tatt opp. Legen fremholdt at

pasienten ikke kunne få sykmelding og samtidig skrive bok. Klager skriver at legen gjentok dette to ganger og opplevde at han ble sett på som ikke å være syk, men snarere ”ville utnytte trygdesystemet slik at jeg kunne gjøre det jeg mest av alt hadde lyst til, nemlig å skrive”.

Innklaget lege skriver i sitt tilsvarende svar at han var kontaktet av pasienten med ønske om at legen skulle tilbakedatere en sykmelding. Legen kan ikke huske at han og klager snakket om bokskriving, men skriver samtidig at ”min holdning til dette er at man ikke bør ta andre inntektsgivende jobber når man er sykmeldt”. Legen gir uttrykk for at han forstår at klager var misfornøyd med utfallet av konsultasjonen og at han ikke kjente seg respektert når han ikke ble møtt på sitt ønske om sykmelding. Legen understreker imidlertid at slik legens arbeid er, vil det fra tid til annen oppstå meningsforskjeller.

Klager har kommentert legens svarbrev og tar der opp at legen nok har misforstått klagen. Slik Rådet leser dette siste brevet fra klager, fastholder han at han følte seg mistenkeliggjort, men tar også opp en del medisinske faglige spørsmål som Rådet for legeetikk ikke behandler.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvorvidt betingelsene for sykmelding er oppfylt, bygger på en medisinsk faglig vurdering, noe Rådet ikke tar stilling til, kfr. Reglement for Rådet for legeetikk, § 3, 2. ledd: ”Rådet behandler ikke saker som gjelder den faglige delen av medisinsk virksomhet..”.

Rådet finner det allikevel viktig å understreke at lege normalt ikke har anledning til å gi sykmeldinger med tilbakevirkende kraft og er pålagt å vurdere hel eller delvis sykmelding ut fra et medisinsk skjønn om pasientens arbeidsevne. En slik plikt har legen også i forhold til Etske regler for leger, kap. 1, § 12 som bl.a. sier at: ” En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi.” og ”En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter...en uberettiget økonomisk ... eller annen fordel”. Rådet kan derfor ikke gi klager medhold.

(93/2007-07/1887)

1.3. Høringssaker

1.3.1 Høring – Statusrapport om prioritering

Legeforeningen hadde oversendt på høring *Statusrapport om prioritering* til ulike organisasjonsledd, herunder Rådet for legeetikk.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil for det første berømme Legeforeningen for å ha satt fokus på prioritering i statusrapporten for 2007. Nærmest uansett hvor mye penger som bevilges til helsetjenesten, ser Rådet at det vil bli økende behov for nokså streng prioritering. De valg som må gjøres vil være blant de viktigste etiske utfordringene i fremtidens helsetjeneste.

Legene enkeltvis og som yrkesgruppe, har et spesielt stort ansvar for å prioritere i sitt daglige arbeid, og særlig har de et ansvar som rådgivere for politikere og andre beslutningstakere. Legenes beslutninger og valg har store økonomiske konsekvenser for samfunnet og betydelige fordelingsmessige konsekvenser mellom pasientgrupper. I Legeforeningens Etske regler for leger er legenes forpliktelser til å være rådgivere og ha samfunnsmessige forpliktelser nedfelt i kapittel 1, §§ 10-12.

Høringsutkastet er et omfattende dokument som beskriver de utfordringene vi står overfor og hvilke ansvar legene og Legeforeningen bør se som sentrale for seg. Det er viktig at rapporten belyser ansvarsforholdet og den gjensidige forpliktelsen som må være mellom legene på den ene siden og politikere og andre beslutningstakere på den andre. Uten en slik gjensidig forståelse og uten å skape konsensus for prioriteringer innen legegruppen, vil blant annet legenes portvaktfunksjon være vanskelig.

Det kan innvendes at rapporten er så omfattende og så vidt generell i sin utforming at det kan være vanskelig å få tak i hvilke områder som Legeforeningen ønsker et særlig høyt fokus på.

I hovedsak deler Rådet problemforståelsene slik de er utformet i høringsutkastet, men vil påpeke noen spesielle forhold der rapporten oppleves mangelfull.

Der det påpekes at det er en forventningskrise, bør dokumentet erkjenne at legene har bidratt til denne gjennom å fremme egne fagområder, skissere urealistiske muligheter og kanskje også til å skape helseangst gjennom måter å formidle sine budskap på. Det er også mulig at legene ikke har ønsket å ta belastningen med å være portvakt og på den måten økt presset i hele behandlingsskjeden.

Et annet område som bør omtales, er ulik legedekning i landet. Vi har et stort antall leger, men fordelingen av legeressursene i landet er ulik. Dette gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten. Selv om dette i stor grad skyldes forhold som Legeforeningen ikke har kontroll over, bør Legeforeningen erkjenne å ha et ansvar for å bidra til en samfunnsmessig riktig fordeling.

I rapporten bør fastlegeordningens mulige fordeler og ulemper mht prioritering komme tydeligere fram. Særlig gjelder dette de samfunnsmedisinske konsekvensene. Legeforeningen har tidligere satt fokus på helsetjeneste for eldre, særlig i sykehjemmene, og helsetjeneste for barn og ungdom. Det bør kanskje komme tydeligere fram hvordan fastlegeordningen har, eller kan ha, konsekvenser for slike viktige samfunnsmedisinske oppgaver.

(2/2007-07/699)

1.3.2 Høring om krav til politiattest for opptak til helsefaglige studier - endring av opptaksforskriften til universiteter og høyskoler

Det forelå til behandling høringsbrev fra Legeforeningen og fra Kunnskapsdepartementet.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale følgende i forhold til utkastet til høringsuttalelse:

5. avsnitt: *... "...de som gjennomfører eksempelvis medisinerstudiet ikke nødvendigvis gjør dette med tanke på å jobbe som lege med pasientkontakt.*

Rådet tror at de som satses på medisinstudiet bare unntaksvis har planer om å bli noe annet enn lege. Hvis de har en dom for overgrep, men har tenkt på medisinstudiet for å bli noe annet, kan de like gjerne ta en annen utdanning som gir de nødvendige kvalifikasjonene, f.eks. for å være medisinsk journalist.

8. avsnitt: *"... er det langt fra gitt at eksempelvis medisinske studenter vil ha (alene-) kontakt med barn og/eller personer med utviklingshemming under studiet. Faktisk er det forutsatt at medisinske studenter ikke skal ha alenekontakt med pasienter, men at de kun skal opptre som observatører i forbindelse med obligatorisk utplassering i allmennpraksis og på sykehus."*

Rådet mener dette ikke er riktig. Det er vanlig, og står også i studieplanen, at studentene, i alle fall sent i studiet, skal ha anledning til å være alene med pasienter for journalopptagelse og undersøkelse, men med kontroll etterpå. Det skjer ofte i løpet av studiet at studentene er alene med pasientene i slike situasjoner.

Et moment er at en god del medisinerstudenter er nokså gamle når de begynner på studiet. De kan altså ha en pedofilkarriere eller andre overgrepskarrierer bak seg før de søker.

Rådet mener det er rimelig å kreve politiattest i forkant av studier der det er rimelig stor sjans for at studentene i løpet av studiet kan være alene med disse gruppene (barn og funksjonshemmete) - herunder medisinstudiet og sykepleiehøgskolene. Det må imidlertid presiseres at det å ha fått en sak mot seg ikke må være ekskluderende dersom de er frikjent for anklagen. Rådet synes også det er vanskelig, og kan ta seg "dårlig ut" om Legeforeningen skulle gå imot dette.

Rådet er kjent med at det i økende grad kommer norsk helsefaglig personell utdannet i utlandet hjem til Norge. Disse er ikke blitt sjekket med vandelsattest. Rådet er kjent med at denne problemstillingen ligger utenfor den aktuelle høringen, men ønsker å fokusere på problemstillingen.
(11/2007-07/529)

1.3.3 Høring – Utkast til forskrift gitt i medhold av forskningsetikkloven

Legeforeningen hadde bedt om uttalelse til utkast til forskrift gitt i medhold av forskningsetikkloven.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk ser det som viktig at forskriften er mest mulig entydig og konkret. Allikevel vil en forskrift ikke alltid være helt dekkende for problemstillinger som vil kunne reises i forhold til klager. Dette gjelder spesielt for Granskingsutvalget der det kan være vanskelig å avgjøre hva som er uredelighet, grov uaktsomhet eller rene ”tabber” i for eksempel analyse eller tolkning av resultater. Det er derfor viktig med en nokså detaljert veileder for å kunne utføre disse vurderingene på en betryggende og konsistent måte.

Ved å slå fast at Forvaltningslovens regler skal gjelde, slik det er presisert i forslaget til forskrift, skulle kravene til en forsvarlig saksbehandling være dekket. Imidlertid er det hensiktsmessig å presisere krav på områder som er spesielt viktige og der det lett kan oppstå tolkningsproblemer.

Rådet for legeetikk har ikke innvendinger til de forskjellige forslagene til forskrift som ikke er nevnt spesielt nedenfor. Videre har Rådet presisert sitt syn på de spørsmålene det ønskes et konkret svar på.

- Med hensyn til hvor mange medlemmer som må være tilstede for å være beslutningsdyktige, er Rådet enig i alle forslagene bortsett fra forslaget med hensyn til Granskingsutvalget. Der er det foreslått at utvalget må være fulltallig, og at dette er oppnåelig all den tid alle har personlig vararepresentant. Dette vil nok stort sett være riktig, men frafall kan skje i siste liten uten mulighet for en personlig vararepresentant å kunne stille. Det er, etter Rådets oppfatning, urimelig å lamme utvalgets arbeid i slike situasjoner. Det foreslås derfor at 6 av 7 representanter må være tilstede for å være beslutningsdyktige, men at en sak må tas opp til ny avstemning ved stemmelikhet.
- Rådet støtter forslaget om at det forskriftsmessig bør spørres om habilitet ved begynnelsen av hvert møte. Begrunnelsen er at et hvert forskningsprosjekt i dag oftest involverer mange forskere og mange institusjoner slik at det lett kan oppstå tvil om habilitet. Det er derfor viktig å dokumentere at dette er tatt opp i hvert møte.
- Rådet støtter også forslaget om at det i forskriften bør presiseres en rett til å kunne forklare seg all den tid dette er saker som kan være kompliserte og svært viktige for den enkelte forsker.
- Med hensyn til hvordan Granskingsutvalgets og ad hoc- utvalgene skal utforme sin konklusjon, går forslag til forskrift ut på at utvalgene skal konkludere med at forsker har opptrådt uredelig eller ikke. Rådet mener at dette er en for snever ramme for konklusjon. Selv om det skal skrives en saksfremstilling og vurdering, bør konklusjonen være mer nyansert. Rådet er enig i at utvalget skal uttale at forsker har opptrådt uredelig når undersøkelsene viser at fusk er gjort med overlegg. I de andre situasjonene der det påpekes uheldige forhold, bør det framgå av forskriften at utvalget skal konkretisere grad av bebreidelse. Det kan dreie seg om grov uaktsomhet uten at det er gjort bevisst fusk. Andre ganger kan det være åpenbart at det er gjort et grundig og samvittighetsfullt arbeide, men at det har vært gjort en tabbe som det kan være vanskelig å bebreide noen. Det bør også fremgå hvem som kan og ikke kan bebreides der det er mange forfattere og institusjoner involvert. I dag er det vanlig at forfatterne av en publikasjon oppgir sin rolle i prosjektet.
- Med hensyn til beviskrav støtter Rådet forslaget om ”kvalifisert sannsynlighetsovervekt”. Rådet er enig i at kravene må være strengere enn *sannsynlighetsovervekt*, men ikke så strenge som *straffeprosessrettslige* beviskrav. I en veileder bør dette kunne konkretiseres nærmere.

(12/2007-07/481)

1.3.4 Høring – Forslag til endringer i strukturen på abortnemndene

Legeforeningen hadde anmodet om uttalelse til forslag til endringer i strukturen på abortnemndene. Leder hadde utformet et forslag som etter utsending på mail fikk tilslutning fra Rådets medlemmer.

Slik uttalelse var ved dette **vedtatt** oversendt Legeforeningen innen høringsfristen:

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ønsker synspunkter på følgende:

1. HOD foreslår at det bare skal være abortnemnder ved de sykehusene som utfører nemndbehandlede aborter.
2. HOD ber om synspunkter på om det fortsatt skal være klagenemnd i hver region eller om det heller bør være én sentral klagenemnd for landet.

Ad. Pkt 1:

Det fremgår av utredningen at det i 2004 var 17 sykehus hvor det ble utført 1-12 nemndbehandlede aborter og 15 sykehus hvor det ble utført mer enn 12 aborter.

Rådet for legeetikk anser at det er et viktig prinsipp at vedtak om svangerskapsavbrudd gjøres på samme sted som inngrepet skal utføres. En avgjørelse, og eventuelt svangerskapsavbrudd, bør dessuten gjøres så tidlig som mulig etter at søknad er fremmet, og det er da en fordel at færrest mulige ledd er involvert. Dette er spesielt viktig der beslutningen tas sent, for eksempel når det oppdages utviklingsavvik hos fosteret etter 18 svangerskapsuker. Det er også en fordel med tanke på taushetsplikten at færrest mulige instanser og personer er involvert. Det er også ønskelig at en abortnemnd behandler et visst minimum av søknader i løpet av et år for å få nødvendig erfaring med slike saker.

For noen kvinner kan dette bety en ekstra reise lenger enn til sitt lokalsykehus, men dette anser Rådet for å være en liten ulempe.

Konklusjon: Rådet for legeetikk er enig i forslaget om at det bare bør være abortnemnd ved sykehus som utfører denne typen aborter. Hvor mange sykehus som bør utføre nemndbehandlede aborter innenfor hvert helseforetak, må hvert foretak selv bestemme ut fra geografiske og demografiske forhold.

Ad. Pkt 2:

I hvert helseforetak vil de aller fleste nemndbehandlede abortene skje ved de største gynekologiske avdelingene. I praksis vil det si ved de institusjonene som har det tyngste faglige miljøet. Det vil derfor også være naturlig å knytte eventuelle regionale klagenemnder til de samme institusjonene. Dette vil være uheldig.

I følge utredningen behandler klagenemndene bare ca 40 saker pr år på landsbasis. Rådet for legeetikk ser det som vesentlig at alle føler at klagen blir vurdert på en enhetlig måte i landet. Likebehandling er et sentralt legeetisk prinsipp.

Et motargument kan være at en begrensning til én sentral klagenemnd kan føre til en "monopolisering" av holdninger til denne typen aborter. Rådet tror allikevel at en slik fare er mindre enn muligheten for sammenblanding av roller og mistanke om ikke å få en rettferdig klagebehandling i en regional klagenemnd.

Én sentral klagenemnd kan medføre at kvinner må reise noe lenger, men uansett vil de fleste måtte reise for å møte i en klagenemnd, og med dagens kommunikasjoner vil en slik forskjell bety lite.

Konklusjon: Rådet for legeetikk mener at det kun bør være én sentral klagenemnd når det gjelder spørsmålet om nemndbehandlede aborter.

(42/2007-07/2973)

1.3.5 Høring – Forslag til forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database

Det var fra Legeforeningen, jf brev fra Sosial- og helsedirektoratet, bedt om uttalelse fra bl.a. Rådet for legeetikk.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk ser de mange fordelene med en nasjonal database (reseptformidler) for elektroniske resepter: Både lege og pasient oppnår en mer fleksibel og praktisk ordning. Ordningen vil sannsynligvis øke sikkerheten i håndtering av resepter ved at behovet for telefon- og fax-resepter reduseres, og den vil sannsynligvis redusere faren for misbruk av resepter når det gjelder vanedannende medikamenter. Legen vil kunne bedre den medisinsk-faglige vurderingen og behandlingen av pasienten ved at systemet åpner for mulighet til å se hva pasienten faktisk har tatt ut av forordnede medisiner og ved å kunne endre behandlingen ved at resept kan tilbakekalles elektronisk. For pasienten vil ordningen kunne lette uttak av medisiner og forbruksmateriell ved at de slipper å forholde seg til en papirresept og kan henvende seg til det apotek eller den bandasjist de til enhver tid de måtte ønske. Det vil også være lett å få opplysninger om innbetalte egenandeler.

Det er imidlertid viktig at resepter fortsatt kan utferdiges slik som i dag.

Eventuelle betenkeligheter knytter seg, etter Rådets vurderinger, til konfidensialitet. Sentrale elektroniske løsninger kan tenkes å åpne for muligheten av at taushetsbelagt informasjon spres mer enn nødvendig. I forslaget til forskrift er dette behandlet utførlig, og Rådet mener at det stort sett er lagt inn tilstrekkelige sikringer ved at legen kan foreslå eller pasienten kan be om *låst resept*, ved at resepten skal slettes når den er utløpt eller tilbakekalt og ved at informasjon ikke kan utleveres til andre instanser enn de som har tilgang i dag. For eksempel kan det ikke utleveres informasjon til arbeidsgiver, forsikringsselskap, forskning eller strafferegister.

Sosial- og helsedirektoratet har spesielt bedt om tilbakemelding på fire punkter:

1. Rådet for legeetikk støtter direktoratets forslag om at pasienter ikke skal kunne gi samtykke til at fastlegen fortløpende skal få tilbakemelding om hva som er ekspedert fra resepter som ikke er utstedt av fastlegen selv. Det er riktignok lett å se mange fordeler ved at fastlegen automatisk oppdateres, men det er krevende å forvente at en pasient skal gi et slikt generelt og tilstrekkelig informert samtykke. Situasjonen kan raskt endre seg slik at pasienten har gode grunner for ikke å informere sin fastlege. Behovet for oppdatering av fastlegen vil i stor grad dekkes under punkt 2.
2. Rådet for legeetikk støtter forslaget om at pasient kan gi samtykke om utlevering av reseptoversikt til den legen han ønsker. Det er foreslått at legen dokumenterer pasientens samtykke uten at det er krav om skriftlighet eller at databehandlingsansvarlig institusjon har mottatt samtykke direkte fra pasienten. Dette kan skape vansker på to måter: En lege som ønsker informasjonen, kan hevde at samtykke er gitt, og pasient kan i etterkant hevde at han/hun aldri har gitt slikt samtykke. Imidlertid vil det, slik Rådet forstår mulighetene, i alle fall foreløpig bli altfor tungvint å kreve et sikrere system, og Rådet mener at praktiske hensyn tilsier at det foreslåtte opplegget inntil videre må aksepteres. Pasienten vil i hovedsak bli den lidende part ved å kreve et mer rigid system.
3. Rådet for legeetikk støtter forslaget om at andre leger enn den som har forskrevet en resept, kan tilbakekalle resepter. Dette er nødvendig og ønskelig i det en justering av behandlingen vil kreve at legen tar hensyn til alle medikamenter pasienten får. I prinsippet skjer det samme i dag gjennom avtale med pasienten, men i forhold til dagens situasjon vil elektronisk tilbakekalling sannsynligvis redusere risikoen for misforståelser i forhold til endret medisinerings. Slike endringer vil ofte skje i andrelinjetjenesten, og det vil da være en selvfølge at fastlege/annen behandlende lege informeres gjennom elektronisk epikrise.
4. Rådet for legeetikk er enig i at det ikke bør være et absolutt krav om at pasientens fulle fødselsnummer må oppgis for at resept kan utleveres til apotek/bandasjist fra Reseptformidleren.

Krav om å bruke fødselsnummeret vil vanskeliggjøre ekspedering i enkelte tilfeller, og en kan ikke se at et slikt krav vil bedre sikkerheten i forhold til taushetsplikt og misbruk.

Rådet for legeetikk ønsker i tillegg å påpeke følgende:

I forslag til forskrift, § 5-3, er det påpekt at foresatte gis de samme rettighetene til informasjon om sine barn som er fastsatt i Pasientrettighetsloven § 3-4. I Pasientrettighetsloven har særlig aldersgruppen 12-16 år spesielle rettigheter når det gjelder å pålegge helsepersonell taushetsplikt overfor foresatte, og helsepersonell har et selvstendig ansvar for å vurdere hva foresatte bør informeres om. I forslaget til forskrift savner Rådet en redegjørelse for hvordan barna skal sikres tilsvarende rettighet når det gjelder reseptopplysninger i det enhver lege kan be om reseptoversikt etter samtykke. Hva kan foresatte be om fra lege og fra apotek? for elektroniske resepter (reseptformidleren)
(59/2007-07/3174)

Kap. II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere

2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer

2.1.1 Klage over uttalelse i forbindelse med Sudbøsaken

En lege, N, hadde innklaget en professor i medisinsk etikk, Y, for uttalelser om medforfatterne i den såkalte Sudbøsaken. NN var en av medforfatterne i den aktuelle tidsskriftartikkelen.

N viser til uttalelser til TV2 Nettavisen der Y hevder at medforfatterne har *”møkk på hendene”* og at det er *”..ryggsløst av disse forfatterne å legge all skylden på denne ene forfatteren...”* og *”det at ingen av de 13 [medforfatterne] har oppdaget hva som har foregått, viser med all tydelighet at de ikke har vært i nærheten av å tilfredsstille kravene til å være medforfatter”*. Videre viser N til uttalelser i Dagbladet der Y sier at *”Jeg blir forbannet når jeg ser at disse 13 medforfatterne unndrar seg sitt medansvar for dette. Det er ynkeligOg hadde disse 13 fulgt spillereglene for å være med som medforfattere, ville vi aldri hatt denne skandalen”*. N viser også til andre referanser der han opplever at Y uttaler seg bastant og kritisk, og forhåndsdømmer medforfatterne på et tidspunkt da saken og medforfatternes roller var uavklart.

Professor Y er ikke medlem av Den norske legeforening og er derfor ikke forpliktet til å svare på klager i forhold til Ethiske regler for leger. Leder for Rådet for legeetikk har imidlertid snakket med Y som ikke har innvendinger mot at saken behandles, men han ønsker ikke å gi noe tilsvarende. Han viser til sine omtalte uttalelser i pressen og står for det, og han forteller at hans hensikt var å benytte denne anledningen til å kommentere en ukultur med hensyn til medforfatterskap i medisinske vitenskapelige publikasjoner.

Rådet **vedtok** å uttale:

JuKS i forskning er meget alvorlige brudd på medisinsk-etiske og allmenn-etiske regler. I tillegg kan juKS føre til alvorlig svekkelse av tilliten til leger, forskere og helsevesenet generelt. Det viktigste er allikevel at det kan føre til at pasienter utsettes for feil behandling. Sudbøsaken er særlig alvorlig på bakgrunn av at Sudbø bevisst konstruerte en fiktiv database.

Medisinsk forskning er blitt meget kompleks ved at det benyttes avanserte vitenskapelige metoder i flere ledd av prosessen, og forskningen skjer i stor grad i et samarbeid mellom mange enkeltpersoner og grupper der deltagerne har forskjellig kompetanse og roller. Det er derfor naturlig at vitenskapelige publikasjoner har mange forfattere.

I følge internasjonalt allment aksepterte regler for vitenskapelige publikasjoner (Vancouver-reglene) skal en forsker oppfylle strenge kriterier for å kunne være medforfatter. Medforfatterskap innebærer også at vedkommende er en garantist for arbeidet og går god for innholdet i publikasjonen.

I samband med Sudbøsaken ser Rådet det som viktig, betimelig og prisverdig at Y og andre tar opp forskningsinstitusjonenes ansvar når det gjelder å kvalitetssikre vitenskapelig virksomhet og publikasjoner utgått fra institusjonen, og forhold knyttet til medforfatterskap. Y hevder at det hersker en ukultur blant medisinske forskere når det gjelder å forvente og kreve medforfatterskap. Rådet er enig i at dette er en aktuell problemstilling, og han er etter Rådets syn i sin fulle rett til å være tydelig og skarp i måten han fremmer sine meninger på.

Gitt kompleksiteten i forskningen, mener allikevel Rådet at det er umulig for enhver medforfatter å ha full oversikt over alle sider av prosessen som fører fram til en publikasjon. Forsknings samarbeid må i betydelig grad bygge på gjensidig tillit innen gruppen. Selv om medforfatterne har et felles ansvar for publikasjonen, mener Rådet at Y har vært unødvendig fordømmende i noen av sine karakteristikker av medforfatterne. Det vises til Etsiske regler for leger kapittel II, § 5 om at ”Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan”. Ellers vil Rådet påpeke at alle vitenskapelige tidsskrifter bør kreve at hver enkelt forfatter beskriver sin rolle og bidrag overfor redaktøren. Det vil bidra til å ansvarliggjøre forskningsinstitusjoner og forskere, klargjøre den enkelte medforatters ansvar, forhindre press om å få stå som medforfatter og bedre muligheten for å plassere ansvar i ettertid.
(25/2007-07/2021)

NN i saken ovenfor ba senere Rådet om å klargjøre sitt vedtak i saken med hensyn til om Rådets ordbruk innebar at Etsiske regler for leger var brutt.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har ved ordbruken ”unødvendig fordømmende”, rettet kritikk mot YY, blant annet ved å henvise til Etsiske regler for leger, kap. II, § 5.

Dette innebærer etter Rådets oppfatning at det foreligger brudd på Etsiske regler for leger, kap. II, § 5 fra YYs side.

(32/2007-07/2021)

2.1.2 Klage mot to leger for uttalelser i media i forbindelse med ”Kristinasaken”

Hordaland legeförening hadde innklaget professorene X og Y for Rådet for legeetikk etter disse legenes uttalelser til pressen i den såkalte ”Kristinasaken”. Forut for behandlingen av saken har leder av Rådet for legeetikk, Trond Markestad, erklært seg inhabil. Han har derfor ikke deltatt i behandlingen av saken.

Ved en tragisk ulykke høsten 2005 fikk en 4 år gammel jente, Kristina, en omfattende hjerneskade. Hun ble innlagt på intensivavdelingen på Haukeland sykehus. Etter hvert oppsto det en opprivende konflikt mellom legene på sykehuset og pasientens far som også engasjerte advokat, om avslutning av behandlingen. Saken fikk bred omtale i en rekke medier. I denne situasjonen var de behandlende legene hele tiden bundet av sin taushetsplikt, idet pasientens far ikke hadde gitt dem fritak fra denne.

I forbindelse med saken ga de to professorene X og Y flere intervjuer i aviser og radio. Hordaland legeförening reagerte på flere uttalelser som professorene kom med i disse intervjuene, og klaget de to inn for Rådet for legeetikk. Hordaland legeförening mente at de to professorene ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til saken, at uttalelsene var ”nedlatende, fordømmende og nærmest injurierende”, og var ”egnet til å så tvil om den faglige dyktigheten til behandlende leger, samt å så tvil om motivet for deres beslutninger i behandlingen av Kristina”.

X hevder i sine tilsvarende svar at han i intervjuene bare har uttalt seg generelt om hypoksiske hjerneskader, og ikke omtalt Kristina-saken. Han framholder at han ikke har kommet med kritikk mot noen kolleger eller antydning av dårlig medisinsk behandling.

Y har ikke gitt tilsvarende svar til klagen fra Hordaland legeförening. Han er ikke medlem i Legeföreningen. Han har imidlertid ønsket at saken skal behandles av Rådet.

Rådet **vedtok** å uttale:

X er en kjent professor i barnesykdommer i Norge. Han har erfaring med intensivbehandling av barn. Når han uttaler seg innen dette fagfeltet, blir han lyttet til både av fagfolk, av media og av menigmann.

Rådet for legeetikk er ikke enig med X når han hevder at hans uttalelser bare kan oppfattes som generelle uttalelser om behandling av barn med hypoksisk hjerneskade. Uttalelsene ble gitt i en situasjon og en sammenheng der Kristina-saken var sentralt nyhetsstoff i aviser, radio og TV. Rådet mener at X burde forstått at hans uttalelser med stor grad av sannsynlighet ville bli koblet direkte til Kristina-saken, når han uttaler at *"Barn tåler slike hjerneskader mye bedre enn voksne gjør"*, og at *"Behandling av slike skader hos barn fører ofte til overraskende gode resultater"*.

X hadde ikke grunnlag for å uttale seg om Kristina-saken spesielt idet han kun kjente saken fra media og ikke hadde snakket med kollegene på Haukeland. X har betydelig erfaring med media. Han burde vite at medias framstilling av den aktuelle sak kunne være ensidig, unyansert og mangelfull. Dette tilsier at X burde ha vært langt mindre bastant i sine uttalelser enn han var.

Med sin mangeårige kliniske erfaring vet X hvordan det som lege er å være i en situasjon der videre intensivbehandling av et barn er nytteløs, og behandlingen må avsluttes. Hvert eneste tilfelle er spesielt. I Kristina-saken sto de behandelende leger i en meget krevende situasjon, ikke minst på grunn av den konflikt som hadde oppstått, og den mediaoppmerksomhet saken hadde fått.

Rådet for legeetikk mener at X med sine uttalelser i intervjuene bidrar til å skape et inntrykk av at de behandelende leger ikke er kompetente, både når det gjelder vurdering og behandling av Kristina, særlig når han også sier at *"Vi ville ikke ha gjort det slik her på Z sykehus"*. Hans uttalelser kan ha bidratt til en unødig forlengelse av behandlingen, samt til å svekke tilliten til legene på Haukeland sykehus. Etter Rådets vurdering representerer hans uttalelser et brudd på Etiske regler for leger, kapittel II, § 1, der det heter *"En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem"*, og § 4 *"En lege skal være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye"*.

Y har en annen rolle i forhold til Kristina-saken. Han er professor i medisinsk etikk, og ikke praktiserende lege. Han blir mye benyttet av media, og uttaler seg ofte om ulike temaer innen medisinsk etikk.

Rådet mener at de uttalelser han er innklaget for, f. eks. at *"legene blir for skråsikre i slike tilfeller som det vi opplever i Kristina-saken"*, og *"I lignende saker har det gang på gang vist seg at utfallet er blitt et annet enn det legene på forhånd trodde"*, også kan ha bidratt til å så tvil om de behandelende legers vurderinger og den behandling som ble gitt. På samme måte som Xs uttalelser kan disse uttalelser ha bidratt til unødig forlengelse av behandlingen, og til å svekke tilliten til legene på sykehuset. Y greier imidlertid på en annen måte enn X å gi uttalelsene i intervjuene en mer generell karakter.

Når det gjelder motivgrunnlaget bak behandelende legers vurderinger, uttaler Y i et annet intervju at *"Det var sannsynligvis penger som gjorde at Haukeland sykehus ville stanse behandlingen av Kristina N"*, og videre *"Det koster tusenvis av kroner i døgnnet, og man må ta den belastningen og debatten i det offentlige rom"*. Forbruk av ressurser er riktig nok relevant i forbindelse med vurdering av behandling, men Y har ikke grunnlag for denne mistenkeligjørende uttalelse i Kristina-saken, og Rådet for legeetikk beklager den.

Y uttaler seg også om en hendelse der personell fra Haukeland sykehus dro hjem til Kristinas far. Han tar her fram sterke uttrykk, idet han betegner legenes opptreden som *"til de grader uprofesjonell"*, *"lite tillitsvekkende, helt tankeløs og hodeløs"*, og han spør hvor det kan være blitt av Haukeland-legenes dømmekraft i sammenhengen. Igjen har Y intet annet grunnlag for sine uttalelser enn medias framstilling av saken, men Rådet mener at det må være rom for at han gir sin meningsytring denne formen, sett i lys av ytringsfrihet og takhøyde i debatten.

(64/2007-07/3106)

2.2. Tvister mellom leger

2.2.1 Klage på lege i forholdet til kollegaer

Rådet for legeetikk hadde mottatt klage på en allment praktiserende lege X fra en konstituert kommuneoverlege Y og en annen allment praktiserende lege. Til klagen var det også vedlagt brev rettet til kommuneoverlegen om samme forholdet fra to andre leger.

Klagerne skriver at det i flere år har vært samarbeidsproblemer mellom innklagete lege og andre kolleger i kommunen. Konkret klages det over at dr. X på ulike måter har forsøkt å stjele pasienter fra sine kolleger, og det på en slik måte at pasientene føler seg lurt eller presset til å føre seg over på dr. Xs liste. I konst. kommuneoverleges brev beskrives også rykter om feil bruk av takster og feil medisinerings.

Innklagete lege benekter forholdene og fremhever egen faglig kompetanse og etikk i forhold til sine kolleger.

Rådet **vedtok** å uttale:

Selv om det klages over samme forholdet fra alle legene, står påstand mot påstand, og Rådet kan derfor ikke ta stilling til de konkrete beskyldningene.

På generelt grunnlag vil Rådet påpeke at det selvfølgelig er fritt for pasienter å skifte lege, men at det strider mot de alminnelige og kollegiale bestemmelsene å forsøke å *påvirke* pasienter til å skifte fastlege. Det vises i den sammenheng til Etske regler for leger, kapittel I, § 1 om at *"legen skal bygge sin gjerning på ... sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn"*, kapittel I, § 7 om at *"En lege må ikke utnytte en pasient... økonomisk eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar."*, kapittel II, § 1 om at *"En lege skal vise kolleger.... respekt...."* og kapittel II, § 6 som sier at *"Henvvisning og tilbakehenvising av pasienter mellom kolleger må bygge på medisinsk faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helsetilbud"*.

Det er utenfor Rådets mandat å ta stilling til bruk av takster og medisinsk faglige virksomhet. Slike spørsmål må eventuelt tas opp med administrative organer og tilsynsmyndighetene.
(8/2007-06/4531)

2.2.2 Klage over kollegas klage til fylkeslegen

En avdelingsoverlege X på et sykehus hadde innklaget en allmennpraktiserende lege Y, som var pasientens fastlege, til fylkeslegen i Z på vegne av en pasient som lider av en medfødt og nokså sjelden kronisk sykdom med varierende sykdomsforløp. Bakgrunnen var at pasienten hadde formidlet til X at hun opplevde at Y bagatelliserte pasientens plager og at hun følte hun ikke ble tatt på alvor. Dr. Y ble informert om dette ved kopi av dr. Xs brev til fylkeslegen. På denne bakgrunn innklaget dr. Y dr. X til Rådet for legeetikk.

Dr. Y skriver i sin klage. *"Jeg finner det prinsipielt galt at en kollega klager en annen kollega til fylkeslegen for manglende behandling uten reell kjennskap til om det foreligger noe faglig grunnlag for det"*. Y skriver videre i sin klage: *"Jeg anser dette så prinsipielt betenkelig at jeg finner grunn for å be dere vurdere dette på prinsipielt grunnlag uavhengig av en eventuell tilsynssak"*. Rådet valgte under henvisning til Reglementet for Rådet for legeetikk § 3, 2. ledd ikke å behandle saken før den var ferdig behandlet hos fylkeslegen. I 2006 konkluderte fylkeslegen i Z med at det ikke forelå brudd på helselovgivningen.

Dr. X uttaler i tilsvaret på klagen til Rådet for legeetikk: *"Utgangspunktet for klagen til fylkeslegen var at pasienten ga uttrykk for at fastlegen bagatelliserte hennes vansker i arbeidslivet, og at hun ikke fikk gehør for de problemer hun slet med"*. Han skriver videre.: *"Jeg vil presisere at det ikke er den allmenne medisinske oppfølging pasientens klage gikk ut på"*.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har vurdert saken i lys av Etske regler for leger, kap II som gjelder legers forhold til kolleger og medarbeidere. Rådet er av den oppfatning at dr. X burde ha kontaktet dr. Y for å diskutere behandlingen av pasienten før han eventuelt sendte en klage til fylkeslegen. I en slik samtale, eller annen form for kommunikasjon, kunne X fått en mer fylldig informasjon om pasienten, bl.a. om hvilke overveielser og tiltak som var gjennomført, og om pasientens forhold til egen lege. X ville da også hatt mulighet for å gi råd om hvilke behov for tiltak som han anså at pasienten hadde.

Rådet vurderer at X har brutt følgende bestemmelser i Etske regler for leger: kap. II, § 1, *"En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem."*, ved å innklage Y til fylkeslegen uten å ha drøftet pasienten direkte med Y og uten å informere om at Y ville bli klaget inn for fylkeslegen, og kap. II, § 7, *"Leger skal kommunisere åpent og tillitsfullt med hverandre"* av samme grunn. Rådet mener også at kap. II, § 4 er brutt; *"En lege skal være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye"* i det Rådet legger til grunn at X har informert pasienten om at han klager Y inn til fylkeslegen og derved har formidlet klar kritikk på tynt grunnlag av Y til pasienten. Pasientens interesse kunne vært ivaretatt ved å ta direkte kontakt med Y. Rådet beklager lege Xs handlemåte i forhold til lege Y i denne saken.

2.2.3 Tvist mellom fastlege og sykehus om pasients beretning om forløpet av konsultasjon

Dr. X hadde fremsatt klage på dr. Y over de påstander Y skal ha fremsatt i en klage han har inngitt på vegne av pasient. Påstandene rettet seg dels mot den medisinske behandling og dels mot forhold knyttet til forløpet av en konsultasjon.

Dr. Y hadde i sammenheng med denne klagen innklaget både dr. X og legene Æ, Ø og Å for Rådet over de uttalelser som er gitt da Y tok opp denne klagesaken med sykehuset i 2006.

Rådet **vedtok** å behandle begge klagesakene under ett:

For Rådet for legeetikk startet denne saken med at X ved x-sykehuset innklaget fastlege Y for beskyldninger om fabrikkering av funn og uforsvarlig behandling av en pasient som Y hadde henvist til sykehuset. Y har på sin side innklaget Xs overordnede leger Æ, Ø og Å for deres håndtering av klagen på X. Siden klagen fra begge parter gjelder samme sak, har Rådet for legeetikk valgt å behandle dem sammen.

Utgangspunktet var at Y hadde henvist sin pasient for medisinsk vurdering ved x-sykehuset. Pasienten ble utredet poliklinisk av X som var vikarierende overlege. Kontakten innebar en første konsultasjon og oppfølging vel 2 måneder senere. Tre uker etter siste kontakten med X kontaktet pasienten igjen Y for de plagene han hadde vært henvist for. Ved gjennomgang av epikrisen sammen med pasienten, hevdet pasienten at mange av de undersøkelsene som var beskrevet i epikrisen, ikke hadde funnet sted, og han visste ikke hvorfor han hadde fått noen av medisinene som var forskrevet. Y kjente pasienten godt og mente at han ikke hadde noen grunn til å tvile på hans fremstilling. Y skrev derfor til overlege Ø, som stod som avsender av epikrisen og var oppfattet som nærmeste overordnet til X, med kopi til medisinsk direktør Å ved sykehuset og redegjorde for uoverensstemmelsene i 12 punkter. I punkter som gjaldt undersøkelser, brukte Y formuleringene "Pasienten hevder.." Han konkluderte med at det var beskrevet funn fra undersøkelser som ikke var gjennomført, og at pasienten hadde fått medisiner som var kontraindisert eller ikke indisert. Y ba om en redegjørelse fra sykehuset og skrev at *"Dersom det er riktig at dr X har fabrikkert kliniske funn bør dette bli en sak for etisk råd, men også for helsetilsynet i fylket"*. Videre skrev han at *"Denne saken setter x-sykehuset i et svært dårlig lys, og personlig kan jeg i fremtiden ikke lenger benytte meg av reumatologisk seksjon ved xx-sykehuset for mine pasienter, så lenge dr. X er lege ved xx-sykehuset. Jeg stiller meg etter dette også svært tvilende til kliniske funn i samtlige epikriser fra dr. XX fra tidligere undersøkelser av helt andre pasienter."* Sammen med brevet la Y ved en skriftlig redegjørelse fra pasienten.

I svarbrev til Y uttrykker dr X sin forskrekkelse over beskyldningene og imøtegår disse punkt for punkt. Brevet er undertegnet av dr X og avdelingssjefen, overlege Æ. I et nytt brev skriver Y at *"Jeg har ikke rettet beskyldninger mot en kollega. Jeg har kun redegjort for erfaringer min pasient har orientert meg om i forbindelse med en poliklinisk konsultasjon på x-sykehuset. Jeg har kun bedt om en redegjørelse fra x-sykehuset for å kartlegge hendelsesforløpet."*

I brev til Y reagerer Æ og Å på at spørsmålet om hva som var utført ikke først var tatt opp med X og at X heller ikke ble orientert om at saken ble tatt opp med overordnede. De skriver at de ikke har noen grunn til å trekke dr X journalføring i tvil og fremhever hans faglige dyktighet og personlige egenskaper. De konkluderer med at *"Fra avdelingens side kan det ikke aksepteres slike angrep på en kollega, og vi vil vurdere, hvis vi ikke mottar en beklagelse, å ta saken opp med legeforeningens etiske råd samt Helsetilsynet i fylket."*

I redegjørelsen overfor Rådet poengterer Y at han gikk grundig gjennom saken med pasienten før brevet ble skrevet. Han hadde ingen grunn til å tvile på pasientens fremstilling. Siden han ikke fikk kontakt med Ø, som var avsender av epikrisen, pr telefon, valgte han å sende en skriftlig redegjørelse til sykehusets faglige ledelse og ikke til X fordi han anså saken som så alvorlig at sykehusets ledelse var rette adressat. Som svar på sykehusets påpeking om at han burde tatt kontakt med X først, viser Y til at Etiske regler for leger, kapittel II, § 2, om at *"Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende"* ikke var en naturlig fremgangsmåte siden dette var et forhold mellom pasienten/Y og sykehuset, samt at det var unaturlig å forsøke å diskutere svikt med X som var en erfaren spesialist. Y viser videre til at han i følge Helsepersonelloven § 17 var forpliktet til å melde fra om forhold som oppfattes som uforsvarlig, og at hensynet til pasienten er sentral for utøvelsen av denne plikten. Han viser også til sin forpliktelse om å ta pasienten på alvor og stole på ham og påpeker at sykehuset gjennom sin ordbruk i måten de beskytter X på, implisitt går ut fra at pasienten lyver. Y reagerer også på at pasienten i starten ikke ble kontaktet eller fikk kopi av brev om saken fra sykehuset og at det fra sykehusets side ble hevdet at dette "er en sak mellom leger".

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet behandler ikke saker som gjelder den medisinskfaglige delen av medisinsk virksomhet, slik som uenighet om valg av medikamentell behandling, og vil derfor begrense seg til å kommentere kommunikasjonen mellom Y, pasient og sykehusets leger. Y kjente pasienten som absolutt troverdig, og Rådet mener at det ville ha vært en forsømmelse å ikke ta opp med Xs overordnede den betydelige diskrepansen mellom pasientens opplevelse og hva X beskrev i sin epikrise. Etiske regler for leger, kap. II, § 4 sier riktignok at *"En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende"*, men også at legen *"...må alltid ha pasientens interesse for øye"*. Rådet er enig med Y om at det i en slik situasjon, der pasientens fremstilling kunne gi mistanke om alvorlig tjenesteforsømmelse, var korrekt å ta opp saken direkte med Xs overordnede og ikke med X og heller ikke nødvendigvis informere X om henvendelsen, idet det i utgangspunktet måtte være sykehusets ansvar å granske spørsmålet. Rådet mener allikevel at begge parter har kommunisert på en uheldig og krenkende måte, jfr. Etiske regler, kap. II, § 4. I sitt første brev til sykehuset bruker Y innledningsvis uttrykket *"pasienten hevder.."* i konkrete punkter, noe som er adekvat, men i de siste avsnittene går han langt i å påstå at X ikke bare har fabrikkert funn hos den aktuelle pasienten, men at dette er en praksis som må være vanlig for ham. Brevet burde hatt en mer nøytral form uten at det behøvde å bety at pasientens troverdighet ble trukket i tvil, bl.a. kunne Y i større grad ha henvist til pasientens egen redegjørelse. Rådet merker seg at Y i brev til Rådet tar selvkritikk på formen han den gang valgte.

På samme måten viser sykehuset i sine første brev ingen ydmykhet eller forståelse for at pasienten kan ha rett. Slik brevene er formulert ligger det implisitt en beskyldning om at pasientens fremstilling åpenbart er feil uten at sykehuset på det tidspunktet verken har kontaktet pasienten eller gransket beskyldningene nærmere på annen måte.

(99/2007-07/722 og 07/2630)

Kap. III Avertissement og annen informasjon om legetjenester

3.1. Markedsføring

3.1.1 Oppføring av medisinsk ansvarlig lege i markedsføring for legevirksomhet

Sekretariatet i Den norske legeforening hadde bedt om at Rådet for legeetikk vurderer en henvendelse fra sjeflegen ved et større medisinsk senter vedrørende Etske regler for leger, kapittel III, § 2 om at det ved annonsering av legetjenester skal fremgå hvem som er medisinsk ansvarlig lege.

Vedtak

Rådet vil fortsatt legge til grunn at det ved annonsering av legetjenester skal fremgå hvem som er ansvarlig lege. Rådet vil imidlertid i lys av helsepersonellovgivningen vurdere nærmere om det er behov for å endre bestemmelsens ordlyd.

Rådet har tidligere uttalt at ansvarlig lege i et medisinsk senter gjerne kan angis å være sjeflegen, selv om virksomheten og annonseringen dekker ulike spesialiteter. Dette synspunkt opprettholdes fordi Rådet fortsatt er av den oppfatning at det ved annonsering av legetjenester bør fremgå navnet på en lege i virksomheten.

Sjeflegen tilskrives med meddelelse om at Rådet vil ta opp problemstillingen til nærmere drøfting ved ev. gjennomgang av Etske regler for leger, men vil uttrykke ønske om at det medisinske senteret fortsatt tar inn en leges navn i annonsen – gjerne sjeflegen.
(43/2007-07/2643)

3.1.2 Henledning av oppmerksomhet på markedsføring av kosmetisk kirurgi

En lege hadde bedt Rådet vurdere markedsføring av kosmetisk kirurgi slik denne fremstår fra to klinikker. Legen presiserte at han ikke innklager senterene for brudd på Etske regler, men han ber om Rådets syn på om de innsendte eksempler ligger innenfor det som anses som aksepterte rammer.

Rådet **vedtok** å tilskrive legen slik:

Rådet for legeetikk har også merket seg at markedsføringen av enkelte typer legetjenester, herunder kosmetisk kirurgi, har blitt mer aggressiv – noe Rådet på generelt grunnlag beklager.

Rådet er enig i at det ikke er noen godkjent spesialitet i fagområdet "kosmetisk ansiktskirurgi". Bruk av en slik betegnelse i markedsføring av legetjenester vil være brudd på Etske regler for leger, kap III, særlig § 1, 1. ledd og 2. ledd.

Rådet har merket seg at legen ikke ønsker at saken blir behandlet som klage mot dem som står bak annonseringen. Rådet kan derfor ikke uttale seg spesifikt om de vedlagte annonser uten at de berørte medlemmer av Legeforeningen er gitt tilsvarende rett.
(67/2007-07/4296)

3.1.3 Anmodning om vurdering av formulering i annonse for plastikk-kirurgisk virksomhet

Lege N, daglig leder ved Klinik N i Y by hadde bedt om Rådets vurdering av markedsføring av en plastikk-kirurg ved en konkurrerende plastikk-kirurgisk klinikk i Y.

Den omreisende kollegaen kommer fra Tsjekkoslovakia, og markedsføres med setningen "*Kom og møt professor Z, en av Europas ledende plastikk kirurger til uforpliktende konsultasjon*".

Klagen hadde ikke vedlagt originalreklame/annonsetekst; slik at Rådet kun hadde Ns brev og sitat å forholde seg til ved vurderingen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk finner denne typen markedsføring aggressiv, og beklager utviklingen i retning av mer pågående markedsføring som vi mener å se for enkelte fagområder, og da særlig innen kosmetisk kirurgi.

Etiske regler for leger, kap III, legger vekt på nøkternhet i markedsføring av legetjenester. Særlig relevant i forhold til den spesielle setningen det spørres om, er setningen i § 1: ”.. *Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale tjenestens kvalitet...*” I forhold til denne regelen er setningen i annonsen etter Rådets mening bare akseptabel dersom han generelt er anerkjent som å være ”en av Europas ledende” innen sitt fagfelt. Å bruke tittelen professor er bare akseptabelt dersom han faktisk har en slik stilling. Det vises her til kap III, § 4: ... ”*En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans /hennes utdanning og stilling berettiger til. Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.*”.

Dette er noen generelle betraktninger. Rådet kan ikke uttale seg spesifikt i denne saken siden den ikke er fremmet som en konkret klage. For å foreta en formell klagebehandling må de berørte medlemmer av Legeforeningen gis tilsvarende rett. Selv om Rådet anser annonseringen som aggressiv, er den ikke i strid med Etiske regler for leger dersom legen faktisk er professor og er blant ledende plastikk-kirurger i Europa. (75/2007-07/4386)

3.1.4 Anmodning om vurdering av annonse

En lege hadde anmodet Rådet for legetikk å interessere seg for en vedlagt annonse om ultralydundersøkelser, blant annet beskrevet som ”*En fullstendig ultralydssjekk*” til definerte priser. Av legens brev fremkommer ikke eksplisitt om han primært ber om Rådets vurdering av annonsen i forhold til Etiske regler for leger, eller om han innklager røntgenlege i annonsen for Rådet.

Rådet valgte å forstå brevet slik at legen først og fremst ber om Rådets vurdering av annonsen slik den fremstår i avisene opp mot Etiske regler for leger.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har etter lignende forespørsler tidligere uttalt seg negativt om screeningundersøkelser der annonsens utforming kunne være egnet til å skape frykt eller engstelse, eller om annonsen kan skape urealistiske forventninger om forebygging av sykdom eller behandling som følge av tidlig oppdagelse av sykdom.

Rådet har ikke på generelt grunnlag vurdert at screeningundersøkelser og annonsering av slike tjenester i seg selv er i strid med Etiske regler for leger. Mange pasienter etterspør slike tjenester og ut i fra et generelt utgangspunkt at folk kan bruke sine økonomiske midler slik de selv finner det hensiktsmessig, kan det neppe herske tvil om at de annonserte ultralydundersøkelser er lovlig virksomhet vurdert i forhold til alminnelig lovgivning.

Dette generelle utgangspunktet er allikevel ikke til hinder for at Rådet kan vurdere en tilbudt og annonsert tjeneste i forhold til Etiske regler for leger - som for visse situasjoner har handlingsregler og normer som er strengere enn de alminnelige. De regler som kan komme til anvendelse vil være flere av de alminnelige bestemmelser i kap. I, bl.a. om hensyntagen til pasientens økonomi i § 7 og samfunnets økonomi og fordeling av medisinske ressurser i § 12. Når det gjelder annonsering vil vurderingen knytte seg til kap. III, spesielt i forhold til § 1, 2. ledd siste setning: ”*Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.*”

Rådet har etter en konkret vurdering kommet til at den gjengitte annonse ikke er i strid med Etiske regler for leger.

(84/2007-07/4935)

Kap. IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer

4.1. Attestutstedelser

4.1.1 Klage over sakkyndig leges funksjon i rettssak

Advokat X hadde innklaget dr. Y for Rådet for legeetikk for to forhold:

1. Y er ikke spesialist på det tema han har utgitt seg for å være spesialist på.
2. Y burde ikke uttalt seg om avdøds tilstand på testasjonstidspunktet.

Rådet **vedtok** at saken ikke skal behandles som klagesak siden dommen i saken er anket til lagmannsretten. Det vises til Reglement for Rådet for legeetikk, § 3, 2. ledd.

Rådet finner allikevel generelt å uttale at det ikke er krav om at leger som gjør tjeneste som sakkyndig for domstolene eller andre instanser formelt er godkjent som spesialist. Det er opp til retten å vurdere kompetansen til den sakkyndige i forhold til de uttalelser som blir gitt. Rådet har ikke noe grunnlag for å vurdere Ys kompetanse i forhold til de temaer han har uttalt seg om.

Når det gjelder problemstilling nr. 2 vil Rådet for legeetikk uttale at dette er en medisinsk-faglig problemstilling som Rådet ikke kan uttale seg om. Det vises til Reglement for legeetikk § 3, 2. ledd. Det vises forøvrig til avsnittet overfor.

Advokat X har senere tilskrevet Rådet og uttrykt at han ikke opprettholder sin klage over Y. (21/2007-07/1236)

4.1.2 Klage på kollega

Dr. X hadde fremmet klage mot Dr. Y. Dr. X hevdet at dr. Y, som rådgivende lege i en trygdesak vedrørende dr. Xs sønn, hadde trukket inn i vurderingen at faren var lege. Klager har gjort gjeldende at innklagedes uttalelser om hans yrkesbakgrunn, sammenstilt med opplysninger om at han tidligere har hatt et konfliktfylt forhold til A-etat, er egnet til å beskrive ham på en ”*usaklig, utilstedelig, utilbørlig og ukollegial*” måte. Klager mener at han i en slik sak skal ha det privilegium kun å være nærmeste pårørende – og ikke på noen måte lege.

Innklagede lege har med henvisning til taushetsplikten innledningsvis unnlatt å kommentere klagen, men han har beklaget at hans vurdering har skapt grunnlag for klagen og at dette ikke var meningen. Klager finner innklagedes beklagelse upresis og uklar, siden det ikke fremgår hva innklagede egentlig beklager.

Innklagede har senere utdypet sin beklagelse slik:

” Jeg skrev at klientens far var lege. Det kort og godt fordi saksbehandlerne da skulle forstå budskapet riktigere. Hellig vrede ble brukt for å forklare at alle kan la pennen løpe av sted og gi uttalelse som sårer. Men om jeg her treffer andre livssyn, så ser jeg godt at det var et uheldig valg. Jeg er kjent for å være åpen og fritt talende. Bergensere har det med det. Vil ellers beklage det bryet jeg her har skapt. Avsender og mottaker er ikke alltid på bølgelengde.”

Innklagede har i sine kommentarer til dette pekt på at han ikke har hatt noen konfliktfylt kontakt med innklagede tidligere, og at han derfor ikke skjønner hva innklagede mener med utsagnet om at ”*Avsender og mottaker er ikke alltid på bølgelengde.*”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet legger til grunn at innklagedes uttalelse er gitt i brev til saksbehandler ved trygdekontoret i en form som må oppfattes som en legeerklæring og således omfattet av de regler som fremgår av Etiske regler for leger, kap IV. Rådet vil med henvisning til § 4 om at legeerklæringer ”*skal være objektiv og nøytral i sin form.*” og at ”*En legeerklæring skal ikke inneholde informasjon som går ut over formålet.*”, legge til grunn at innklagede ved sin uttalelse til saksbehandler har brutt disse reglene.

Rådet kan ikke se at innklagede har beklaget innholdet i sine uttalelser eller at uttalelsene ble fremsatt, men bare beklaget at uttalelsene har gitt grunnlag for klagen. I innklagedes utdypning av grunnlaget for uttalelsene i erklæringen bekrefter han at han bevisst opplyste om farens yrkesbakgrunn og tidligere kontakt med A-etat for å klargjøre sitt budskap, men innser at dette kan ha vært et uheldig valg. Rådet tolker imidlertid siste setning om at *"Avsender og mottaker er ikke alltid på bølgelengde."* som et generelt utsagn, som ikke nødvendigvis er myntet på forholdet mellom klager og innklagede slik klager tydeligvis oppfatter uttalelsen.

Som nevnt ovenfor legger Rådet for legeetikk til grunn at innklagede lege har brutt Etske regler for leger og at legen derfor må kritiseres for dette, selv om han ved slutten av saksbehandlingen av klagen, under en viss tvil sett fra Rådets side, synes å fremkomme med en beklagelse.
(48/2007-07/89)

4.1.3 Klage på lege over uttalelse gitt i bekymringsmelding

Advokat X hadde på vegne av klient Y og Z innklaget lege A til Rådet for legeetikk på bakgrunn av en bekymringsmelding legen sendte til barnevernet vedrørende omsorgssituasjonen for Zs barn. Advokat X ber Rådet vurdere om legen har brutt flere paragrafer i legeetiske regler - spesielt regelen om å ivareta taushet og reglene som omhandler krav til legeerklæringer.

Advokaten hevder at bekymringsmeldingen er basert på opplysninger legen har fått fra utenforstående og at han ikke har hatt de involverte parter som pasienter eller tatt kontakt med de involverte parter før han skrev bekymringsmeldingen. Advokaten beskriver en omfattende konflikt i familien i forbindelse med helseomsorg for et familiemedlem og etterfølgende dødsfall. Advokaten redegjør for hendelsesforløpet som førte til bekymringsmeldingen og utfordrer Rådet til å vurdere de legeetiske aspekter ved saken. Hun viser særlig til Etske regler for leger, kapittel I, § 4, punkt 1: *"En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege"* og kapittel 4, §§ 1 - 4 om utferdigelse av legeerklæringer. Her peker advokaten særlig på § 3 som sier at *"En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier"*.

I bekymringsmeldingen som er stillet til barnevernet i kommunen, beskriver legen bakgrunnen for denne og hvordan han har fått henvendelsen. Han skriver videre at han ikke har snakket med barnet og heller ikke kjenner enkelthetene i den aktuelle situasjonen, men at det er all grunn til å tro at barnet er i en uheldig situasjon. Han gir så en vurdering av hva barnevernet bør gjøre.

Saksdokumentene består forøvrig av tilsvaret fra lege A og ytterligere kommentarer fra Y og Z, advokat X og lege A.

I sine tilsvaret skriver legen at han kjenner familiens situasjon svært godt over lang tid og at bekymringsmeldingen ikke var basert på ensidige opplysninger fra den ene parten i familiekonflikten, men på tilstrekkelig kjennskap til forholdene. Han påpeker videre at helsearbeidere etter lov er forpliktet til å skrive bekymringsmelding til barnevernet når det er grunnlag for det, og at denne er taushetsbelagt. Selve bekymringsmeldingen beskriver han som et hastighetsarbeid siden den ble skrevet i forbindelse med en akutt situasjon som han oppfattet som dramatisk for barnet. Legen innser i ettertid at noen formuleringer kunne ha vært annerledes, særlig en formulering om at han mener at *"mor midlertidig blir fratatt foreldreansvar"*, men forklarer dette ut fra en kaotisk situasjon.

Rådet **vedtok** å uttale:

En lege har plikt til å informere barnevernet når han får informasjon om sannsynlig omsorgssvikt, jf Helsepersonellovens § 33. Rådet mener derfor at kapittel I, § 4, i Etske regler for leger ikke er brutt. Hvorvidt det i denne saken var grunnlag for å sende bekymringsmelding til barnevernet, eller om legen bygde sin erklæring på nødvendig innhentet informasjon (kapittel IV, § 3), er medisinsk-faglige spørsmål som Rådet ikke har grunnlag for å vurdere. Imidlertid fremkommer det i legens tilsvaret at han hadde mye informasjon fra mange kanter som grunnlag for å sende sin bekymringsmelding. Det kommer videre fram at

han før meldingen ble sendt, hadde hatt muntlig kontakt med barnevernet som hadde anmodet om en skriftlig henvendelse. Rådet vil påpeke at i en slik situasjon må legen selvstendig vurdere hva som er til barnets beste (Etiske regler for leger, kapittel I, §§ 1 og 2) og hva legen anser som tilstrekkelig informasjon for å utferdige meldingen. Hva som er tilstrekkelig informasjon må også vurderes ut fra grad av hast.

Rådet vurderer i likhet med advokaten en bekymringsmelding som en legeerklæring. A anfører i et tilsvaret at meldingen var et "hastighetsarbeid". Dette mener Rådet også at den bærer preg av. Den kunne med fordel vært mer utfyllende i forhold til grunnlaget for legens vurdering, jf Etiske regler for leger, kap IV, § 5: " ... legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av legeerklæringen", og den burde ikke inneholdt konkrete anbefalinger om hva barnevernet burde foreta seg – dette er barnevernets eget ansvar. Erklæringen går i så måte ut over krav til hensikt og nøytralitet, jf kapittel IV, § 4: "En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form". Rådet har imidlertid forståelse for at en bekymringsmelding kan bli noe mangelfull i en hastesak og merker seg at legen beklager manglene.

(56/2007-06/4413)

4.1.4 Klage over krav om høyere betaling enn veiledende honorar som forutsetning for svar på forespørsel om helseopplysning

X skadeforsikring hadde tilskrevet Rådet for legeetikk med anmodning om å vurdere en leges handlinger i forbindelse med anmodning om helseopplysninger om en pasient som har ønsket å tegne forsikring. Saken ble foreløpig behandlet i et tidligere møte hvor det ble vedtatt å behandle saken. Det har vist seg at innklagete lege Y, ikke er medlem i Legeforeningen, men han har besvart Rådets henvendelse med å vise til at saken formodentlig er uaktuell fordi pasienten har opplyst at pasienten ikke ønsker at han skal besvare henvendelse om helseopplysninger. Forsikringsselskapet bekrefter at det ikke lenger er behov for helseerklæringen, men selskapet anmoder allikevel om uttalelse.

X skadeforsikrings klagegrunnlag er at legen besvarte henvendelser om helseerklæring ved å stille som forutsetning at det ble utbetalt et høyere honorar enn det som selskapet normalt utbetaler i henhold til avtale med Den norske legeforening om honorarer for forsikringserklæringer. Legen har ikke gitt kommentarer til forsikringsselskapets påstander, men det er fra forsikringsselskapet innsendt kopi av legens påtegninger som klargjør faktum i tilstrekkelig grad til at Rådet kan avgi uttalelse.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk legger til grunn at en lege står fritt til å påta seg oppdrag med avgivelse av helseerklæringer for et forsikringsselskap i forbindelse med tegning av forsikring. Dette gjelder også i de tilfeller en pasient anmoder fastlegen om å avgi en slik erklæring.

Rådet konstaterer at legen i dette tilfelle avslår å fylle ut det tilsendte skjema med den begrunnelse at han mener at honoraret bør dobles. Rådet legger til grunn at forsikringsselskapets tilbud om honorar er basert på avtale mellom Finansnæringens hovedorganisasjon og Den norske legeforening. Siden legen i dette tilfelle ikke er medlem av Den norske legeforening, vil Rådet ikke kunne hevde at legen avtalerettslig er forpliktet til å følge satsene. Rådet finner allikevel at det vil være brudd på Etiske regler for leger, kapittel I, § 2 å stille ultimative honorarkrav som kan medføre at pasienten ikke får den helseerklæring som kan være nødvendig for tegning av forsikring. Rådet legger til grunn at en slik opptreden er kritikkverdig.

(58/2007-07/2447)

4.1.5 Klage på legeerklæring

Y Forsikring hadde lege A for brudd på Etiske regler for leger for måten legeerklæring er utformet på.

Utgangspunktet var at en pasient søkte Y Forsikring om reiseforsikring med tanke på utenlandsreise. I sin søknad la pasienten ved kopi av epikrise fra et universitetssykehus. Y avslo å tilby reiseforsikring fordi

sykdommen var av en slik art at vilkårene ikke var oppfylt slik selskapets rådgivende leger vurderte sykdommen ut fra epikrisen. Dr. A utferdiget da en legeerklæring for pasienten. Denne har ikke adressat. I erklæringen skriver legen bl.a. at *"Dette [det å ikke få reiseforsikring] er ikke akseptabelt..."* og *"Ber ham [pasienten] om at han om nødvendig forfølger denne saken med advokat – samtidig som dette ville være en god sak for ham å få eksponert i pressen, noe selskapet neppe ville ønske seg"*.

Forsikringsselskapet ber Rådet vurdere om dr. A i denne saken opptrer i overensstemmelse med god legeetikk når han oppfordrer sin pasient til å "true" med media fordi han er uenig i en avgjørelse basert på andre legers faglige vurdering. Videre ber forsikringsselskapet Rådet å vurdere hvorvidt dr. As attestutstedelse er i overensstemmelse med følgende paragrafer i Etske regler for leger:

- Kap I, § 12: *"...En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel"*
- Kap IV, § 1: *"En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand..."*
- Kap IV, § 4: *"En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form"*.

Dr. A uttrykker i sitt tilsvarende svar sin fortvilelse på pasientens vegne og påpeker at da pasienten trengte forsikringen som mest fikk han avslag fra sitt forsikringsselskap. På generelt grunnlag anfører han også at han i sin lange praksis som lege mange ganger har møtt frustrasjonen hos pasientene sine ved at forsikringsansvarlige reserverer seg når det virkelig gjelder.

Forsikringsselskapet påpeker på sin side forskjellen mellom privat forsikring og offentlig trygd, og at det er tvilsomt legeetikk å gi pasienter urealistiske forventninger til hva et privat selskap skal tilby av tjenester når det klart fremgår av forsikringsvilkårene hva som vil være unntatt dekning.

Rådet **vedtok** å uttale:

Forsikringsselskapets avslag er basert på vurderingen som selskapets leger har gjort med utgangspunkt i epikrisen fra sykehuset som må oppfattes som en legeerklæring. Rådet anser det som akseptabelt at en lege søker et forsikringsselskap om å gjøre om et avslag dersom legen mener at helsetilstanden var utilstrekkelig belyst eller dersom han kan begrunne sin uenighet på faglig grunnlag. Imidlertid bringer dr. AA ingen nye medisinske opplysninger eller begrunnelser til torgs i sin legeerklæring som stort sett inneholder trusler om juridiske konsekvenser og offentlig eksponering. Rådet anser dr. As legeerklæring for å være i strid med de krav som stilles til legeerklæringer i følge Etske regler for leger, kap IV, § 1 og særlig § 4 slik de er referert ovenfor, men også i følge § 5 idet erklæringen ikke har adressat. Rådet beklager dr. As handlemåte i denne aktuelle saken og merker seg at dr. A selv har beklaget deler av sin uttalelse.

Imidlertid anser Rådet det som prisverdig at leger på generelt grunnlag engasjerer seg i spørsmål som gjelder pasienters rettigheter, også i forhold til forsikringsselskapenes regler for å tilby forsikringer og yte kompensasjoner.

(91/2007-07/2373)

4.1.6 Klage på lege for ikke å utferdige legeerklæring

X hadde innklaget lege Y for tre forhold:

- Dr. Y hadde ikke utferdiget en legeerklæring om hennes mor til overformynderiet. Bakgrunnen var at X hadde sendt søknad til overformynderiet om å få oppnevnt hjelpeverge for moren.
- X spør om hennes søster, som er lege, kan ha påvirket Y til ikke å utferdige nevnte legeerklæring og om det i så fall er i strid med Etske regler for leger.
- Dr. Y hadde ikke svart på en tidligere henvendelse fra X der hun ber om en uttalelse om det var holdepunkter for at moren, som nå er død, hadde vært utsatt for vold eller trussel om vold fra X. Hun spør om det er etiske retningslinjer for hvordan en fastlege skal forholde seg til grovt ærekrenkende påstander om en avdød pasient.

Slik Rådet for legeetikk forstår det, sendte X søknad om å få oppnevnt hjelpeverge for sin mor, som satt i uskiftet bo, i det hun ikke anså moren for å være mentalt i stand til å ivareta ansvaret for egne anliggender. Slik det fremgår av klagen var det en konflikt mellom X på den ene siden og hennes søster, som er lege, og moren på den andre, bl.a. om arv. X anfører at hun ble nektet innsyn i boet, og hun mener seg beskyldt for å utøve vold eller trussel om vold mot moren. Henvendelsen til overformynderiet ble sendt i kopi til morens fastlege dr. Y. Overformynderiet anmodet Y om legeerklæring, noe som ikke ble besvart til tross for purringer. X mottok gjenpart av disse henvendelsene. X har mistanke om at hennes søster, i egenskap av å være professor i medisin, kan ha påvirket dr. Y til ikke å besvare henvendelsene fra overformynderiet. Dagen etter at moren døde uventet fikk X brev fra dr. Y om at saken bortfalt all den tid moren døde.

I tilsvaret til klagen forklarer dr. Y at legeerklæring ikke ble sendt overformynderiet fordi moren ikke ønsket hjelpeverge og fordi det ikke forelå tegn på sykdom som ga grunnlag for oppnevning av hjelpeverge mot morens vilje. Dr. Y hadde undersøkt moren med tanke på dette etter at hun fikk anmodningen om legeerklæring fra overformynderiet. Dr. Y benekter at hun på noen måte har vært i kontakt med eller kjenner Xs søster. Med hensyn til Xs tidligere anmodninger om opplysninger om moren med tanke på påstått vold og trusler om vold, samt legeerklæringer til overformynderiet, viser dr. Y til at hun på grunn av taushetsplikten ikke hadde grunnlag for å skrive en meningsfylt legeerklæring og viser her til Etske regler for leger, kap. 4, § 2. Dette hadde X tidligere fått opplyst i brev fra Y.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvorvidt det forelå tilstrekkelig medisinsk grunnlag for å oppnevne hjelpeverge for moren mot hennes vilje, er et medisinskfaglig spørsmål som Rådet ikke tar stilling til, men Rådet konstaterer at dr. Y ikke fant grunnlag for det. All den tid moren ble ansett kompetent til å ta beslutninger om egne anliggender var legen bundet av sin taushetsplikt, både i forhold til familie og andre instanser, for eksempel vergemålsmyndighetene. Det vises til Etske regler for leger, kap. I, § 4 som bl.a. sier at *"Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov"*. og kap. IV, § 2: *"Dersom legen mener at det saklige grunnlag for å utstede erklæringen ikke er til stede, skal erklæring ikke avgis."*

Rådet mener at dr. Y handlet i overensstemmelse med Etske regler for leger og gir ikke klager medhold. (96/2007-07/2566)

4.1.7 Klage over innhold i legeerklæring/honorarkrav fremsatt av en pasients fastlege

Dr. A hadde på vegne av en pasient fremsatt klage over innholdet i legeerklæring utstedt av dr. B og honorarkravet for denne.

Klagen som pasientens fastlege fremsetter overfor Rådet, er begrunnet med at erklæringen generelt er for overfladisk, at den ikke tar stilling til om og i hvilken grad pasienten var arbeidsufør og at honoraret vurderes som urimelig.

Innklagede lege har i sitt tilsvarende redegjort for omfanget av og innholdet i det arbeid som er nedlagt ved utarbeidelse av legeerklæringen. Innklagede legger til grunn at han har anvendt 22 timer på utarbeidelsen. Innklagede lege har ikke ønsket å vedlegge hele erklæringen av hensyn til personvernet. Klager har bare fremlagt et par sider av erklæringen som er på 20 sider. Innklagede lege mener også at erklæringen ikke er mangelfull selv om han ikke angir i prosent hva den ervervsmessige uførhet er og/eller mer presist har skilt ut hvor meget den skadebetingede funksjonssvekkelsen utgjør av den totale. Innklagede legger til grunn at dette er i samsvar med det standardmandat som benyttes ved utarbeidelse av spesialisterklæringer i erstatningssaker. Innklagede tar til motmæle mot påstanden om for høyt honorarkrav og mener at dette er rimelig i forhold til nedlagt arbeid.

Rådet for legeetikk **vedtok** følgende uttalelse:

Rådet konstaterer at spesialisterklæringen synes å være utarbeidet i samsvar med de prinsipper som følger av Etske regler for leger, kap. IV. Rådet viser til § 3, *"En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig*

innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.”. I og med at Rådet ikke har hatt tilgang på hele erklæringen, er det umulig med sikkerhet å konstatere at kravene i § 4, ” En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten.”, er oppfylt, men ut i fra de sider av erklæringen som har vært tilgjengelig for Rådet og de opplysninger som innklagede lege har gitt i tilsvaret, er det ingen ting som tyder på at kravene i Etiske regler for leger er tilsidesatt.

Når det gjelder de konkrete vurderinger som innklagede har gjort i erklæringen, er dette i det vesentlige medisinskfaglige spørsmål som Rådet ikke har grunnlag for å prøve.

Rådet tar innklagedes redegjørelse om omfanget av arbeidet og honorarkravet til etterretning og kan på dette grunnlag ikke konstatere at det er noen grunnlag for å rette noen kritikk mot legen for å ha tatt urimelig høyt honorar.

Oppsummert kan Rådet ut i fra ovenstående ikke se noe grunnlag for kritikk mot innklagede lege.
(97/2007-07/5261)