

## **ÅRSBERETNING 1.1. 2009 – 31.12. 2009**

**for**

### **RÅDET FOR LEGEETIKK**

#### **Innhold**

**Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden**

**Oppsummering av prinsipielt viktige saker**

**Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etske regler for leger**

<b>Kap I</b>	<b>Alminnelige bestemmelser</b>
1.1	Generelle problemstillinger i legeetikk
1.2	Pasienters klager på leger
1.3	Høringsaker
<b>Kap II</b>	<b>Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere</b>
2.1	Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer
2.2	Twister mellom leger
<b>Kap III</b>	<b>Avertissement og annen informasjon om legetjenester</b>
3.1.	Markedsføring
<b>Kap IV</b>	<b>Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer</b>
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	-	spesialist i barnesykdommer
Professor dr. med. Ragnar Hotvedt, nestleder	-	spesialist i anesthesiologi
Prakt. spesialist, dr. med. Karsten Hytten	-	spesialist i psykiatri

Overlege Turid Aas	-	spesialist i generell kirurgi/bryst- og endokrinkirurgi
Fastlege/kommunelege Anne Mathilde Hanstad	-	spesialist i allmenmedisin
Varamedlem:		
Overlege dr. med. Kristin Bjørnland	-	spesialist i generell kirurgi/barnekirurgi

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden er Rådets sekretær.

På landsstyremøtet i Bodø i 2009 ble det valgt nye medlemmer av Rådet for perioden 1.1. 2010 - 31.12. 2013:

Trond Markestad, leder  
 Karsten Hytten, nestleder  
 Ellen Økland Blinkenberg  
 Anne Mathilde Hanstad  
 Gunnar Skipenes

*Varamedlemmer*

1. Kristin Offerdal
2. Ole F. Nordheim

Rådet har i beretningsperioden avholdt 6 møter og har behandlet 103 saker.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens president og generalsekretær, representert Legeforeningen i World Medical Association.

Annet hvert år samles rådene for etikk i de nordiske lands legeforeninger til seminar om ulike etiske problemstillinger. Årets seminar ble arrangert av Lægeforeningen i Danmark i tidsrommet 2.9. - 4.9. 2009 i Lyngby utenfor København. Av temaer som ble behandlet var:

- påvirkning av lege/pasientrollen ved kulturelle og religiøse forskjeller
- ufødte barns rettigheter (fosterdiagnostikk)
- kvalitet i helsetjenesten
- leger i væpnede konflikter

Rådets leder har deltatt i arbeidet med produksjon av internetbasert undervisningsprogram i etikk i regi av Legeforeningen som blir presentert i januar 2010.

Rådets leder har deltatt i utarbeidelsen av "Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende". Veilederen er utgitt av Helsedirektoratet, men er utarbeidet av en bredt sammensatt gruppe etter initiativ av Legeforeningen. Seksjon for medisinsk etikk, UiO, har fungert som sekretariat. Rådets leder har ledet Legeforeningens funksjon.

Rådets leder har holdt foredrag om medisinsk etikk ved mange faglige møter. Rådets leder har deltatt i flere debatter på TV og i radio, og blitt intervjuet en rekke ganger i media om aktuelle saker.

Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk er lagt ut på temaside om etikk på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no).

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

## Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Ut fra sakene som har vært behandlet i 2009, vil Rådet for legeetikk peke på noen viktige prinsipielle trekk: Leger benyttes i mange sammenhenger, og Rådet ser at leger av og til ikke er tilstrekkelig bevisste og etterrettelige når de opptrer i andre *roller* enn i et ordinært lege-pasient-forhold. Dette gjelder særlig når legen opptrer som sakkyndig og i forhold til legeerklæringer. *Taushetsplikten* utfordres fra mange hold og skaper nye utfordringer for leger. Et siste trekk er at markedsføringen av legetjenester er blitt mer aggressiv, ikke minst fordi store private helseforetak styrer annonseringen, og at den offentlige debatten mellom leger er blitt mer åpen, kanskje også delvis på grunn av konkurranse mellom helseinstitusjoner. Disse trekkene kan ses fra flere av sakene:

- **Forståelse av legerollen**

Mange av sakene gjelder klage på leger fra pasienter og forskjellige instanser der konflikten i utgangspunktet skyldes mangelfull avklaring av den rollen legen har i den gitte situasjonen. Typisk gjelder dette når leger opptrer som medisinsk sakkyndig. Blant sakene nedenfor gjelder dette sak 1.2.2 der Rådet mener at en bedriftslege ikke har opptrådt tilstrekkelig objektivt i en arbeidsmiljøsak, sak 1.2.3 der en lege har sørget for tvangsinnleggelse uten å ha foretatt tilstrekkelig undersøkelse av pasienten, sak 1.2.4 der klage fra en pasient på en legekonsultasjon kanskje kunne ha vært unngått dersom legen hadde vært tydeligere på hva hans rolle var som sakkyndig, sak 4.1.4 der en lege bare på bakgrunn av annenhånds opplysninger har uttalt seg om en persons personlighet, troverdighet og egnethet for å ha ansvar for barn og sak 4.1.5 der en lege har utstedt en legeerklæring på mangelfullt grunnlag og med tvilsom habilitet.

- **Legers taushetsplikt**

Leger er ofte usikre på hvor grensen for deres taushetsplikt går, og føler også et press om å gi opplysninger til mange instanser. Blant sakene nedenfor har Rådet behandlet pårørendes rett til innsyn i avdødes legejournal (sak 1.1.1), opplysninger om prediktive og presymptomatiske gentester ved tegning av helseforsikring (sak 1.1.2), bedriftsleges taushetsplikt i forhold arbeidsgiver (sak 1.1.7) og utlevering av pasientopplysninger til NAV og forsikringsselskap (1.1.8). Etske regler for leger sier at "Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte". Som eksemplene viser, kan tolkingen være vanskelig i forhold til hva som er i pasientens interesse..

- **Markedsføring og debatt mellom leger**

Etske regler for leger stiller strenge krav til nøkternhet og objektivitet ved avtissement av legetjenester. De siste årene har Rådet sett at markedsføringen har blitt mer aggressiv og til dels i strid med Etske regler, kap III. Tre saker i 2009 (sak 3.1.1 – 3.1.3) illustrerer dette. Rådet har også fått klager fra kolleger over legers uttalelser i media i det de har hevdet at oppslagene har vært usaklige og egnet til å svekke tilliten til helsevesenet. Etske regler for leger har krav om at offentlig debatt mellom leger skal være saklig. Rådet vil ikke behandle saker som gjelder medisinsk-faglige uenighet – det er ikke innenfor Rådets mandat. Ytringsfriheten er viktig, og Rådet mener at det er viktig at legene deltar, både i den offentlige helsepolitiske debatten og i samfunnsdebatten forøvrig. Rådet vil generelt ikke gi medhold i klager der det er naturlig å imøtegå det man er uenig i med motinnlegg. Sakene 1.1.3 og 2.2.1 illustrerer Rådets syn. Derimot har Rådet tidligere uttalt kritikk til leger for uttalelser som det ikke er mulig å imøtegå på grunn av taushetsplikt.

## Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etske regler for leger

### Kap I Alminnelige bestemmelser

## 1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk

### 1.1.1 Pasientrettighetsloven § 5-1 - Innsyn i journal etter en pasients død - 08/4573

Rådet for legeetikk hadde ved tidligere behandling av saken i 2008, etter forslag fra et medlem vurdert om Rådet bør bidra til at Pasientrettighetsloven § 5-1 endres for å unngå at opplysninger som kan svekke avdødes omdømme, utleveres til pårørende etter vedkommendes død. Forslagsstilleren har ment at de samme regler bør gjelde etter en persons død som når vedkommende er i live og at journalopplysninger ikke skal kunne frigis til pårørende. Rådet hadde i tidligere vedtak ikke etterkommet anmodningen, med den begrunnelse at lovteksten innebærer at det er legens ansvar å påse at slike opplysninger ikke blir utlevert.

I den nye henvendelsen utdypet forslagsstiller sin bekymring for at loven ikke i tilstrekkelig grad beskytter pasienter mot at opplysninger, som bør være taushetsbelagte også etter en pasients død, kommer uvedkommende i hende. Slik lovteksten er formulert mener han at pasientombud, leger og andre vil kunne ha den oppfatningen at pasientjournalen kan utleveres uredigert og uten begrunnelse. Han fremhever også at "nærmeste pårørende" kan være en kort tids samboer eller en relativt fjern slektning som ikke har legitime behov for innsyn i journalen, og at fastlegeordningen har ført til at det er lettere for pårørende å finne ut hvilken lege de skal henvende seg til for å få utlevert journal. Han påpeker også at leger ikke behøver å være oppmerksomme på at journalen inneholder sensitive opplysninger, for eksempel hvis journalen er overført til ny lege ved bytte av fastlege.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet opprettholder sin tidligere uttalelse om at lovteksten i Pasientrettighetsloven § 5-1 og Helsepersonellovens § 24 gir tilstrekkelig beskyttelse mot at legen etter pasientens død utleverer journalopplysninger som kan skade avdødes omdømme. Lovteksten sier bl.a. at "*nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en pasients død dersom ikke særlige grunner taler mot det.*" (Rådets understreking), og "*Særlige grunner kan være opplysninger pasienten har gitt uttrykk for at det ikke skal gis innsyn i for pårørende – eller det er grunn til å anta at pasienten hadde motsatt seg at nærmeste pårørende får kjennskap til*". Dette innebærer at legen er pliktig til å påse at utlevert journalmateriale ikke inneholder opplysninger som er i strid med avdødes formodete ønske. Rådet minner også om Ethiske regler for leger, kap. I, § 4 om legers taushetsplikt der det bl.a. presiseres at "*Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte*".

Rådet er av den oppfatning at det kan være mange grunner til at nære pårørende bør få innsyn i avdødes helseforhold og at både Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven og Ethiske regler for leger setter nødvendige begrensninger for hva legen kan utlevere av journalopplysninger. Det er imidlertid all grunn til å presisere at legen har ansvar for å påse at opplysninger, som bør forbli taushetsbelagte, ikke blir utlevert.

Ellers vil Rådet påpeke at pasientene etter Pasientrettighetsloven har utvidet innsynsrett i egen journal. Denne retten har betydning for hvordan leger fører journalen. Det kan være vanskelig å være fullstendig trygg på at uvedkommende ikke får innsyn i en journal, og Rådet anser at det kan være riktig å unnlate å journalføre svært sensitive opplysninger som ikke har betydning for diagnose, behandling eller oppfølging.

Rådet var igjen bedt om å vurdere tidligere uttalelser fra Rådet om endringer i pasientrettighetslovens § 5-1.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet er enig i at pårørendes rett til innsyn i journal etter en pasients død dersom ikke særlige grunner taler mot det, stiller krav til leger om at de må være særlig på vakt når de utleverer journalopplysninger. Samtidig mener Rådet at pårørende kan ha legitime behov for innsyn. Det vil også være grunner til å anta at avdøde ville ha ønsket at nærmeste pårørende skulle ha denne retten. Det kan for eksempel dreie seg om innsyn i helse spørsmål som er av betydning for familien eller mistanke om feilbehandling. Rådet mener videre at Pasientrettighetsloven § 5.1 og Helsepersonelloven § 24 er tydelige på legens forpliktelse til å påse at det

ikke utleveres opplysninger som kan være i strid med avdødes antatte vilje, for eksempel heter det i Helsepersonelloven at "I vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørendes interesser".

Med hensyn til mulighet for å hindre at opplysninger som antas å være i strid med avdødes antatte vilje, blir utlevert, vil Rådet påpeke at det er mulig å utlevere en redigert journal.

Rådet vil derfor opprettholde sine tidligere vedtak.

Det var igjen innsendt ytterligere spørsmål til Rådet for legeetikk vedrørende Pasientrettighetsloven og innsyn i legejournal etter død.

Rådet **vedtok** å besvare den siste henvendelsen slik:

Rådet fastholder de standpunkt og vurderinger som er gjort i tidligere vedtak og mener også at disse har gitt deg Rådets syn på de spørsmål som du har reist. Vi vil allikevel gjøre et siste forsøk på å klarlegge Rådets oppfatning ut fra punktene 1-3 i ditt siste brev.

1. Rådet er av den oppfatning at sensitive opplysninger som gis av en pasient bare behøver å tas inn i journalen dersom den er relevant for den behandling/vurdering som legen gjør i forhold til pasienten. Det kan også gjøres journalnotat om at en opplysning ikke skal kunne utleveres etter pasientens død til en angitt person eller gruppe av personer. Dette vil selvfølgelig veie tungt når den lege som skal vurdere utlevering av hele eller deler av journalen, også skal foreta den avveining som loven forutsetter.
2. Rådet er enig i at det er Helsetilsynet som konkret skal undersøke om feilbehandling har funnet sted, men det kan ikke være tvilsomt at for eksempel pårørende kan ha legitimt behov for å få innsyn i journal for å kunne vurdere om det skal fremsettes klage om feilbehandling.
3. Rådet mener ikke at selve journalen skal redigeres ved retting eller sletting. Det er imidlertid fullt mulig å redigere utskrift av journal eller å utlevere sladdet kopi. Legeforeningen har for eksempel i gjentatte uttalelser om utlevering av journalopplysninger til forsikringsselskap etc, motsatt seg at forsikringsselskapene krever og får utlevert uredigert journalutskrift, f.eks. ved tegning av forsikring.

Oppsummert kan det konkluderes med at Rådet for legeetikk ikke har den oppfatning at pasientrettighetslovens § 5-1 bør endres. Rådet har heller ingen grunn til å anta at Legeforeningens sentralstyre har en annen oppfatning, men saken er ikke fremlagt for behandling i dette forum.

### **1.1.2. Opplysning om presymptomatisk gentest ved søknad om helseforsikring til forsikringsselskap - 08/4723**

Rådet hadde fra en gruppe medlemmer fått forespørsel om Rådets syn på å gi opplysninger om presymptomatiske gentester ved søknad om helseforsikring. Rådet vedtok å tilskrive Helsedirektoratet og Bioteknologinemnda slik:

#### **Opplysning om presymptomatisk gentest ved søknad om helseforsikring til forsikringsselskap**

Rådet for legeetikk har mottatt en forespørsel fra et universitetssykehus om resultat av presymptomatisk gentest skal oppgis når den som søker et forsikringsselskap om helseforsikring, har fått en forebyggende medikamentell behandling for tilstanden. Universitetssykehuset viser i denne sammenhengen til en diskusjon mellom sykehuset og rådgivende leger for et forsikringsselskap med utgangspunkt i en konkret sak. Legene ved sykehuset er i tvil om hva som er korrekt mens de rådgivende legene mener at all den tid forsikringssøker står på en medikamentell behandling, må denne og begrunnelsen for den oppgis.

Den konkrete saken belyser problemstillingen: Som ledd i en familieundersøkelse er det ved gentest påvist at en forsikringssøker har en arvelig disposisjon for akutt hjertearytmi som kan medføre plutselig død. Risikoen er svært liten, men vedkommende får etter råd fra sykehuset, forebyggende behandling med en betablokker.

I egenerklæringer fra forsikringsselskapene blir forsikringssøkere bedt om å oppgi hvilke medisiner han/hun bruker og begrunnelsen for det. Samtidig sier Bioteknologiloven at forsikringsselskaper ikke har lov til å spørre om presymptomatiske gentester. I denne situasjonen foreligger bl.a. disse mulighetene:

- Forsikringssøker kan, etter råd fra sin lege, la være å oppgi at han/hun bruker et medikament siden dette er forskrevet ut fra en gentest og ikke pga symptomer, EKG-forandringer eller annen aktuell utredning. Forsikringsselskapets rådgivende leger mener at dette vil være å underslå informasjon som forsikringstaker er pliktig til å oppgi. De hevder at alle medikamenter må oppgis og at det er opp til forsikringsselskapet å innhente opplysning om betydningen av tilstanden fra forsikringssøkers lege.
- Vedkommende kan oppgi at han/hun bruker medikamentet, men spesifisere at grunnlaget er en presymptomatisk gentest.
- Det kanskje korrekte vil være at forsikringssøker oppgir det faktiske forholdet, at legen skriver begrunnelsen – at dette gjelder behandling på grunnlaget av en gentest - og at forsikringsselskapet da, iflg. en eventuell presisjon i Bioteknologiloven, ikke gis anledning til å legge vekt på dette overfor forsikringssøker.

Presymptomatiske undersøkelser som fører til forebyggende behandling, oppgis i dag ved en rekke tilstander når en person søker om helseforsikring, for eksempel høyt blodkolesterol og høyt blodtrykk som ikke gir symptomer, men fører til forebyggende behandling. Slik Rådet forstår det er gentester i en særstilling iflg. Bioteknologiloven selv om den kliniske konsekvensen er den samme om forebygging er basert på gentest eller for eksempel biokjemisk undersøkelser – begge sier bare noe om risiko for sykdom. Ved enkelte sykdommer vil en positiv gentest bety en mye større risiko for sykdom enn vanlige kliniske og biokjemiske undersøkelser, for eksempel vil en positiv gentest for Huntingtons Chorea med 100 % sikkerhet vise at personen får sykdommen.

Rådet for legeetikk antar at dette er en problemstilling som i økende grad vil bli aktuell og ber om en vurdering av de juridiske sidene før Rådet gjør en selvstendig vurdering av forholdet.

Saken er ikke ferdigbehandlet siden det foreløpig ikke foreligger svar fra Helsedirektoratet.

### **1.1.3. Anmodning om å trekke tilbake Rådets uttalelse om leger og ytringsfrihet i homofilspørsmål - 09/856**

Rådet for legeetikk hadde mottatt anmodning om å trekke tilbake uttalelse fra Rådet om leger og ytringsfrihet i homofilspørsmål slik denne kom til uttrykk i en artikkel i Tidsskriftet som var skrevet av rådets medlem, Karsten Hytten og som var basert på vedtak i Rådet for legeetikk.

Klager hevder i sin anmodning at homofili er en biologisk funksjonshemming og at dette syn har overveldende tilslutning i det fagmedisinske miljøet i Norge. Etter klagers oppfatning er det ikke avgjørende om hemningen kan diagnosesettes.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet anerkjenner enhver leges rett til å ha sin oppfatning av homofili og gi uttrykk for den. Men når homofili er fjernet fra ethvert diagnosesystem, vil det være i strid med Ethiske regler for leger å uttale offentlig at homofili fortsatt er en diagnose. Rådet kan heller ikke se at hverken helsevesen, de homofile selv eller samfunnet vårt er tjent med å operere med homofili som en biologisk *funksjonshemming*. Rådet kjenner heller ikke til noen dokumentasjon for at en slik oppfatning har ”en overveldende tilslutning i det medisinske fagmiljøet i Norge”. På denne bakgrunn finner Rådet ikke grunnlag for å endre den uttalelsen Rådet har gitt og siden publisert i Tidsskriftet.

### **1.1.4. utfordringer ved livets slutt – påvirkning fra pårørende - 09/1377**

En overlege knyttet til et palliativt team hadde anmodet Rådet om å vurdere en sykehistorie. Anmodningen er skrevet med fokus på to forhold:

- a) å formidle en vanskelig situasjon i forhold til omsorg og behandling ved avslutning av livet, der det fokuseres på hvordan ”fotfolk i felten” opplevde det vanskelig å fatte gode beslutninger.
- b) å be Rådet for legeetikk diskutere saken og kommer med innspill som kan bidra til å ”utvide vår etiske bevissthet”.

Sykehistorien omhandler en døende pasient som etter som sykdommen skred frem, endret seg fra å være samtykkekompetent til å mangle samtykkekompetanse. Hun var skeptisk til skolemedisinen. Det samme gjaldt pasientens venninne, som også er tidligere praktiserende lege. Pasientens nærmeste pårørende var datteren, som kom hjem fra utlandet for å være hos moren den siste tida.

I samtykkekompetent tilstand aksepterte pasienten fentanylplaster som smertelindring. Dette vurderte pleiepersonell i hjemmet som nyttig for pasienten. Imidlertid skjedde det at pasientens venninne motsatte seg behandling med fentanylplaster da pasienten ikke lenger var samtykkekompetent, og det tilkom ubehagelige situasjoner der venninnen fjernet plasteret, hvorpå pasienten ble vurdert som klart smertepåvirket. Datteren ønsket at moren skulle kontinuere behandlingen, men orket ikke konfrontasjon med mors venninne.

Det beskrives at pasienten på grunn av situasjonen ikke fikk optimal smertelindring i den terminale fasen fordi pasientens venninne saboterte behandlingen. Dette var i sin tur en ekstra belastning for pasientens datter som var nærmeste pårørende. Pasienten ønsket, og fikk, dø i sitt hjem.

### Rådets vurdering

Rådet vil innledningsvis berømme overlegen for å ha tatt opp saken med Rådet for legeetikk. Denne pasienthistorien viser hvor mange hensyn som spiller inn og hvor vanskelig det kan være å finne gode løsninger i en situasjon der det er grunnleggende uenighet om hva som er til pasientens beste. Imidlertid har vi som helsepersonell, en plikt til å handle i forhold til det vi anser å være i *pasientens* beste interesse når pasienten ikke lenger er i stand til å ta vare på egne interesser. I denne vurderingen må vi ta hensyn til hva de som kjenner pasienten best, mener ville være pasientens ønsker, men i siste instans har helsepersonell et selvstendig ansvar for å ta beslutninger som er forsvarlige, og som vurderes å være i pasientens beste interesse.

Rådet oppfatter hovedelementene i saken slik:

- Pasienten var samtykkekompetent da det ble behov for smertelindring, og hun samtykket til at det ble startet med fentanylplaster. Rådet oppfatter dette slik at det var pasientens uttrykte ønske, om enn muligens stilltiende, at hun ønsket smertebehandling senere.
- Datteren mente at behandlingen skulle kontinueres da pasientens tilstand ble forverret, og hun ikke lenger ble ansett som samtykkekompetent. Datteren var nærmeste pårørende og Rådet mener derfor at hun var den som burde ha størst innflytelse på beslutninger på vegne av pasienten.
- Pasientens venninne fjernet fentanylplasteret og bidro med dette, både til å forverre situasjonen for pasienten og til å gjøre situasjonen vanskelig for datteren.

I en hver sak med karakter som denne, må en ha pasientens beste i fokus. Kap 1, §§ 1 og 2 i Etiske regler for leger gjør klart at ”en lege skal verne menneskets helse. En lege skal helbrede, lindre og trøste...., Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter... ”; og ”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.”.

I den aktuelle situasjon ville det være umulig å unngå konflikt. Det synes dokumentert at pasienten hadde god nytte av fentanylplaster, og at hun helt klart ble smertepåvirket når det ble fjernet. Rådet innser at en

sterkere konfrontasjon med venninnen kunne ha skapt en situasjon som, totalt sett, kunne vært verre for pasienten, i alle fall så lenge pasienten selv kunne oppfatte situasjonen, både ved at en god venninne kanskje trakk seg vekk fra en omsorgssituasjon som pasienten opplevde som viktig, og ved at det ble skapt en vond stemning i hjemmet. Allikevel er det noen ganger legens plikt å være tydelig og stille krav i vanskelige situasjoner når dette klart er til beste for pasienten og i tråd med hva pasienten direkte eller indirekte har gitt uttrykk for tidligere. I denne situasjonen må det faktum at pasienten ønsket smertebehandling også da smertene var svakere enn senere i sykdommen, være det førende prinsippet. På ett eller annet stadium burde behandlingsteamet vært mer bestemt på plikten til å gi behandling og sørget for å alliere seg med datteren i den beslutningen. Det var ikke rimelig å overlate til datteren å velge mellom å følge rådene fra venninnen og behandlingsteamet. For datteren ville det sannsynligvis ha lettet situasjonen å se at moren hadde det bedre i sin siste fase av livet.

Dette betyr at Rådet ville ha gitt overlegen full støtte dersom hun hadde gått aktivt inn for å forhindre at venninnen fjernet fentanylplasteret. Det ville nok ha skapt en konflikt mellom venninnen på den ene siden, og legen og datteren på den andre siden, men det er etter Rådets oppfatning en kostnad en måtte tatt i den gitte situasjonen.

### 1.1.5. Synspunkter på legers opptreden i forhold til personer med psykisk lidelse - 09/1863

En pasient hadde innsendt spørsmål om legers opptreden i forhold til personer med psykisk lidelse.

Rådet **vedtok** å tilskrive innsender slik:

Takk for brev der du tar opp viktige spørsmål om hvordan leger og annet helsepersonell kan bidra til å beskytte mennesker som utsettes for fysisk eller psykisk vold i nære relasjoner.

Helsepersonell er opptatt av dette spørsmålet, men opplever det også som svært komplisert, blant annet på grunn av lovverket. Ofte er det også for helsepersonell vanskelig å avdekke at for eksempel barn lider overlast. Når helsepersonell oppdager alvorlig omsorgssvikt overfor barn, har de, som andre samfunnsborgere, en lovbestemt plikt til å varsle barnevernet.

Etiske regler for leger er klare på dette punktet. Der heter det blant annet at leger skal verne om menneskers helse, ivareta den enkelte pasients interesse og integritet og bygge sin gjerning på grunnleggende menneskerettigheter. Disse prinsippene og det å ta tak i overgrepssituasjoner, særlig overfor barn og kvinner, er det fokus på i undervisningen av legestudenter og leger. Du har rett i at det alltid vil være et forbedringspotensial, men statistikken fra barnevernet tyder likevel på at vi er blitt bedre til å melde fra. Rådet for legeetikk har merket seg dine synspunkter som understreker betydningen av å ha fokus på dette alvorlige problemet.

### 1.1.6 Meningsytring om aktiv dødshjelp - 09/2852

Et par hadde tilskrevet Den norske legeforening med synspunkter på avslutning av behandling i livets siste fase og med kritikk av leger for å gi aktiv dødshjelp, blant annet ved ikke å gi tilførsel av næring.

Rådet **vedtok** å besvare henvendelsen slik:

”Takk for brev til Den norske legeforening av 4.6. 2009. Rådet for legeetikk har diskutert synspunktene dere gir uttrykk for og vil gjerne komme med noen betraktninger.

Dere mener at det skjer aktiv dødshjelp ved norske sykehus, men verken Legeforeningen, Sykepleierforbundet eller helsemyndighetene definerer aktiv dødshjelp slik dere beskriver det. Aktiv dødshjelp betyr å gi et medikament for å ta livet av et menneske – vanligvis ved hjelp av en sprøyte. Dette er tillatt i noen land (under spesielle forutsetninger), men ikke i Norge. Å stanse *kunstig* og nytteløs livsforlengende behandling, som for eksempel respiratorbehandling eller kunstig ernæring, kalles ofte ”passiv dødshjelp”. Både nasjonalt og internasjonalt er det full enighet om at det er riktig å avslutte kunstig



oppretholdelse av livet på denne måten i livets slutfase når fortsatt medisinsk behandling er nytteløs. I Legeforeningens etiske regler heter det blant annet: ”Aktiv dødshjelp, dvs tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp”.

Dere beskriver en situasjon der en eldre nabo bringes til sykehus og får hjertestans i akuttmottaket. Forsøk på gjenoppliving startes, men avsluttes etter kort tid. Gjenopplivingsforsøket kan kanskje betegnes som en form for kunstig livsforlengende behandling, men Rådet legger til grunn at den ble avsluttet fordi den ble ansett som nytteløs i den konkrete situasjon. Slik avslutning kan etter Rådets mening ikke kalles aktiv dødshjelp.

Et bredt sammensatt utvalg har nettopp skrevet en nasjonal veileder til hjelp for helsepersonell og andre i slike spørsmål. Den finner dere på Helsedirektoratets nettside under ”Veiledere” ([www.shdir.no](http://www.shdir.no) – søk der på IS-1691). Veilederen ble den 29.6. 2009 redegjort for i en kronikk i Dagbladet med Trond Markestad som første forfatter. Kronikken finner dere på Dagbladets nettside.”

### **1.1.7. Grensene for bedriftslegetjenestens taushetsplikt i arbeidsmiljøsak - 09/2244**

En bedriftslege hadde stilt noen konkrete spørsmål om taushetsplikt for lege i bedriftshelsetjeneste. Saksforholdet knytter seg til en arbeidsmiljøsak hvor en bedrift er anmeldt av en ansatt/fastlege til arbeidstilsynet. Ledelsen har ønsket å forsvare seg og har bedt bedriftshelsetjenesten om opplysninger om omfanget av bistanden til klager.

Rådet **vedtok** å uttale følgende:

Rådets utgangspunkt er at en leges lovbestemte taushetsplikt ikke er annerledes i bedriftshelsetjenesten enn i annen legevirksomhet når legen er involvert i direkte behandling av en person. Rådet har i tillegg til lovbestemmelsene i helsepersonelloven om taushetsplikt, også vurdert saken i forhold til Etiske regler for leger, kap I, § 4.

Til de konkrete spørsmål som er stilt, mener Rådet at ledelsen ikke kan gis opplysninger om hvor mye tid bedriftshelsetjenesten har brukt på en av de ansatte. Det samme må gjelde for spørsmålet om opplysninger om omfanget av terapi som er utført av en organisasjonskonsulent, selv om dennes øvrige virksomhet er vel dokumentert. Den ansatte kan eventuelt samtykke i utlevering av slike opplysninger, men må i motsatt fall ha krav på at taushetsplikten gjelder fullt ut.

### **1.1.8. Anmodning om vurdering av NAVs praksis med hensyn til utlevering av journalopplysninger - 09/2588**

En lege hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere NAVs praksis om å kreve å få utlevert pasientjournaler uten å innhente pasientenes samtykke i forbindelse med kontroll av helsepersonells virksomhet. Han viser til en konkret sak der pasienter gjennom advokat har påklaget at NAV har pålagt lege å utlevere journalopplysninger om dem. Henvendelsen var også sendt til Allmennlegeforeningen og Norsk forening for trygdemedisin.

Sammen med henvendelsen har legen lagt ved en uttalelse fra Sivilombudsmannen i den aktuelle saken. I Sivilombudsmannens redegjørelse fremgår det at NAV har fått medhold av Arbeids- og velferdsdirektoratet i sin tokning av lovverket fordi journalene er innhentet i forhold til kontroll av legens virksomhet og ikke i forhold til stønadssaker for pasientene. Sivilombudsmannen er uenig med direktoratet og mener at pålegg om utlevering av journalene må anses som enkeltvedtak i forhold til pasientene som opplysningene omhandler. For enkeltvedtak gjelder visse juridiske bestemmelser, bl.a. krav om samtykke. Han viser til at det er viktig at pasientens rettsstilling i slike saker blir ivaretatt på en formålstjenelig og effektiv måte og ber om at Arbeids- og velferdsdirektoratet sørger for at klagen fra de aktuelle pasientene blir vurdert på nytt og at direktoratet sørger for at praksis på området innrettes etter det syn Sivilombudsmannen har gitt uttrykk for.

Legen peker på tre prinsipielle forhold som bør drøftes i juridisk, medisinsk faglig og legeetisk perspektiv:

1. Skal legene utlevere journalopplysninger når pålegget er basert på en lovstridig forvaltningspraksis?
2. Skal rådgivende leger i NAV/HELFO avgi uttalelser i saker hvor saksframlegget er basert på en lovstridig forvaltningspraksis?
3. Hvilke konsekvenser får det for gyldigheten av vedtak i NAV/HELFO når vedtakene er basert på lovstridig forvaltningspraksis?

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk deler innsenderens bekymring over at mange instanser krever å få innsyn i sensitive pasientopplysninger. Dette kan utthule taushetsplikten og Rådet minner om Etske regler for leger, kapittel I, § 4 som bl.a. sier at "Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov". Grensene for hva leger kan utlevere av opplysninger uten pasienters samtykke i forhold til lovverket kan være særlig vanskelige å avgjøre.

Samtidig innser Rådet at NAV har et legitimt behov og en lovbestemt rett til å innhente informasjon for bl.a. å kontrollere legers kontakt med pasienter og takstbruk. Rådet vil anta at dette vanligvis kan skje uten at det er behov for innsyn i pasientjournalene, men kan heller ikke utelukke at det i enkelte situasjoner kan være nødvendig med mer detaljert informasjon.

I forhold til innsenders tre spørsmål mener Rådet at en lege ikke kan utlevere journalopplysninger dersom dette er lovstridig. Det springende punktet er hva som er en lovmessig rett fra NAVs side. Ut fra Sivilombudsmannens redegjørelse synes dette å være et uavklart og vanskelig juridisk spørsmål, og Rådet kan ikke vurdere saken ut fra de opplysningene som foreligger. Ut fra Sivilombudsmannens redegjørelse forstår Rådet at saken er sendt tilbake til Arbeids- og velferdsdirektoratet for en nærmere prinsipiell avklaring. Rådet imøteser en nærmere utredning av de juridiske og praktiske sidene av spørsmålet og vil eventuelt kunne kommentere forslag til en praksis som på best mulig måte ivaretar pasientenes rettsikkerhet.

### 1.1.9. Spørsmål om legers medvirkning ved promotering av alkohol - 09/1961

En lege hadde bedt Rådet for legeetikk om råd i forhold til at han i tillegg til sin legevirksomhet er deleier i et lokalt bryggeri og engasjert i undervisning om øltradisjoner som også har en markedsføringsverdi for bryggeriet. Rådet har fått oversendt korrespondanse om saken mellom legen og juridisk avdeling i Legeforeningen som ikke har noen juridiske innsigelser.

Den aktuelle saken er at byen har en høyskole med mange studenter, og bryggeriet ønsker å arrangere kurs i ølbrygging for studentene. Meningen er å kombinere et slikt kurs med undervisning om "kortreist mat og drikke" og norske tradisjoner rundt øl. Legen er meget interessert i ølbrygging og ølkultur, og blant interessentene har han mest kunnskap om temaet. Bryggeriet ønsker derfor at han skal lede kurset og snakke om øl- og bryggetradisjoner i Norge. Kurset skal også handle om risiko forbundet med bruk av alkohol, særlig blant unge mennesker. Et av poengene legen trekker fram, er at mange ildsjeler legger ned et betydelig arbeide i sin fritid for å få det lokale bryggeriet til å gå rundt og at han derfor ønsker å bidra. Han legger ikke skjul på at det også er et markedsføringsaspekt ved å arrangere kurset. Legen spør om det er i strid med hans rolle som lege å delta i og lede et slikt kurs. Han vil ikke opptre som lege, men han er vel kjent i byen slik at hans yrke ikke vil være en hemmelighet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil gi honnør til legen for å reflektere så nøye rundt sin rolle i denne situasjonen. Slik legen beskriver kurset og sin rolle i forhold til det, mener Rådet at hans engasjement er akseptabel i forhold til yrket som lege og ikke i strid med Etske regler for leger. Legen vil allikevel måtte være forberedt på at noen vil kunne gi offentlig uttrykk for at et slikt engasjement ikke passer seg for en lege, særlig fordi kurset henvender seg til relativt unge mennesker og med nokså åpen invitasjon. Dette bør legen være oppmerksom på i planleggingen og gjennomføringen av kurset.

### **1.1.10. Anmodning om veiledning i spørsmål om bistand til pasienter ved seksuell selvtilfredsstillelse - 09/3355**

En lege hadde forespurt Rådet om de etiske problemstillinger som reises når hjelpepersonell opplever press for å medvirke til seksuell selvtilfredsstillelse for pasienter eller klienter.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet kan ikke uttale seg konkret til den fremlagte problemstilling siden den ikke impliserer handlinger eller beslutninger utført av leger. Dersom så var tilfelle vil Rådet hevde at leger ikke kan tvinges til å medvirke i slike situasjoner og at det vil være i strid med Ethiske regler for leger å pålegge slik medvirkning for kollegaer, jf kap II, § 1: *"En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem."* Selv om det ikke vil være direkte i strid med Ethiske regler for leger selv å medvirke til selvtilfredsstillelse, vil Rådet ikke anbefale at leger medvirker til dette.

Rådet vil i tillegg uttale at det setter pris på at problemstillingen er reist selv om den i dette tilfelle ikke eksplisitt omfatter leger.

### **1.1.11. Spørsmål om immunologisk kastrering - etiske og dyrevelferdsmessige sider - 09/3462**

Rådet for dyreetikk hadde tilskrevet Rådet for legeetikk med forespørsel om det foreligger informasjon om immunologisk kastrering hos mennesker.

Problemstillingen er at det er aktuelt å ta i bruk vaksine som består av syntetisk fremstilt GnRF, for å oppnå samme effekt som kirurgisk kastrering av råne for å hindre ranelukt av flesket. Vaksinen fører til dannelse av antistoff mot grisens GnRF (gonadotropin releasing factor) og dermed nedsatt eller opphevet produksjon av kjønnshormoner i testiklene. Rådet for dyreetikk spør om det foreligger erfaring for denne typen behandling hos mennesker og om den i så fall medfører ubehag eller smerter.

Rådet har innhentet informasjon fra medisinsk-faglig ekspertise. I humanmedisinen brukes samme behandling ved noen kreftformer, særlig prostatacancer. Behandlingen fører gjerne til et visst ubehag ved at testosteronnivået blir lavt, særlig nedsatt seksuallyst, slapphet, tendens til å øke i vekt og mulig psykiske følger av det. Behandlingen medfører imidlertid ikke smerte eller annet fysisk ubehag.

## **1.2 Pasienters klager på leger**

### **1.2.1. Klage på lege i en nabokonflikt - 08/5143**

Det forelå klage fra en nabo på en psykiater for det hun opplever som sjikanerende uttalelser i et brev psykiateren har sendt til klager og hennes mann og med kopi til hennes svigerforeldre. Hun klager også på et brev psykiateren har sendt til hennes arbeidsgiver.

Klager og innklagete er naboer i et grisgrendt strøk. Over tid har det vært et vanskelig naboskap med konfrontasjoner og ukvemsord dem i mellom. Innklaget lege har tilskrevet klager og hennes mann hvor innklagete tar opp det vanskelige naboforholdet. Det beskrives vanskelige episoder som har skjedd. I dette brevet sammenlikner innklagete klager med sine pasienter, bl.a. at klager har blikk *"som jeg kun kjenner igjen hos alvorlig syke pasienter"* og at klager er *"i psykisk ubalanse"* og at klagers *"lidelse er mer alvorlig enn hos de fleste av mine pasienter"*.

I sine tilsvarende svar skriver innklagete at uttalelsene om klager har med et dårlig naboforhold å gjøre og at de ikke har med utøvelse av hans profesjon som lege og psykiater å gjøre.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vurderer at brevet fra legen til klager ikke er en legeerklæring i klassisk forstand, jf kap IV, § 1 i Ethiske regler for leger: *"En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand. Legeerklæringer omfatter f.eks. utfylte skjemaer til trykdemyndighetene, attester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer"*. Imidlertid kommer innklagete med klare uttalelser om klagers psykiske helse, sammenlikner henne med egne pasienter, tilbyr hennes behandling ved egen klinikk, omtaler henne som gal. Disse uttalelsene vurderes av Rådet som basert på innklagetes faglige kompetanse og er å regne som diagnostisering av en nabo som ikke er pasient hos innklagete psykiater og som heller ikke har bedt om hjelp. Psykiaterens ytringer er vurdert i forhold til Ethiske regler for leger, kap I, § 1: *"En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn"*. Etter Rådets mening bruker psykiateren i denne saken sin kompetanse på en utilbørlig måte i en opphetet konfliktsituasjon. Det vurderes som i strid med legeetikken å diagnostisere en person som ikke er i et profesjonelt forhold til legen og bruke denne diagnostiseringen i en nabokonflikt. Rådet vurderer at legen med sine uttalelser har brutt § 1 i kapittel I i Ethiske regler for leger og gir legen kritikk.

Når det gjelder brevet som innklaget psykiater har sendt til klagers arbeidsgiver, finner Rådet ikke at innklagete her har brukt sin profesjon til å komme med uttalelser om klager. Rådet mener derfor at innholdet i dette brevet ikke rammes av Ethiske regler for leger.

### **1.2.2. Klage på lege i forbindelse med arbeidsmiljøundersøkelse - 09/258**

En lege i en bedriftshelsetjeneste var av en fagforening innklaget til Rådet for legeetikk for brudd på Ethiske regler for leger fordi han hadde påført lokal klubbleder en stor belastning gjennom måten en arbeidsmiljøundersøkelse ble utført på. I klagen vises det til Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1 og 4.

Saken er denne: Innklagete lege er bedriftslege ved bedriften. På grunn av økende arbeidsmiljøproblemer i administrasjonsavdelingen ble bedriftshelsetjenesten bedt om å vurdere det psykososiale arbeidsmiljøet. I utgangspunktet var det signalisert at det var klubblederens angivelig uakseptable atferd overfor avdelingens ansatte som var årsaken til dette, og at hans oppførsel førte til helseplager hos andre ansatte.

Innklagete lege satte da i verk en arbeidsmiljøundersøkelse blant de ansatte i administrasjonen. De fikk utdelt et spørreskjema der de ble bedt om å angi sin oppfatning av klubblederens atferd på en skala fra 1 til 10 der *"tallet 1 indikerer at klubblederens atferd virker ødeleggende på det psykososiale arbeidsmiljøet i avdelingen. Den er derved en trussel også mot arbeidsplassene. Atferden er uakseptabel"* og *"tallet 10 indikerer at klubblederens atferd er helt OK, og at han bare gjør jobben sin"*. Gjennomsnittlig tallmarkering ble svært lav. I tillegg ble hver enkelt ansatt i avdelingen intervjuet om det samme, og i rapporten til bedriftsledelsen er typiske utsagn om klubblederens atferd og helsemessig konsekvenser av denne gjengitt anonymt. I rapporten heter det videre at *"Bedriftshelsetjenesten har hatt lite kontakt med klubblederen. Vurderinger og konklusjon bygger derfor på innhentede informasjonen fra undersøkelsen"*. Det er ikke oppgitt noe om klubblederens syn på konflikten, og rapporten ender med en skarp kritikk av klubblederens atferd og at *"...det psykososiale arbeidsmiljøet i administrasjonsavdelingen er helsefarlig, i all hovedsak grunnet klubblederens atferd og følgene derav"*.

I rapporten skriver innklagete at han på forhånd hadde sendt spørreskjemaet til klubblederen og vært i telefonisk kontakt med ham dagen før undersøkelsen. Klubblederen ble da orientert om hva som skulle skje, samtidig som han fikk anledning til å framlegge sin versjon av samarbeidsproblemene. Fra vedlagt kopi av elektronisk post fremgår det at klubblederen fikk skjemaet tilsendt til orientering kl. 16.49 dagen før undersøkelsen, og han ble da også bedt om å ta kontakt med innklagete pr telefon samme dag.

Klager hevder at innklagete lege har latt seg bruke av bedriften for å bli kvitt en dyktig tillitsvalgt, at omtalen av klubblederen er ærekrenkende og straffbar, at den har ført til mobbing, utfrysing og sykemelding og til at klubblederen ga seg som tillitsvalgt. Klager hevder videre at spørreskjemaet ikke er nøytralt, men ledende i sin utforming og representerer en trakassering av klubblederen, og at det var kritikkverdige at klubblederens oppfatning av konflikten, slik han fremstilte den kvelden før undersøkelsen, ikke ble nevnt i rapporten og at

han heller ikke fikk anledning til å delta i undersøkelsen.

Av Rådet ble innklagete også bedt om å kommentere sin habilitet all den tid det er opplyst at klager har hatt mange kontakter med bedriftslege p.g.a. yrkesskade.

Med hensyn til habilitet opplyser innklagete lege at det er kolleger av ham som har hatt kontakt med klager i forbindelse med yrkesskaden bortsett fra en enkel kontakt mange år tilbake. Han mener videre at spørreskjemaet var nøytralt utformet og at det var korrekt å ikke inkludere klubbløderer i undersøkelsen all den tid han ikke var en del av administrasjonsavdelingen. Innklagete påpeker videre at han forsøkte å behandle klubbløderer med omsorg og respekt og at han tilbød seg å megle mellom ham og bedriftsledelsen, men at klubbløderer selv valgte å ikke benytte seg av det.

Av klager er innklagete meldt til helsetilsynet for uforsvarlig utførelse av undersøkelsen, men helsetilsynet avviste klagen fordi det ikke dreide seg om pasientbehandling og derfor ikke var omfattet av helsepersonelloven.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det synes åpenbart at det forelå en alvorlig og helseskadelig konflikt mellom ansatte i administrasjonsavdelingen og klubbløderer og at det derfor var riktig av bedriften å engasjere bedriftshelsetjenesten til å analysere og bidra til å løse konflikten. Rådet kan heller ikke se at innklagete lege burde ha avstått fra dette ut fra habilitetshensyn.

Legers forpliktelser i følge Etske regler for leger er mer omfattende enn de lovpålagte. Rådet mener derfor at utførelsen av arbeidsmiljøundersøkelsen omfattes av disse etikkreglene all den tid innklagete var bedriftslege. Rådet mener videre at utførelsen av arbeidsmiljøundersøkelsen og rapporten fra denne ikke var nøytral og ikke ivaretok hensynet til klubbløderer. Klubbløderer fikk for kort tid til å bli kjent med og kommentere undersøkelsen i forkant, spørreskjemaets utforming var ikke nøytralt i sin form og klubbløderer fikk ikke samme mulighet til å uttale seg som de ansatte i avdelingen. Rapporten til bedriftsledelsen inneholder heller ingen opplysninger om klubbløderers syn på årsaker, konsekvenser og mulige løsninger på konflikten, og konkluderer med en ensidig og alvorlig kritikk av klubbløderer. Rådet har stor forståelse for at klager føler seg trakassert og gir ham medhold i at innklagete lege ikke har vist ham nødvendig respekt, omsorg og rettferdighet. Etter Rådets mening har innklagete lege dermed opptrådt i strid med Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2. Rådet vil derfor uttale kritikk overfor legen.

### **1.2.3. Klage over leges medvirkning ved tvangstiltak mot pasient - 08/4662**

En lege var innklaget til Rådet for hans rolle i forbindelse med iverksettelse av tvangstiltak overfor klager. Klager mener at innklagedes opptreden var ”grovt brudd på etiske leger og andre relevante helselover”.

Første gang Rådet behandlet henvendelsen ble det vedtatt ikke å behandle saken med henvisning til at saken også var under behandling av Helsetilsynet.

Klager rettet en ny henvendelse til Rådet og vedla uttalelsen fra helsetilsynet hvor det konkluderes med at innklagede lege har opptrådt i strid med faglig forsvarlighet, men at saken etter en samlet vurdering kan avsluttes med dette.

Rådet behandlet saken på nytt og vedtok å innlede klagebehandling etter Etske regler for leger.

Saken er som følger:

Legen har tidligere gått i samme skoleklasse som klager. I følge klager var de tidligere nære venner. Legen har aldri vært lege for klager. Det fremgikk at legen før innleggelse av klager i sykehus har hatt flere telefonsamtaler med kona til klager. I telefonsamtalene har det kommet fram stor bekymring for klagers psykiske helse (han har tidligere fått diagnosen bipolar lidelse). Av innklagete leges innleggelsesskriv

fremgår det bekymring bl.a. i forhold til beruselse samt truende og irrasjonell atferd og lite selvkontroll. Videre fremgår det at familien har forsøkt å motivere klager for å søke hjelp, uten å lykkes. Når innklaget lege drar i hjemmebesøk til klager, finner han klager sovende og lar være å vekke ham ("*.. utrygg på hva som ville hende hvis han skulle bli voldsom slik som tidligere samme døgn*"). Legen kontakter deretter legevakten som ikke kan komme, samt sykehuset. Han velger å utferdige innleggelsespapirer til tvungen observasjon. Klager blir senere samme dag hentet i sitt hjem av to uniformerte politifolk og brakt til sykehuset. Politifolkene oppgir, i følge klagers anmeldelsesskriv til fylkeslegen, ikke hvem som hadde rekvirert dem. Videre heter det i klagers anmeldelse til fylkeslegen: "*Ved ankomst X sykehus ble det kun opplyst at "innbringelsen" var iht. Lov om psykisk helsevern, paragraf 3.2 På tross av gjentatte forespørsler fikk jeg ikke vite hvem som hadde initiert innbringelsen eller hvorfor..... inntil jeg fikk telefonisk kontakt med Kontrollkommisjonen...*" Ved sykehuset ble det gjort vedtak om tvungen observasjon ved døgnopphold. Vedtak om opphør av tvungen psykisk helsevern/tvungen observasjon ble fattet tre dagers senere.

Det ble fremsatt klage på innleggelsen til kontrollkommisjonen ved sykehuset som vedtok følgende: "*Kontrollkommisjonen finner det godt gjort at dr A ikke har foretatt en personlig undersøkelse av B før han skrev sin legeerklæring. B hevder at han ikke traff legen den aktuelle dagen. A selv har forklart at pasienten lå og sov, og at han tittet inn til ham. Forøvrig hadde han snakket med Bs kone. Slik kontrollkommisjonen vurderer det, er dette ikke en personlig undersøkelse.*" "*Kontrollkommisjonen konstaterer at den manglende personlige undersøkelsen er en grov saksbehandlingsfeil som fører til at vedtaket om etablering av tvungen observasjon av B er ugyldig*".

Helsetilsynet i Y hadde behandlet saken som tilsynssak mot dr A. Helsetilsynets konklusjon i brev til dr A var: "*Helsetilsynet i Y finner under henvisning til det overstående at din behandling av pasienten var i strid med faglig forsvarlighet, jfr. Helsepersonelloven § 4. Helsetilsynet i Y legger til grunn at X sykehus fattet vedtak i strid med psykisk helsevernlov § 3-2 ved å underlegge pasienten tvungen observasjon*".

I uttalelse fra dr A gir han uttrykk for en svært vanskelig familiesituasjon og opplevelse av stor grad av trussel under hjemmebesøket: "*Jeg vurderte å trekke meg ut med kone og datter. De ba meg innstendig om å finne hjelp for B hvis jeg hadde muligheten til dette. Jeg var redd for konsekvensen ved å vekke B uten andre personer tilstede da det eksisterte et trusselbilde. Det var det ikke mulighet for*". I legens redegjørelse heter det videre: "*Jeg innser i ettertid at jeg skulle henvist familien til fortsatte forsøk på å tilkalle hjelp fra lokalt hjelpeapparat, legevakt/politi*".

#### **Rådet vedtok å uttale:**

Rådet har særlig vurdert legens handlemåte i forhold til følgende paragrafer i Etske regler for leger, kap I, § 1: "*Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn*", § 2: "*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal der det er mulig bygge på informert samtykke*". Saken er videre vurdert i forhold til kap IV, § 2: "*En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet*" og § 3: "*En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier*".

Rådet betviler ikke legens gode intensjon om å forsøke å hjelpe en familie og tidligere venn i stor krise. Imidlertid er det å tvangsinnlegge en person en svært alvorlig og integritetskrenkende handling, og regelverket for å tvangsinnlegge er klart. Det forutsetter en personlig undersøkelse av pasient ved en lege med habilitet som konkluderer med at kriteriene for innleggelse til tvungen observasjon er til stede. Idet pasienten ble tvangsinnlagt uten at pasienten var personlig undersøkt, vurderer Rådet at både §§ 1 og 2 i kap I er brutt. Rådet vurderer at legen i denne saken var inhabil idet han var tidligere klassekamerat og venn med klager (jf kap IV, § 2) og at legeerklæringen ikke var basert på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier (jf kap IV, § 3). Rådet er enig i de vurderinger som er gjort både i Kontrollkommisjon og i Helsetilsynets tilsynssak og gir lege A kritikk for å ha brutt de nevnte paragrafene i Etske regler for leger. Rådet legger merke til og anerkjenner at dr A i ettertid ser at han burde ha handlet annerledes.

#### 1.2.4. Klage på nevrolog - 09/968

Innklagete lege var i 2008 engasjert som sakkyndig av et forsikringsselskap for å vurdere helsetilstanden til klager som følge av en trafikkulykke i 2002. Klager opplevde innklagete som arrogant, irritert og mistroisk til det hun fortalte om sin helsetilstand. Klager skriver at innklagete ikke hilste på henne, at han snakket nedsettende om psykologer og underkjente diagnosen posttraumatisk stressyndrom (PTSD) satt av hennes psykolog, og at han var lite interessert i klagers psykiske helse og hvordan det hadde påvirket livet hennes. Klager viser også til at innklagete ikke har tatt hensyn til relevante undersøkelser utført av andre faginstanser i sin vurdering av hennes helse. Innklagede leges konklusjon er at klagers helse ikke er forverret sammenlignet med hvordan han vurderte den 3 år tidligere. Dette er klager uenig i.

Innklagete lege skriver at han ikke kjenner seg igjen i det som hevdes. Det at han hilste på klagers mor før henne mener han var naturlig siden han ikke hadde møtt moren før. Innklagete hevder at han ikke var irritert eller mente å være arrogant eller mistroisk. Han redegjør for hva som er en sakkyndigs oppgave og spesielle mandat. Som sakkyndig skulle han vurdere klagers hode- og nakkeskade. Forklaringen på at klager opplevde ham som generelt negativ, og særlig i forhold til psykologer, mener han kan bero på en misforståelse fordi hennes psykiske helse ikke var en del av hans mandat og fordi han informerte henne om at diagnosen PTSD, i følge regelverket, må stilles av psykiater når det er spørsmål om ménerstatning. Avslutningsvis sier han seg lei for at klager opplevde ham som negativ.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet mottar ikke sjelden klage på leger som fungerer som sakkyndig i forhold til forsikringsselskap eller offentlige instanser som Nav eller rettsvesenet. Ofte skyldes det at klager ikke føler seg godt ivaretatt som pasient, men opplever situasjonen som ydmykende og sakkyndig lege som avmålt, arrogant, mistenksom og på parti med oppdragsgiveren. Følelsen forsterkes gjerne av at den sakkyndige legen er oppnevnt av forsikringsselskapet eller tjenesteyter uten at pasienten har hatt noen reell innflytelse på oppnevningen.

I en sak som denne foreligger det ikke noe ordinært lege-pasientforhold. Legens oppgave er å utrede og vurdere en pasients rettigheter ut fra et gitt mandat og regelverk. Det er forståelig at kommunikasjonen vil kunne bære preg av det og lett kan bli særlig krevende. Legens formelle rolle, det at legen gjerne er ukjent for pasienten og at pasienten ofte er i en spesielt sårbar situasjon er momenter som kan skape grunnlag for misforståelser og negativ opplevelse. De spesielle forholdene knyttet til en sakkyndig vurdering fritar imidlertid ikke legen fra å ivareta de samme krav om å vise ”..barmhjertighet, omsorg og respekt..” for pasienten som i en mer ordinær konsultasjon, jf Etske regler for leger, kap I, § 2.

Rådet merker seg at partene har opplevd møtet forskjellig og kan ikke ta konkret stilling i saken. En pasients tilbakemelding er imidlertid alltid en viktig kilde til refleksjon over egen måte å opptre på, og Rådet konstaterer at innklagete lege sier seg lei for at han ble opplevd på den måten pasienten gir uttrykk for. For leger generelt, og særlig for leger som tar på seg oppgaver som sakkyndig, er saken en viktig påminnelse om betydningen av å avklare legens rolle og hensikten og rammen for konsultasjon med pasienten for å unngå misforståelser.

#### 1.2.5. Klage på lege - 09/1452

En lege var innklaget for Rådet for legeetikk for uakseptabel oppførsel/krenkende behandling i en konsultasjon på allmennlegens kontor. Legen var ikke klagers fastlege.

Saken er som følger:

Dr A har behandlet B flere ganger fordi hun ikke ønsket å gå til sin mannlige fastlege med gynekologiske problemer. Dr A er kvinnelig allmennlege. B beskriver at hun oppsøkte dr A for uregelmessige blødninger etter menopausen. Det framgår av Bs brev at hun fikk fjernet begge eggstokkene på sykehus ett år forut for den påklagede konsultasjonen. Dr A hadde i sin tid henvist B til sykehus for den nevnte operasjonen.

I sin klage har klager vedlagt et brev hun sendte til innklagete lege 8 dager etter den aktuelle konsultasjonen. Hun gjengir der detaljer fra konsultasjonen: Legen spurte klager om mulighet for at hun kunne ha en kjønns sykdom, noe klager fant svært krenkende. Hun gjengir hvordan hun opplevde denne ordvekslingen, blant annet at legen insinuerte at hun ikke kunne vite hva partneren "drev med". Klager beskriver også at legen kommenterte at "*vi bytter ikke pasienter her*" (underforstått: klager burde gått til sin fastlege på samme legesenter) og at "*Dette er den mest ydmykende og krenkende behandlingen jeg noen gang har fått hos en lege*". Til slutt skriver hun at hun vurderer å gå videre med saken, men ber primært legen om en "*Skriflig uforbeholden beklagelse fra deg snarest*".

I sitt svarbrev til Rådet beklager legen, både at hun ikke besvarte brevet fra klager og at hun var sen med å svare Rådet og tilskriver det stort arbeidspress og egen frustrasjon og sinne over klagen på det hun opplevde som en vanlig konsultasjon. Hun beskriver at hun reflekterte over at det å ta til motmæle ville virke negativt, og at hun var redd for at en generell beklagelse kunne "*blitt oppfattet som overlegent*".

Innklagete lege skriver videre at hun oppfatter det som en naturlig rutinemessig del av en gynekologisk sykehistorie å spørre om seksualpartnere/mulig seksuelt overført sykdom. Legen beskriver også at pasienten ble fortvilet på grunn av at problemstillingen ble reist og at hun derfor brukte lang tid på konsultasjonen. Legen skriver avslutningsvis at hun i ettertid vil "*være mer på vakt overfor hvordan mine ord vil bli oppfattet*".

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for Legeetikk går ikke inn på det medisinskfaglige i en lege-pasient-kontakt (jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd), men er allikevel enig med innklagete lege i at det ved gynekologiske konsultasjoner er vanlig å spørre om muligheten for seksuelt overførbare sykdommer.

Kommunikasjon er en vanskelig kunst, og en konsultasjon kan oppleves svært forskjellig, ikke minst når pasient og lege ikke kjenner hverandre godt og pasienten er i en sårbar situasjon. I denne saken opplevde klager og innklagete møtet forskjellig, selv om innklagete forstod at klager ble lei seg og derfor brukte ekstra tid. Rådet kan derfor ikke ta stilling til klagen, annet enn å konstatere at tilbakemeldinger er viktige for leger for å kunne reflektere over egen praksis. Rådet mener imidlertid at tidspress og frustrasjon ikke er akseptable unnskyldninger for ikke å besvare en klage fra en pasient. På dette punktet vil Rådet gi innklagete lege kritikk.

### 1.2.6. Klage på lege - 09/1903

Klager oppsøkte etter svimmelhetsplager i 5-6 uker sin nye fastlege dr A. I forkant av konsultasjonen ringte pasienten resepsjonen på legekontoret for å varsle at hun også ønsket en gynekologisk undersøkelse med celleprøve og undersøkelse for kronisk hoste. Klager skriver at dr A var mest opptatt av å få gjort bare underlivsundersøkelsen, og at klager ble bedt om å bestille ny time for svimmelheten sin. Klager fikk gjort den gynekologiske undersøkelsen, men skriver at hun var rystet over at dr A ikke forstod at det var svimmelheten som plaget klager mest. Klager mener at når hun ville ta opp flere ting med legen, burde hun fått en dobbelttime. I det minste burde legen lyttet til det klager var mest bekymret for, og latt klager prioritere. Klager skriver at hun tror det er økonomien som er drivkraften på fastlegekontoret, og derfor ble den gynekologiske undersøkelsen prioritert av legen. Klager avslutter sitt brev med at hun synes den behandlingen hun fikk av legen var høyst kritikkverdigg.

I sitt svar skriver Dr A at hun arbeider ved et stort senter med mange leger. Det er avsatt 20 minutter til hver pasient, og ventetida varierer fra 1-3 uker. På venteværelset er det oppslag og annen informasjon om åpningstider og varighet av konsultasjoner, samt muligheten til å få time samme dag for ting som haster. Tilsvarende informasjon finnes også på senterets hjemmeside. Legen understreker at pasienten ikke benyttet seg av muligheten til øyeblikkelig-hjelp time, men bestilte vanlig legetime, og forsvarer at pasienten fikk tildelt 20 minutter. Legen fant ikke å kunne gi mer tid, fordi flere pasienter ventet. Legen mener videre at pasienten, ut fra en medisinsk-faglig vurdering, var bedre tjent med å få ny legetime ved så vidt omfattende problemstillinger for at legen kunne få gjennomført en tilstrekkelig grundig undersøkelse. Innklagete leges vurdering er at de medisinske problemstillingene ble ivaretatt på en medisinsk forsvarlig og god måte.



Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har forståelse for at pasienten ønsket å ta opp flere problemstillinger i samme konsultasjon; men også for at fastlegen vurderte at problemstillingene var for omfattende til å kunne utredes i samme konsultasjonen, både med hensyn til tidsbegrensning og fordi det faglig kan være krevende og ikke i tråd med beste praksis å ta stilling til så omfattende problemstillinger i samme konsultasjon. Selv om Rådet også har forståelse for at pasienten gjerne ville prioritert annerledes, mener Rådet at legen må ha mulighet for å bestemme prioriteringen ut fra hva legen er forberedt på å gjøre all den tid det gjaldt en vanlig bestilt konsultasjon og ikke en hastetime.

En legekonsultasjon kan oppleves og vurderes ulikt av lege og pasient, slik det er gjort her. En slik ulik forventning bør søkes løst før, og i alle fall under, en konsultasjon, men Rådet mener at en lege i siste instans må prioritere ut fra hva legen mener er best ut fra en samlet faglig vurdering. Rådet finner derfor ikke grunnlag for å rette kritikk mot legen for dette forholdet.

Pasienten skriver at hun gjorde resepsjonen uttrykkelig oppmerksom på at hun ønsket en samtidig time for de tre problemstillingene. Innklaget lege har ikke kommentert det. Rådet mener at legesenteret har mangelfulle rutiner dersom de ved en slik telefonhenvendelse ikke gjør pasienten oppmerksom på rutinene når det gjelder ordinær timebestilling. Ved en slik avklaring kunne problemet ha vært unngått – klager ville ha visst hva hun kunne forvente og hun kunne i forkant ha prioritert hva hun følte var mest presserende slik at legen var forberedt på det.

#### **1.2.7. Klage på lege - 09/3958**

En pasient hadde innklaget en lege fordi legen bare gav han sykmelding for resterende del av forventet sykeperiode, mens han ble henvist til å anvende egenmelding for første del av sykeperioden. Innklaget lege er lege ved samme legekantor som klagers fastlege.

Rådet **vedtok** ikke å behandle saken som klagesak. Etter Rådets oppfatning er spørsmålet om varigheten av et forventet sykefravær og om egenmelding eller sykmelding skal anvendes, en del av det medisinsk-faglige skjønnet som legen skal utøve. Rådet finner derfor ikke grunnlag for å vurdere dette skjønnet. Det vises til Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

#### **1.2.8. Vurdering av påstander fremsatt av lege - 09/3253**

En humanitær organisasjon, ved leder av pleietjenesten og organisasjonsleder hadde bedt om en vurdering av beskyldninger fremsatt av en lege A for hans mistenkeliggjøring av personell ansatt i organisasjonen for misbruk og hans beskyldninger om at organisasjonen kan drive med eutanasi, barmhjertighetsdrap og salg av morfin på gaten.

Saken er denne:

I egenskap av legevaktslege ble dr A bedt om å komme på sykebesøk til en terminalt syk kreftpasient som fikk palliativ behandling hjemme. Det var på forhånd avklart av annen lege at pasienten sannsynligvis hadde et benbrudd som følge av kreftsykdommen. Pasienten ønsket å bli pleiet hjemme, og planen var å gi morfin i doser intravenøst ved stell i tillegg til den store dosen morfin som han fikk under huden fra smertepumpe. Imidlertid hadde den tidligere legen ved en feiltagelse lagt igjen ampuller med atropin i stedet for morfin, og hensikten med å tilkalle dr A var å få morfinen.

Etter besøket av dr A sendte leder av pleietjenesten klage til Legevakten. Det fremgår av klagen at dr A var uenig i behandlingen av pasienten og bl.a. ikke ville legge igjen morfin. Han tilbød seg å komme og sette morfin dersom det skulle bli behov for det. Klagen gjaldt også dårlig oppførsel av dr A overfor pasienten, pårørende og personalet fra organisasjonen.

Av dr As svar på klagen fremgår bl.a. at hjelpepleieren, som var til stede, viste ”en meget avskyelig og

*motbydelig oppførsel*". Han antyder at hjelpepleieren kunne være narkoman eller å ha ønske om å selge morfin. Videre skriver han utførlig om rykter om at organisasjonen har et lemfeldig forhold til morfin og tilsvarende preparater slik at tjeneste der er et "eldorado" for rusmiddelavhengige pleiere, og at organisasjonen er tilhenger av og ansvarlig for eutanasi. Dette brevet, som var stillet til Legevakten, ble gjort kjent for organisasjonen og er grunnlaget for klagen til Rådet for legeetikk.

I sitt tilsvarende til Rådet viser dr A også til brev til Legeforeningen i forbindelse med at han søkte om juridisk bistand i saken. Han hevder at han ikke har kommet med noen påstander vedrørende organisasjonens virksomhet, men bare beskrevet de faktiske forholdene, stilt spørsmål ved beveggrunnene for kravet om at han skulle overlate morfin til pleieren, samt informert om hva som hadde kommet ham for øret av rykter mens saken har versert.

Rådet **vedtok** å uttale:

Med hensyn til opplevelsen av konflikten som oppstod mellom innklagete lege og personalet fra organisasjonen under sykebesøket, står påstand mot påstand. Rådet kan derfor ikke ta stilling til den og konstaterer at dette heller ikke er en del av klagegrunnlaget på legen.

Med hensyn til kravet om at han skulle legge igjen morfin slik at dette kunne settes intravenøst av pleier, er Rådet enig med innklagete i at han har et selvstendig ansvar for å vurdere om dette er forsvarlig eller tilrådelig, både i forhold til forsvarlighetskravet overfor pasienten og i forhold til hvor trygg han er på personalet som skal sette morfin. Ut fra formuleringen av klagen er Rådet usikker på om dette er en del av klagegrunnlaget fra organisasjonen.

Rådet er imidlertid enig med klager i at brevet inneholder påstandene som går meget langt i å mistenke ansatte i organisasjonen for å misbruke og også ellers ha et uprofesjonelt forhold til sterke opioider, og organisasjonen for å tillate eutanasi. Påstandene er meget alvorlige og udokumenterte. I tillegg har brevet en form som viser liten respekt for organisasjonen og personalet der. I tilfelle innklagete lege hadde berettiget mistanke om lovstridige forhold, burde det vært tatt opp gjennom andre kanaler.

Rådet mener at påstandene og formen i brevet er i strid med Etiske regler for leger, kap II, § 1: "*En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem*", og gir innklagete lege en reprimande for det.

### 1.2.9 Klage over inkassokrav for legeregning - 09/2853

Det forelå klage mot et legesenter fra en pasient som hadde mottatt purring og to inkassokrav på egenandel som allerede var betalt.

Etter siste inkassokrav kontakter klager legesenteret og forteller at regningen er betalt. Det er dokumentert at betalingen skjedde via nettgiro vel 2 måneder før første og 3 måneder før andre inkassokrav. Klager vedgår at han ikke tok kontakt med legesenteret på et tidligere tidspunkt. Han beskylder legesenteret for bevisst å drive svindel. Han forlanger 5000 kroner i erstatning fra legesenteret.

I sitt tilsvarende skriver legesenteret at purring og senere inkassokrav skyldtes en beklagelig feil idet kvittering for innbetalingen ikke var sendt fra banken, slik rutinen er. Kravet ble umiddelbart slettet etter at klager tok kontakt, og legesenteret påpeker at det samme ville ha vært gjort dersom klager hadde tatt telefonisk kontakt da han fikk den første purringen.

Rådet **vedtok** å uttale:

I et faktureringsystem kan det skje feil. I dette tilfellet har legesenteret beklaget det, men Rådet ser ikke at legesenteret var ansvarlig for feilen. Saken kunne lett ha vært avklart dersom klager hadde tatt kontakt med legesenteret etter første purringen, noe Rådet mener ville ha vært naturlig. Rådet gir derfor ikke klager medhold.

## Kap II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere

### 2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer

#### 2.1.1. Klage på uttalelse i media - 09/501

En overlege ved Sykehuset AB har bedt Rådet for legeetikk vurdere om et avisinnlegg av 4 leger ved Sykehuset AC er i strid med bestemmelsene i Ethiske regler for leger, kap I, § 11 om at *"En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål..."* og kap II, § 4. *"En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye"*

Saken er denne:

Begge sykehus er innenfor samme helseforetak, og begge har operert en bestemt kreftform. Det var faglig enighet om at denne kirurgien skulle sentraliseres til ett av disse to sykehusene, og avisinnlegget ble skrevet da det forelå forslag om at denne virksomheten skulle legges til Sykehuset AB og lokaliseres sammen med annen kirurgi der.

De 4 legene argumenterer i sitt innlegg for at dette ville bli et organisatorisk og faglig svekket tilbud til denne pasientgruppen. De påpekte blant annet at Sykehuset AB har dårligere utstyr og mangler lokal patologiservice, og at pasienter derfor bl.a. må belage seg på økt risiko for å måtte gå gjennom en ny operasjon.

Klager påpeker at innklagete leger ikke har faglig grunnlag for sine påstander og at disse er egnet til å skremme pasientene. De innklagete hevder på sin side at de har en plikt til å si ifra overfor befolkningen og beslutningstakerne før omorganiseringen ble besluttet, all den tid de mener å ha belegg for at tilbudet vil bli dårligere for pasientene, jf Ethiske regler for leger, kap I, § 11. De påpeker videre at etter at det er besluttet å flytte kirurgien til Sykehuset AB, vil de rette seg etter det.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk ser det som viktig at leger deltar aktivt i den helsepolitiske debatten. Ved å bruke tittelen "lege" vil leger oppfattes å presentere oppfatninger som de har belegg for er til beste for pasientene. Leger må derfor være varsomme med å fremme påstander som kan skape angst og svekke tilliten til helsevesenet dersom de ikke kan begrunnes medisinsk- faglig, jf Ethiske regler for leger, kap I, § 1 som bl.a. sier at *Legen skal bygge sin gjerning på ... sannhet og retteferdighet i forhold til pasient og samfunn*). Samtidig har leger en plikt til å si ifra dersom de har en begrunnet mening om at pasienter får et dårligere tilbud, jf kap I, § 11. I den sammenhengen er det viktig å få fram synspunktene før beslutninger treffes.

I denne aktuelle saken er det i hovedsak uenighet om medisinsk-faglige spørsmål. Rådet for legeetikk mener at det skal være stor takhøyde for offentlig meningsutveksling om slike spørsmål, særlig når påstander kan imøtegås gjennom tilsvarende i media, noe som ville ha vært naturlig i denne saken. Ved en slik meningsutveksling vil uenighet kunne belyses, noe som i seg selv kan virke klargjørende og bidra til tillit til helsetilbudet. Rådet for legeetikk gir derfor ikke medhold til klager.

### 2.2 Tvister mellom leger

#### 2.2.1 Klage på lege for fremsettelse av injurierende beskyldning og ulovlig bruk av arkiv - 09/1381

Saken omhandler uenighet i forbindelse med overtakelse av en privat spesialistpraksis. Spesialist A ønsket å avslutte sin yrkeskarriere, og spesialist B ble av det regionale helseforetak tildelt en del av avtalehjemmelen.

Uenigheten oppsto da det ble klart at dr. B ikke ønsket å betale dr. A det han forlangte for praksisen. Dr. B hevdet at praksisen var priset for høyt p.g.a. takstmisbruk og trygdesvindel. Dr. A har klaget dr. B inn for Rådet for legeetikk for hans påstander om takstmisbruk og om ulovlig bruk av pasientregister.

Dr. B hadde tidligere vikariert i praksisen. I forbindelse med dette mener han å ha påvist grovt takstmisbruk. Blant annet hevder han at det er sendt regninger til trygden for en spesiell undersøkelse som skulle være gjennomført på flere hundre pasienter, uten at resultatet av undersøkelsen er dokumentert i pasientenes journaler. Dr. B har åpenbart drevet en form for ”etterforskning” av dr. As praksis når det gjelder bruk av takster, og han hevder å ha funnet flere eksemplar på takstmisbruk.

Dr. A hevder på sin side at han har benyttet en ”hvit løgn” overfor dr. B i forbindelse med vikariatene, idet han sa at apparatet som ble benyttet ved den nevnte spesielle undersøkelse var ute av drift. Men apparatet var angivelig helt i orden. Han hadde imidlertid låst det ned og derved hindret bruk av det for dr. B, fordi bruken genererte utgifter til forbruksmateriell for dr. A. Dr. A hevder også å ha låst ned resultatene av spesialundersøkelsene i et eget arkiv, utilgjengelig for vikarer.

Det oppsto en klagesak ved tildeling av hjemmelen. I forbindelse med dette sender dr. B et brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), der han belagt med eksempler påstår at dr. A har drevet ”en langvarig, systematisk, gjennomtenkt trygdesvindel”. Dette fører til at HOD retter en henvendelse til det regionale helseforetak, som igjen ber NAV undersøke saken. NAV konkluderer med at de ikke har noen innvendinger til bruken av spesialundersøkelsen, og saken henlegges.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet er kjent med at det fra tid til annen oppstår konflikter mellom kolleger om økonomiske forhold i forbindelse med overtakelse av avtalehjemler. Vanligvis løses disse i minnelighet. I den aktuelle sak har den økonomiske uenighet bakgrunn i at innklagete lege mener å ha oppdaget alvorlig og langvarig takstmisbruk hos klager. Innklagete lege har i meget liten grad tatt dette direkte opp med klager, og isteden sendt brev direkte til Helse- og omsorgsdepartementet.

Rådet mener at innklagete lege B i denne saken har opptrådt kritikkverdig ved å bryte Etske regler for leger, kap. II, § 1: ”*En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe og veilede dem*”, og kap. II, § 2, der det heter: ”*Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta dette opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning. Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Dnlf's organer eller vedkommende helsemyndighet*”. Rådet mener det ville ha vært i tråd med de nevnte paragrafer først å avklare mistanken med klager og eventuelt deretter bedt om en granskning fra offentlig myndighet dersom mistanke fortsatt var tilstede.

Rådet mener for øvrig at klageren, dr. A, har opptrådt kritikkverdig ved sin håndtering av resultatene av ovenfor nevnte spesialundersøkelse av pasienter. Dersom disse resultatene gjennom en årrekke holdes nedlåst i et eget arkiv, utilgjengelig for vikar, kan en ikke utelukke at dette vil kunne ha uheldige konsekvenser for pasienter. Rådet finner derfor å rette kritikk også mot klageren, dr. A i henhold til den samme bestemmelsen i kap II, § 1: *En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem*. Rådet finner at dr. A har opptrådt legeetisk kritikkverdig når han selv også skriver at han både har løyet og tilbakeholdt pasientdata for kollegaen, dr. B.

## **Kap III     Avertisement og annen informasjon om legetjenester**

### **3.1.     Markedsføring**

#### **3.1.1    Klage på markedsføring - 09/379**

En privat legevirksomhet var innklaget for brudd på Etske regler for leger, kap III, § 1 og § 2 med særlig fokus på at virksomheten ble markedsført som ”ledende”, og at det ble tilbudt finansieringsordning, noe som ikke er tillatt etter § 6 i Forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi.

De to legene som er presentert i annonsen, påpeker i sitt tilsvarende at ingen av dem er ansatt i virksomheten og derfor heller ikke har innflytelse på utformingen av annonser. De mener at det med uttrykket ”ledende” sannsynligvis pekes på at firmaet er Nordens største på sitt felt. De påpeker også at de ikke oppfatter behandlingene som kosmetisk kirurgi og at Forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi derfor ikke er relevant.

### **Rådet vedtok å uttale:**

Selv om legene ikke er fast ansatt eller er eiere i virksomheten, har de allikevel et ansettelsesforhold siden de står for den kirurgiske virksomheten. Rådet ser at det kan være vanskelig for deltidsansatte leger i et stort foretak å ha innflytelse på markedsføringen. Allikevel har de, som utøvende leger, et ansvar for at markedsføringen skjer i tråd med Etske regler for leger. Det innebærer bl.a. at det skal fremgå hvem som er medisinsk ansvarlig lege for virksomheten, lokalt eller sentralt, og at markedsføringen ikke skal ”omtale...tjenestens kvalitet” (kap III, § 1, 3. avsnitt). Bruk av ordet ”ledende” kan henseile på tjenestens kvalitet. Dersom hensikten var å vise til størrelsen, burde beskrivelsen vært ”Nordens største klinikk” i stedet for ”Nordens ledende klinikk”.

Etske regler for leger inneholder ingen egne bestemmelser om behandling på kreditt, men Rådet har her henvist til Forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep. Hvorvidt den aktuelle typen kirurgi kan karakteriseres som kosmetisk inngrep, er et medisinsk faglig spørsmål som Rådet ikke behandler.

Annonsen omfatter markedsføring av legetjenester, og Rådet finner at den er i strid med Etske regler for leger ved at medisinsk ansvarlig lege ikke er oppgitt og at virksomheten fremstilles som ledende. Rådet har forståelse for at det kan være vanskelig for de tilskrevne legene å ha innflytelse på markedsføringen i et stort, internasjonalt foretak, men vil allikevel anmode legene om å ta med seg synspunktene fra Rådet inn i den virksomheten de utfører tjenester for.

### **3.1.2. Klage på markedsføring av ultralyddiagnostikk - 08/4834**

En overlege hadde bedt Rådet om en vurdering av markedsføringen av ultralyddiagnostikk som hennes mann mottok gjennom sin fastlege under en konsultasjon. Ved innhenting av uttalelse fra radiologen, ba han om nærmere spesifisering av hvilke konkrete punkter Rådet ønsker å vurdere.

Rådet anførte følgende:

Klagen gjelder to forhold:

- Måten markedsføringen skjer på ved at informasjonsskrivet deles ut på legekantor som et generelt tilbud uten at det dreier seg om en henvisning for en spesifikk medisinsk problemstilling
- Formuleringer i informasjonsskrivet

Det klager er opptatt av, og som Rådet ønsker å vurdere, er om pasienter på en utilbørlig måte blir påvirket i retning av å kjøpe tjenesten. Pasienter som møter på et legekantor kan være sårbare for markedsføring. Vi forstår at klagers ektefelle fikk informasjonsskrivet ”Ultralydsjekk” på et legekantor uten at det var snakk om henvisning for en spesifikk klinisk indisert undersøkelse. Dersom dette er et informasjonsskriv som gis på generelt grunnlag ved legekantorer du samarbeider med, ønsker Rådet å vurdere om dette er:

- økonomisk utnyttelse av pasienter (jf Etske regler for leger, kap I, § 7).
- i strid med krav til markedsføring i kap III, § 1, 1. ledd som stiller krav om nøkternhet i annonsering (“...informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om virksomhetstype, praksistype, spesialitet, diagnostiske og terapeutiske metoder og priser.”) og videre i 2. ledd: ”opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonstillinger

og/eller metoder". I den sammenhengen pekes det særlig på siste setning i informasjonsskrivet: *"Den beste effekten av screening-undersøkelsen kan forventes etter gjentatte undersøkelser. Derfor anbefales det at den ikke gjøres bare en gang, men følges opp etter bestemte tidsintervaller (annet hvert år etter 40 år)".* Rådet spør om det er *allment* akseptert blant leger eller *vitenskapelig dokumentert* at det er grunnlag for å anbefale generell ultralydscreening på et slikt grunnlag og etter et slikt skjema.

- i strid med kap III, § 1, 2. avsnitt som sier at *"Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme"*. Igjen vises det til måten markedsføringen skjer på, slik Rådet forstår det, ved at pasienter på generelt grunnlag og uten spesifikk henvisning får skrivet utlevert på legekontorer, og ved formuleringene i skrivet, særlig den siste setningen om å gjenta undersøkelsen.
- i strid med kap III, § 1, 3. avsnitt som bl.a. sier at *"Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen ..... helse i fare"*. Presentasjonen av informasjonsskrivet på legekontorer og informasjonsskrivets utforming – igjen vises det særlig til siste setningen - er særlig aktuelle forhold å vurdere i den sammenhengen.

Etter dette ble saken igjen behandlet i Rådet for legeetikk.

Tilbudet hadde, så vidt Rådet forstår det, ingen direkte sammenheng med hva klagers mann søkte lege for. Undersøkelsen blir utført av spesialist i radiologi som er knyttet til det samme medisinske senteret, og det er vedkommende radiolog som har utformet brosjyren.

Brosjyren gir en kort informasjon om hva ultralyddiagnostikk går ut på, hvilke organer som undersøkes og hva som kan oppdages. Skrivet sier i første avsnitt at *"Statistikken viser at sjansen for å få alvorlige sykdommer som for eksempel kreft øker etter at man er 40-50 år. For de som er over 40 år anbefaler jeg derfor en ultralydsjekk annet hvert år"*. Siste avsnittet har overskriften *"Gjenta undersøkelsen"* og sier i teksten at *"Den beste effekten av screening-undersøkelse kan forventes etter gjentatte undersøkelser. Derfor anbefales det at den ikke gjøres bare en gang, men følges opp etter bestemte tidsintervaller (annet hvert år etter 40 år)"*.

Innklagete radiolog skriver at brosjyren ligger på legekantoret ved det medisinske senteret, og at han oppfatter dette som informasjon og ikke reklame eller annonsering. Hensikten er å avdekke sykdom, for eksempel kreft, før symptomer er tilstede. Han vet ikke om andre som tilbyr tilsvarende generell ultralydsjekk, og har ikke referanser til medisinsk-faglige retningslinjer som godtgjør at dette er en hensiktsmessig metode for screening.

Rådet har forelagt problemstillingen for Norsk radiologisk forening som igjen har kontaktet Helsedirektoratet. Konklusjonen er at det ikke finnes retningslinjer for ultralydscreening av voksne i Norge, og at det aktuelle programmet kommer i kategorien *"villscreening"*. Et slikt program trenger ikke godkjenning fra offentlig instans så fremt det ikke er direkte til skade for pasienten og utløser refusjon fra offentlig myndighet. Norsk radiologisk forening er kjent med at flere radiologer tilbyr tilsvarende screening og mener at ultralydundersøkelsen ikke kan skade pasienten. Foreningen mener at ultralydundersøkelse hos friske personer kommer i samme kategori som blodprøve, urinprøve, avføringsprøve, og lignende. Undersøkelsen kan påvise sykdommer, men er vel svakere når det gjelder å utelukke sykdom. Dessuten vil tilfeldige funn føre til mer eller mindre omfattende utredninger hos ellers friske personer. Med hensyn til brosjyren uttaler foreningen at *"...man kan være uenig i flere av formuleringene da vitenskapelig dokumentasjon for påstandene er ufullstendig. Dokumentert effekt av denne typen screening hos ellers friske personer er svak, men undersøkelse av flere av de aktuelle organer har vært oppe til diskusjon for screening. Mange av de nevnte undersøkelsene kan derfor i fremtiden vise seg å være nyttige, selv om dokumentasjonen i dag er ufullstendig"*.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har de senere årene fått flere kritiske henvendelser om private helsetilbud som omfatter forskjellige former for screening av friske mennesker. Kritikken har vært at programmene ikke har dokumentert nytteeffekt eller alminnelig medisinsk-faglig aksept, at de er egnet til å skape helseangst og urealistiske

forventninger om hvilken nytte helseundersøkelsen har, at de er kostbare og at de kan belaste det offentlige helsevesenet ved at tilfeldige funn fører til unødvendige utredninger. Det vises til tidligere publiserte uttalelser fra Rådet (1,2).

Rådet mener at det må være fritt for enhver å søke medisinske tjenester ut over det som tilbys i det offentlige helsevesen dersom kostnadene ikke belastes samfunnet. Med hensyn til denne aktuelle saken har Rådet tidligere vurdert en rubrikkannonse i en avis som akseptabel fordi den kort og godt inneholdt tilbud om generell ultralydsjekk, pris, kontoradresse og ansvarlig lege. Dette er i tråd med krav til markedsføring i følge Ethiske regler for leger, kap III, § 1: ”*Avertissement og annen informasjon om legetjenester kan bare (Rådets understreking) inneholde opplysninger om: - virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon, - praksistype, spesialitet og tittel, - diagnostiske og terapeutiske metoder, - priser*”.

Den aktuelle brosjyren oppfatter Rådet som markedsføring i tillegg til å være et informasjonsskriv om hva ultralydundersøkelsen omfatter, både fordi det gis til pasienter som selv ikke har søkt informasjonen om tilbudet og fordi det gis konkrete anbefalinger om hva mottakeren bør kjøpe av tjenester. Det vises der særlig til lovnadene om hva undersøkelsen kan gi av helsegevinst og rådene om hvor tidlig og ofte man bør kjøpe tjenesten. På disse grunnlagene mener Rådet at skrivet er i strid med reglene for avvertissement og annen informasjon i Ethiske regler for leger, kap III. Reglene gir begrensninger for hva markedsføringen kan inneholde (se ovenfor) og presiserer samtidig blant annet at ”*Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder*”, ”*Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme*”, ”*Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester..*” og ”*Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare*”.

Rådet mener at deler av innholdet i brosjyren, samt måten den blir distribuert på, er i strid med deler av de nevnte bestemmelsene i Ethiske regler for leger, kap III og uttaler kritikk for det.

1. Markestad T. [Annonsering av forebyggende helseprogram](#) Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2852–3.
2. Aas T, Markestad T. Informasjon før screening. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:2705

Radiologen har etter dette kommentert avgjørelsen og inngitt ”motklage” på legen som hadde reist saken med påstand om brudd på Ethiske regler for leger, trolig kap II, § 2.

Rådet **vedtok** å kommentere brevene slik:

Som det fremgår av vedtaket, mener Rådet at informasjonsskrivet må oppfattes som markedsføring som kan vurderes etter Ethiske regler for leger all den tid det legges ut hos kollegaer for utdeling til pasienter. Det er ikke avgjørende om den informasjonen som legges ut kan karakteriseres som et informasjonsskriv, som reklame eller annet markedsføringstiltak. Ethiske regler for leger, kap III omhandler både avvertissement og annen informasjon om legetjenester. Slik dette skrivet er anvendt, er det neppe tvilsomt at formålet går lengre enn bare å være informasjon til pasientene.

Med henvisning til ”motklagen” i brev av 19.9. 2009, har Rådet vurdert det slik at enhver - også leger - har rett til å bringe saker inn for Rådet for legeetikk direkte - uten nødvendigvis å ha tatt dette opp med legen direkte. I dette tilfellet ønsket klager Rådets vurdering av denne typen markedsføring i forhold til Ethiske regler for leger. Da Rådet for legeetikk behandlet saken første gang, ble begrepet ”klage” brukt om henvendelsen fra legen som sendte forespørselen. Dette ble gjort for å markere at saken skulle behandles på samme måte som Rådet behandler klagesaker, dvs at begge parter får uttale seg til saken før Rådet foretar sin vurdering. Det er allikevel ikke tvilsomt at legen bare ba om Rådets vurdering av det tilsendte skrivet.

Bestemmelsen i kap. II, § 2 gjelder etter Rådets oppfatning ikke først og fremst forhold som uenighet om markedsføring og behov for screening-undersøkelser, men faglig og etisk svikt i forhold til pasienter. Rådet legger til grunn at det ikke er slike forhold som er påberopt i denne saken.

### 3.1.3 Klage på annonse - 09/1639

En professor hadde bedt Rådet for legetikk vurdere om en annonse for en legeklinikks undersøkelse av kalsiumscore er i strid med Etske regler for leger. Han spør om personen gis tilstrekkelig informasjon om nytte og risiko (Etske regler for leger, kap I, §§1-2), om tilbudet kan være økonomisk utnyttelse av personer (kap I, § 7), om metoden har tilstrekkelig aksept i fagmiljøet og ikke utsetter personer for unødig fare (kap I, § 9), om metoden er unødig (kap I, § 12) og om annonseringen er korrekt ut fra reglene om avtissement (kap III, § 1).

I klagen er det lagt ved kopi av annonsen. I overskriften sies det *"Vil du vite om du er i risikogruppen for hjerteinfarkt? Vi gir deg svaret i løpet av 5 minutter"*. I teksten sies det bl.a. *"Mengden kalk avgjør din risiko for å få hjerteinfarkt."* og *"Er du mann over 40 år eller kvinne over 50 kan du ta testen"*.

Overlege A ved legeklinikken hadde redegjort for undersøkelsens verdi når det gjelder å påvise risiko for hjertesykdom som kan reduseres gjennom konkrete råd og tiltak. Han mener derfor at undersøkelsen hjelper legen til å oppfylle en plikt overfor pasienten ved å *"..hjelp den syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den"* (kap I, § 1). Han imøtegår klagers innvendinger punkt for punkt, men sier seg enig i at kriteriene for å tilby testen kanskje bør innsnevres, og at han er åpen for at annonsens utforming bør endres. Foretaket har derfor valgt å avstå fra å benytte annonsen inntil det foreligger vedtak fra Rådet for legetikk. Overlege A viser videre til at de som får påvist forhøyet kalsiumscore blir anbefalt å ta kontakt med fastlegen. I tillegg viser han til et vedlagt informasjonsskriv som gis til dem som undersøkes. Skrivet gir opplysninger om hva kalsiumscore er og om aktuelle tiltak for å redusere risikoen for hjertesykdom. Overlege A fremhever at undersøkelsen ikke er en screening, men en frivillig helsekontroll.

Under forløpet av behandlingen av saken har Rådet fra dr B, uavhengig av henvendelsen fra professoren, mottatt kopi av brev til Helsetilsynet der han ber om Helsetilsynets vurdering av at undersøkelsen tilbys. Han viser til erfaring med en av sine pasienter der undersøkelsen førte til betydelig usikkerhet og helseangst. Han peker på at denne typen undersøkelser medfører mye bruk av helseressurser i etterkant, etterlater pasienter i usikkerhet og angst og deres fastleger i etiske dilemmaer. Han oversender også svaret fra Helsetilsynet som konkluderer med at det ikke er grunnlag for tilsynsmessig oppfølging av virksomheten siden det er et visst rasjonale for undersøkelsen og en viss dokumentasjon som peker på at undersøkelsen vil kunne komme til å spille en rolle i risikovurderingen i fremtiden.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har de senere årene fått flere kritiske henvendelser om private helsetilbud som omfatter forskjellige former for screening av friske mennesker. Kritikken har vært at programmene ikke har dokumentert nytteeffekt eller alminnelig medisinsk-faglig aksept, at de er egnet til å skape helseangst og urealistiske forventninger om hvilken nytte helseundersøkelsen har, at de er kostbare og at de kan belaste det offentlige helsevesenet ved at tilfeldige funn fører til unødvendige utredninger. Det vises til tidligere publiserte uttalelser fra Rådet (1,2).

Rådet har valgt å behandle denne saken i forhold til Etske regler for leger, kap III, § 1 og § 2 som omfatter krav til avtissement og annen informasjon om legetjenester.

Rådet mener at det må være fritt for enhver å søke medisinske tjenester ut over det som tilbys i det offentlige helsevesen dersom kostnadene ikke belastes samfunnet, men i følge Etske regler for leger, kap III er kravene til markedsføring av legetjenester strenge og sier at *"Avtissement og annen informasjon om legetjenester kan bare (Rådets understreking) inneholde opplysninger om*

- *virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon*
- *praksistype, spesialitet og tittel*
- *diagnostiske og terapeutiske metoder*



- *priser*

Videre utdyper kap III, § 1, at opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte (Rådets understrekninger) indikasjonsstillinger og/eller metoder. Andre relevante punkter i denne paragrafen er at opplysningene ikke må skape angst eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, at avertissement ikke skal omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester og at det ikke må benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenestene kan sette egen helse i fare.

Overlege A ved legeklikken mener bestemmelse av kalsiumscore ikke er screening. Rådet er uenig i dette, og mener at undersøkelsen, slik den er presentert i avertissementet, kommer i kategorien "villscreening". Rådet konstaterer at det ikke er faglig konsensus om indikasjoner for undersøkelsen og nytten av denne, og at tolkingen av resultatet er vanskelig. Det vises bl.a. til en fersk lederkommentar i *New Engl J Med* der det refereres til anbefaling fra American Heart Association. Denne sier at "*Calcium score might be an option for advanced risk assessment in appropriately selected patients with multiple risk factors, provided the test is ordered by a physician who is familiar with the strengths and weaknesses of noninvasive testing*" (Bonow RO. *New Engl J Med* 2009;361:994-5).

Rådet for legeetikk mener at det innenfor Etske regler for leger er tillatt, på en nøktern måte, å bekjentgjøre at en virksomhet utfører undersøkelse av kalsiumscore. Rådet mener imidlertid at det aktuelle avertissementet har en utforming som er i strid med Etske regler for leger, kap III, § 1, ved at det oppfordrer mennesker til å kjøpe undersøkelsen uten at det er tilstrekkelig dekning for påstandene om nytten av denne. Dette er egnet til å skape urealistiske forventninger og helseangst.

Rådet vil også peke på de samfunnsmessig uheldige sidene ved en slik villscreening ved at videre utredning og behandling kan føre til økt belastning på det offentlige helsevesenet. Rådet mener videre at det er uheldig å tilby en undersøkelse med så vidt store potensielle konsekvenser uten at denne er rekvirert av lege.

Rådet vil også peke på at Etske regler for leger, kap III, § 3, krever at ansvarlig leges navn skal fremgå ved annonsering av legetjenester. Den påklagete annonsen mangler navn på ansvarlig lege.

Rådet vil uttale kritikk til legeklinikken v/ dr A for avertissementets innhold og utforming.

Referanser:

3. Markestad T. [Annonsering av forebyggende helseprogram](#) Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2852–3.
4. Aas T, Markestad T. Informasjon før screening. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:2705

## **Kap IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer**

### **4.1 Attestutstedelser**

#### **4.1.1. Klage på legeerklæring - 08/5905**

Tidligere ektefelle til en pasient hadde fremsatt klage mot lege A for opplysninger hun har gitt i en uttalelse som må oppfattes som en legeerklæring, avgitt til to behandlingsinstanser. Opplysningene som klager trekker frem er "*Mor og far hadde et samliv der far var voldelig mot mor.*" Han mener det er kritikkverdig at det igjen blir inntatt slike påstander i en legeerklæring fra dette legekantoret, når dette også ble gjort av den lege som tidligere var pasientens lege ved samme legekantor. Han viser også til tidligere behandlet sak for Rådet, hvor Rådet kritiserte denne legen for å ha inntatt lignende uttalelser i en legeerklæring uten at det eksplisitt fremgikk at uttalelsene bygget på pasientens egne opplysninger om forholdene i hjemmet.

Lege A hadde i brev beklaget at hun i den opprinnelige uttalelsen ikke opplyste om at påstandene om vold i samlivet var gitt av hennes pasient.

Rådet **vedtok** å uttale:

På samme måte som i den sak det er referert til mot en annen lege ved samme legekantor, vil Rådet påpeke at det i en legeerklæring må fremkomme om opplysninger som gis er basert på legens egne observasjoner og vurderinger eller om det er en gjengivelse av pasientens, eventuelt en utenforstående persons opplysninger. Det er kritikkverdig om påstander gjengis uten at en slik opplysning fremkommer.

Rådet har merket seg beklagelsen fra lege A om at det ikke fremgikk at det var mors påstand om at det ble utøvd vold under samlivet med far og at det var uheldig at ordlyden på dette punkt ble såpass bastant. Rådet tar beklagelsen til etterretning.

#### **4.1.2. Klage på lege for påstått inhabilitet ved utarbeidelse av spesialisterklæring - 08/5089**

Pasient A hadde innsendt klage på øyespesialist B.

Sakens utgangspunkt er at klager søkte Norsk pasientskadeerstatning (NPE) om erstatning fordi hun mener at langvarig bruk av Vallergan var årsak til hennes blefarospasme. Det er institusjonen som forskrev Vallergan, som var innklaget til NPE, men klager var til flere undersøkelser ved X universitetssykehus og mener at sykehuset stilte riktig diagnose på et for sent tidspunkt.

Innklagete lege, som er ansatt ved X universitetssykehus, var sakkyndig for NPE og konkluderte med at det sannsynligvis ikke var noen sammenheng mellom bruk av Vallergan og øyelidelsen. Klager mener at innklagete leges tilknytning til X universitetssykehus, som klager mener forsømte å stille riktig diagnose, kan ha vært egnet til å påvirke hennes vurderinger av årsakssammenhengen, og at innklagete derfor burde ha vurdert sin habilitet og avstått fra oppdraget for NPE.

Innklagete lege påpeker at NPE har klare retningslinjer mht inhabilitet. I korthet går disse ut på at en lege er inhabil som sakkyndig dersom legen er eller nylig har vært ansatt ved den helseinstitusjonen klagen angår. Man anses imidlertid ikke som inhabil selv om man arbeider på det stedet der klageren behandles så lenge den aktuelle klagen ikke gjelder eget arbeidssted.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet legger til grunn at Etske regler for leger i kap IV, § 2 har bestemmelser om habilitet ved utarbeidelse av legeerklæringer som er mer vidtgående enn habilitetsreglene i offentlig forvaltning. Bestemmelsen har denne ordlyd: *"En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet."* Rådet har ingen holdepunkter for å hevde at innklagede leges tilknytning til X universitetssykehus faktisk har påvirket hennes legeerklæring, men Rådet mener allikevel at en slik tilknytning under gitte omstendigheter kan føre til at vurderingene i en sakkyndig erklæring kan bli påvirket. Ut i fra en slik betraktning – som også gjøres ved vurdering av habilitet etter forvaltningsloven - er Rådet av den oppfatning at innklagete lege burde ha reist tvil om sin habilitet og avstått fra sakkyndighetsoppdraget, jf Etske regler for leger, kap IV, § 2.

#### **4.1.3 Vurdering av eventuelt brudd på Etske regler for leger - 09/1493**

X skadeforsikring hadde anmodet Rådet for legetikk om å vurdere dr Bs uttalelse til NAV om en pasients ryggproblemer sett i relasjon til journalopplysninger fra samme lege.

Klagen fra X skadeforsikring retter seg mot at innklaget lege B, i en redegjørelse til NAV i en sak om yrkesskade hadde uttalt følgende om tidligere ryggproblemer før det aktuelle skadetilfellet i 2008: *"Han har tidligere kun søkt lege for en episode med svært kortvarige ryggplager i 1996. Det ble raskt behandlet av kiropraktor"*. Ved forsikringsselskapets innhenting av journalopplysninger senere på høsten fremkommer at skadelidte ved gjentatte legebesøk i perioden 2002 til 2008 har opplyst innklaget lege eller annen lege ved samme kontor om gjentatte rygg- og nakkesmerter.

Innklagede lege mener i sitt tilsvarende at forespørslene fra NAV var egnet til misforståelse og at hans uttalelse gjaldt for tiden før 2003. Han mener dessuten at hans uttalelse ikke er en legeerklæring.

Forsikringsselskapet har i en kommentar til tilsvaret tatt til motmæle mot påstanden om at uttalelsen av 2008 ikke er en legeerklæring. Selskapet fastholder at uttalelsen er en legeerklæring og henviser til forskrift om helsepersonells attester.

Selskapet peker også på at den utfyllende uttalelsen fra innklaget lege til NAV heller ikke inneholder opplysninger om pasientens ryggplager i årene før den aktuelle hendelsen. Selskapet fastholder at erklæringene fra innklaget lege er i strid med kravene til legeerklæringer i Etske regler for leger.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at henvendelser fra NAV, forsikringsselskapene og andre instanser om innhenting av opplysninger om skadelidte kan ha mange former, uten at det eksplisitt fremgår at det man ønsker er en legeattest, legeerklæring eller annen dokumentasjon, for eksempel i form av journalutskrift. De aller fleste ønsker om dokumentasjon fanges opp av definisjonene som er inntatt i Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer og lignende, § 2, 2. ledd. Rådet for legeetikk skal imidlertid vurdere klager på attestutforming mv etter reglene i Etske regler for leger kap IV. Kap IV, § 1 beskriver hva som forstås med begrepet "legeerklæring":

*En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand. Legeerklæringer omfatter f.eks. utfylte skjemaer til trygdemyndighetene, attester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer.* Etter Rådets oppfatning må ordlyden gis en vid fortolkning. Oppregningen er ikke ment å være uttømmende og fremstår som eksempler. I så måte skiller bestemmelsen i Etske regler for leger seg ikke vesentlig fra bestemmelsen i forskriften - forståelsen av begge regelsett vil derfor i de fleste tilfeller være sammenfallende.

Rådet finner det ikke tvilsomt at den uttalelse innklagete lege har gitt til NAV er en uttalelse om en persons helsetilstand, og at dette er en legeerklæring i den betydning som fremgår av Etske regler for leger. Det er ikke på noen måte avgjørende om begrepet legeerklæring, attest eller lignende er anvendt i brev eller annen oversendelse.

Rådet registrerer at innklagete lege mener at forespørselen fra NAV var meget uklar med hensyn til hvilken periode det var ønsket opplysninger om. Rådet er enig i at henvendelsen fra NAV kunne ha vært noe bedre utformet, men det burde neppe herske noen tvil om at NAV etterspør journalutskrift for perioden forut for den aktuelle lidelsen. Dette synes også å være oppfattet av innklagete lege som uttaler at *"Han har tidligere kun søkt lege for en episode med svært kortvarige ryggplager i 1996."* . Det fremgår av senere innsendte journalopplysninger at skadelidte har oppsøkt innklaget lege eller hans kontor en rekke ganger for ryggproblemer i perioden fra 2003 til 2007.

Rådet kan ikke legge til grunn at forespørselen fra NAV var så uklar at innklaget lege hadde grunnlag for ikke å redegjøre for behandlingene mellom 2003 og 2007, når han ved omtale av skaden i 2007 eksplisitt uttrykker at pasienten tidligere kun har søkt lege for kortvarige ryggproblemer i 1996. Unnlattelsen av å nevne legebesøkene i 2003- 2007 fremstår i denne sammenheng som uaktsomt. Legen burde ha forstått at slike opplysninger var relevant for NAVs vurdering. Rådet vil på denne bakgrunn legge til grunn at bestemmelsen i Etske regler for leger, kap IV, § 4 er brutt. Legen må gis kritikk for dette. Han har senere gitt korrekte opplysninger om perioden 2003-2007, men dette viser også at uttalelsen i brevet fra 2008 var feilaktig.

#### **4.1.4. Klage på psykiater - 08/3406**

Det forelå klage på en psykiater A brudd på Etske regler i forbindelse med medvirkning til utarbeidelse av rapport om mulige overgrep på en skole. Grunnen til klagen er at legen, uten å ha hatt kontakt med den påståtte overgriper B, har vurdert hans påstand om at han er uskyldig i påståtte seksuelle overgrep mot et barn som lite troverdig.

Saken er denne:

En kvinne hadde gjennom terapi kommet til erkjennelse om at hun ved flere anledninger som barn var blitt voldtatt av en ansatt mens hun var på internatskole. Erkjennelsen om voldtekter kom 25 år etter de påståtte overgrepene. Internatskolen tilhørte en organisasjon der innklagete var ansatt. Forut for denne erkjennelsen hadde kvinnen i mange år fått psykiatrisk behandling. Da opplysningene om voldtekter kom opp, har hennes behandlende psykiater journalført at hennes psykiske plager kan skyldes den typen alvorlige traumer og at mangel på tidligere erkjennelse kan skyldes dissosiasjon.

Kvinnen politianmeldte B, men saken ble ikke behandlet på grunn av foreldelse. Saken ble behandlet internt i organisasjonen. I behandlingen benyttet organisasjonen en koordineringsgruppe og konsulterte flere fagfolk med kunnskap om overgrep. En av disse var innklagete psykiater. I den samlede vurderingen konkluderer organisasjonen med at de fester mest lit til det kvinnen har fortalt, Organisasjonen anbefaler derfor overfor Bs arbeidsgiver at han gis en administrativ stilling.

Grunnlaget for å klage psykiateren inn for Rådet er uttalelser som psykiateren er sitert på i utredningen. Bl.a har psykiateren lagt vekt på klagers reaksjon da han ble beskyldt for overgrep. Psykiateren mener at hans reaksjonsmønster kan tyde på at han har personlighetstrekk som legger til rette for ulike typer krenkelser av andre. Dette svekker hans troverdighet i forhold til arbeid som innebærer nært personrettet arbeid.

Innklagete psykiater A har redegjort for sin rolle i saken i brev til Rådet. Psykiateren har i en årrekke hjulpet forskjellige organisasjoner i saker hvor det er behov for kunnskap innen psykiatri, konflikthåndtering og kriseintervensjon. I den aktuelle saken optrådte A som konsulent sammen med andre typer fagfolk i en ressursgruppe som var rådgivende overfor organisasjonen. A viser til organisasjonenes felles utarbeidede retningslinjer for håndtering av seksuelle krenkelser der slik bistand er nedfelt som ønskelig. Psykiateren beskriver at rollen var å bidra til å kvalitetssikre organisasjonens utredning med hensyn til troverdigheten av de fremsatte påstandene om klager, og at psykiateren oppfatter seg som ekstern konsulent. I forhold til Ethiske regler for leger, kap IV om utferdigelse av legeerklæringer, presiserer psykiateren at vedkommende ikke har avgitt noen skriftlig erklæring, at det som vedkommende er sitert på, ikke gjelder helseopplysninger, helsetilstand eller behandlingsforhold og at As muntlige kommentarer hovedsakelig er av generell faglig karakter.

Psykiateren har også vært innklaget til Helsetilsynet i Z av klager for samme forhold. Helsetilsynet sier i sin konklusjon i brev av 7.7. 2009 at *”.. det strider mot intensjonen i helsepersonelloven § 15 om varsomhet, nøyaktighet og objektivitet når leger lar seg benytte som kompetente fagkonsulenter på et så spinkelt grunnlag som fremvist her”*.

As advokat, som for øvrig også deltok i organisasjonens interne behandling av saken, har i brev til Helsetilsynet i Z og i brev til Rådet argumentert for at Helsepersonelloven § 15 ikke kommer til anvendelse i denne situasjonen fordi psykiateren ikke har skrevet noen erklæring om Bs helsetilstand. Advokaten viser til at attest og erklæring i Helsepersonelloven defineres som en skriftlig erklæring om en persons helsetilstand. Han mener at de nevnte sitatene verken er en skriftlig erklæring og heller ikke handler om en helsetilstand. As rolle var å gi et faglig råd i kartleggingen og var ikke av et slikt omfang at bistanden kan oppfattes å omfatte kravene til attest/erklæring etter Helsepersonelloven § 15. I brev utdyper advokaten at psykiateren ga en generell vurdering ut fra Bs atferd etter beskyldningene om overgrep på grunnlag av andres beskrivelser. I forhold til bestemmelsene i Ethiske regler for leger mener advokaten at reglene må tolkes i forhold til krav til attester/erklæringer i Helsepersonelloven § 15, og at psykiaterens rolle som sakkyndig konsulent og deltager i en granskning faller utenfor rammen av de regler som gjelder for utstedelse av legeattester.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet erkjenner at en slik sak er krevende for en organisasjon og at det kan være nødvendig å rådføre seg med fagfolk som har innsikt i forståelsen av overgrep og håndtering av slike situasjoner. Rådet merker seg at flere typer fagfolk har vært involvert og gitt generelle betraktninger ut fra sine fagfelt.

Innklagete psykiater har imidlertid gått lenger i det at vedkommende i stor grad har tolket klagers troverdighet, personlighet og egnethet til å ha bestemte stillinger ut fra hans reaksjonsmønster etter at beskyldningene ble rettet mot ham, og dette ut fra hvordan hans atferd er beskrevet av andre. Dette mener Rådet tilsvarer å stille sannsynlige diagnoser uten selv å ha undersøkt vedkommende.

Innklagete psykiater har selv godkjent sitatene som gjelder betraktninger rundt innklagedes atferd og personlighet, og det er tydelig at disse faglige vurderingene har hatt vesentlig betydning for utfallet av saken. Slik som sitatene er utformet, anser Rådet at uttalelsene er innenfor rammen av det som må betraktes som en legeerklæring. Etiske regler kan være mer omfattende enn de lovbestemte. I Etiske regler for leger, kap IV, § 1 heter det bl.a. at ”*En legeerklæring er en uttalelse (Rådets understreking) angående en persons helsetilstand*”. I samme paragraf gis det eksempler på hva erklæringer kan være. Eksempelene er ikke uttømmende, og Rådet mener at definisjonen må tolkes vidt. Det er følgelig ikke et krav at erklæringen skal uformes skriftlig som et selvstendig dokument. Slik innklagete psykiater har lagt vekt på atferd, personlighetstrekk, troverdighet og egnethet til å ha stillinger som innebærer nært personrettet arbeid, mener Rådet at uttalelsen om sannsynlige årsakssammenhenger er å betrakte som en vurdering av klagers psykiske helse - i vid forstand - her i form av personlighetstrekk.

Etiske regler for leger, kap IV, § 3 sier at ”*En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier*”. Rådet mener at sitatene i brevet fra innklagete psykiater må oppfattes som en legeerklæring og at legen derfor har handlet i strid med denne bestemmelsen. Rådet reiser også tvil om innklagete psykiaters habilitet (jf kap IV, § 2) all den tid vedkommende i flere år har fungert som konsulent for ledelsen i organisasjonen. Rådet uttaler derfor kritikk over innklagete psykiaters håndtering av saken.

#### **4.1.5. Klage over utstedelse av legeerklæring - 09/3773**

A hadde innklaget lege B for brudd på Etiske regler for leger i forbindelse med at B hadde sendt en legeerklæring om As barn til NAV.

Saken er denne:

As tidligere kone er lege og arbeider ved samme legesenter som lege B. A hevder at de i tillegg til å være kolleger ved samme legesenter, er venner. B er også fastlege for parets barn som er i tenårene.

Bakgrunnen for konflikten er uenighet om fordeling av barnebidrag mellom foreldrene. Det foreligger en avtale om at barna skal være halve tiden hos hver av foreldrene, men i følge klager, har barna bodd mer hos moren enn avtalen tilsier. Moren tok i den forbindelse kontakt med NAV for å få bistand til å fastsette barnebidragets størrelse fra klager i forhold til dette.

På grunnlag av dette brevet til NAV fra tidligere ektefelle sendte klager et brev til NAV der han bestrider morens rett til økt bidrag. Han skriver at økt tid hos mor er i strid med samarbeidsavtalen om delt omsorg og samvær, og at økt samvær er en urettmessig tilsnikelse fra morens side.

Barnas mor viste farens brev til innklagete lege som så skrev en erklæring til NAV. Der skriver han bl.a. at det ikke er noen tilsnikelse, at faren ikke forstår situasjonen, at barna ønsker å bestemme selv og at barna har fått helseplager på grunn av farens press.

Klager peker på Etiske regler for leger, kap IV, og hevder at

- innklagete lege er inhabil på grunn av hans kollegiale og sosiale forhold til barnas mor (§ 2)
- erklæringen ikke er objektiv (§ 4)
- erklæringen inneholder informasjon som går ut over det nødvendige (§ 4)
- Erklæringen mangler presisjon av formål, forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen (§ 5)

I tilsvar til Rådet mener innklagete lege at han bare har et kollegialt forhold til barnas mor. Videre har han tidligere hatt samtaler med begge foreldrene sammen, men uten barna til stede, og oppfattet at foreldrene var enige i beskrivelsen av barnas problemer. Han mener derfor at han ikke er inhabil. Videre fremhever han at hensynet til barnas helse var eneste begrunnelsen for å skrive erklæringen, og at barna var enig i at den skulle sendes. Han viser til at barn i denne alderen, i henhold til barneloven, skal ha større råderett etter hvert som de blir eldre, og at far ikke respekterer barnas ønsker.

I nye tilsvar begrunner klager tidligere påstander og fremhever at innklagete lege uttrykker bekymring for barnas helse i legeerklæringen som vedlegg til morens bidragssøknad. Hvis legen var bekymret for barna, burde en eventuell legeerklæring vært sendt andre instanser. I forhold til barna viser klager til at innklagete lege ved sin erklæring bidrar til å øke konfliktnivået mellom foreldrene, noe som kan være til skade for barna. Klager bestriker videre at barna har helseskader all den tid dette ikke er journalført av legen. Klager hevder videre at tilnærming til samarbeidsavtale er et helt separat tema som er innklagete lege uvedkommende.

Rådet **vedtok** å uttale:

Ut fra innholdet ser Rådet at erklæringen er skrevet ut fra innklagete leges tolking av hva som er i barnas beste interesse. Imidlertid oppfatter Rådet at erklæringen i praksis er en støtteerklæring til den ene parten, nemlig moren, i en strid om fordeling av barnebidrag og, underforstått, fordeling av samværsrett. I erklæringen omtales far på en slik måte at han må oppfattes å mangle innsikt og forståelse for barnas ve og vel.

Slik erklæringen er utformet, samtidig som innklagete lege er nær kollega av mor, er Rådet enig med klager i at det kan reises tvil om innklagete leges habilitet. Det vises til Etske regler for leger, kap IV, § 2, der det heter at "*En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet*". Innklagete lege burde ha forstått at hans habilitet ville bli betvilt og derfor klargjort forholdet i erklæringen. Rådet er også enig med klager i de andre innvendingene som er presisert ovenfor, nemlig at erklæringen ikke er objektiv, er uklar med hensyn til formål og inneholder informasjon som går ut over formålet. Rådet mener at erklæringen derfor er i strid med Etske regler for leger, kap IV, §§ 2-5, og uttaler kritikk til legen for det.

Det er riktig, som innklagete lege skriver, at mindreårige barn skal høres og ha innflytelse på spørsmål som gjelder egen helse, jf Pasientrettighetsloven § 4-4. Dette gjelder særlig barn i alderen 12-16 år. Som fastlege har innklagete lege derfor et ansvar overfor barna, jf Etske regler for leger, kap I, §§ 1-3. En eventuell bekymring for barnas helse som følge av konflikten mellom foreldrene, burde vært forsøkt løst på annen måte, for eksempel gjennom henvisning til familierådgivningskontor eller barnevern.