

Den norske legeforening

ÅRSBERETNING
for
RÅDET FOR LEGEETIKK
for
perioden 1.1. 2012 – 31.12. 2012

Innhold

Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etiske regler for leger

- Kap. I Alminnelige bestemmelser**
- 1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk
 - 1.2 Pasienters klager på leger
 - 1.3 Høringssaker
- Kap. II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere**
- 2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer
 - 2.2 Tvister mellom leger
- Kap. III Avertissement og annen informasjon om legetjenester**
- 3.1. Markedsføring
- Kap. IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer**
- 4.1 Attestutstedelser

Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

Etter valg på landsstyremøtet i Bodø i 2009 har Rådet for legeetikk slik sammensetning for perioden 1.1.2010 – 31.12.2013:

Leder Trond J. Markestad, professor, dr. med.
Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med.
Ellen Økland Blinkenberg, overlege
Anne Mathilde Hanstad, allmennlege
Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege

Varamedlemmer

1. Kristin Offerdal – praktiserende spesialist
2. Ole F. Norheim – professor, dr. med.

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden gikk i september 2012 av som Rådets sekretær etter 7 år.

Rådgiver/advokatfullmektig Stine K. Tønsaker er nå Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt 7 møter og behandlet 107 saker. I klagesaker arbeider Rådet etter kontradiksjonsprinsippet og bygger sitt vedtak på partenes skriftlige og eventuelle muntlige fremstillinger. Det er vanlig at partene kommenterer hverandres innspill i flere omganger. Rådet driver ingen etterforskning ut over dette. Av de 107 sakene ble det for 32 av sakene ikke gjort vedtak i forhold til Etske regler for leger; 18 av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet i følge sitt mandat ikke behandler, 9 saker var utenfor Rådets mandat, 2 klager var ikke navngitt, 2 var under annen rettslig eller administrativ behandling og en klage gjaldt annet helsepersonell enn lege.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens generalsekretær Geir Riise og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hotvedt i sekretariatet, representert foreningen i World Medical Association.

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

Oppsummering av prinsipielt viktige saker

En stor andel av sakene som er behandlet i Rådet, er klager på leger fra pasienter som har følt seg dårlig ivaretatt på det menneskelige plan. Slike saker behandles etter kontradiksjonsprinsippet, det vil si at saken sendes til innklagete lege for uttalelse, og at partene kommenterer hverandres fremstillinger inntil saken er godt nok belyst til at Rådet kan fatte et vedtak. Klager og innklaget lege har ofte en helt forskjellig versjon av hva som har skjedd, og Rådet må da ofte konstatere at påstand står mot påstand. Rådet kan da bare komme med en generell uttalelse (se sakene 1.2.1 – 1.2.16 og flere av sakene under kapittel 2). Sakene belyser at kommunikasjon kan være krevende, særlig når en pasient ikke får oppfylt forventninger knyttet til behandling eller legeerklæring. Legene har et særlig ansvar for at kommunikasjonen skjer med forståelse og empati, og sakene viser at fokus på kommunikasjon er viktig i grunn- og videreutdannelsen av leger.

Saker knyttet til legers autonomi har vært sentrale i 2012. Overfor sentralstyret har Rådet utarbeidet en betenkning om fastlegers mulighet for å reservere seg mot visse oppgaver, særlig henvisning til assistert befruktning og abort (sak 1.1.3). Rådet har delt seg i et flertall som mener at fastleger bør kunne reservere seg mot slike oppgaver gitt helt bestemte forutsetninger, mens mindretallet mener at ved å påta seg oppgaven som fastlege, har legen også ansvaret for henvisninger til lovbestemte rettigheter også på slike områder. Rådet har utarbeidet en veiledning for hvordan leger kan og bør opptre på sosiale medier (sak 1.1.1, publisert <http://tidsskriftet.no/article/2265656>), publisert råd om bruk av mobiltelefon (<http://tidsskriftet.no/article/2258120>) og uttalt seg om legers forhold til alternativ behandling (sak 3.1.5 og 3.1.6, publisert <http://tidsskriftet.no/article/2928869>) og om legers autonomi med hensyn til prioritering av pasienter (sak 1.1.5). På forespørsel fra initiativtagerne til Legelisten.no har Rådet uttalt at leger kan gi informasjon om seg selv og egen praksis på nettsiden dersom de følger kravene til markedsføring i Etske regler for leger. Rådet benyttet også anledning til å uttrykke og begrunne sin bekymring for denne nettsiden (sak 1.1.2, også publisert i Dagens medisin, <http://www.dagensmedisin.no/debatt/anonym-vurdering-av-fastleger/>). Rådet har også foreslått en revisjon av Legeforeningens policy i forhold til profesjonsetikk (sak 1.1.4).

Rådet har ut fra sitt mandat om å være Legeforeningens rådgiver i legeetiske spørsmål, gitt innspill til Legeforeningen i 8 offentlige høringsuttalelser (sakene 1.3.1 – 1.3.8).

Rådet har merket seg at markedsføringen av legetjenester stadig er blitt mer aggressiv (se sakene under Kapittel III), både i media og på legepraksisers hjemmesider. Siste året har det vært særlig mange saker som gjelder synskorrigerende kirurgi. Sakene gjelder dels den utadrettede markedsføringen, men også informasjonen overfor den enkelte pasient som vurderer behandling (sak 1.2.11). Når det gjelder markedsføring i media, har Rådet en oppfatning om at store private helseforetak engasjerer markedsføringskonsulenter for å utforme avtissement og at legene, som ofte jobber deltid ved foretakene, i liten grad blir trukket inn i prosessen. Rådet mener imidlertid at leger som arbeider i et helseforetak, har et medansvar for at tjenestene avrettes i tråd med kravene i Etske regler kapittel III. Rådet har også påpekt at leger ikke må la seg bruke i anbefalinger av bestemt produkt (sak 3.1.1) eller legepraksis (sak 3.1.7). Rådet har også uttrykt bekymring for at private helsetilbud kan føre til ulikhet i tilgang på utredning og behandling, blant annet ved at ressurssterke pasienter kjøper utredning som leder til raskere henvisning til det offentlige helsevesenet (sak 2.1.1).

Legers rolle som sakkyndig i forhold til å skrive legeerklæringer eller være rådgiver for Nav eller andre instanser er ofte kilde til konflikter, både mellom leger, mellom pasienter og lege og mellom institusjoner og lege. Slike saker er belyst i sakene 1.2.5, 1.2.6, 1.2.8, 1.2.10, 2.2.1, 2.2.3, 2.2.4 og 4.4.1. I sak 2.2.5 gir Rådet synspunkter på hvordan bekymring om faglig svikt eller faglig uenighet mellom leger kan behandles i og mellom helseforetak.

Rådet har mottatt klager på legers opptreden i media, bl.a. sak 2.1.2. Rådet oppfordrer leger til å delta aktivt i debatter om medisinske spørsmål og mener at ytringsfriheten har forrang dersom uenighet kan møtes med motinnlegg. Likevel oppfordrer Rådet leger om å tenke gjennom om et utspill eller formuleringer er egnet til å krenke enkeltpersoner eller svekke tilliten til helsevesenet urettmessig. Rådet har skrevet en veiledning for hvordan leger kan og bør opptre på sosiale medier (sak 1.1.1, gjengitt på <http://tidsskriftet.no/article/2265656>) og for bruk av smarttelefon på jobben (<http://tidsskriftet.no/article/2258120>). Forholdet til taushetsplikten er spesielt sentral, og Rådets nestleder og leder har i den sammenheng skrevet en kronikk i Dagbladet om legers offentlige utspill i forbindelse med rettssaken etter terrorhandlingene 22. juli 2011 (http://www.dagbladet.no/2012/09/17/kultur/debatt/kronikk/profesjonsetikk/22_juli/23453209/).

Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etske regler for leger

Kap. I Alminnelige bestemmelser

1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk

1.1.1 Legers bruk av sosiale medier – 12/486

På eget initiativ har Rådet for legeetikk utarbeidet en veiledning for leger i bruk av sosiale medier. Veiledningen er også publisert i Tidsskrift for den norske legeförening (2012;132:1125-6, <http://tidsskriftet.no/article/2265656>): <http://tidsskriftet.no/article/2265656/>

Legers bruk av sosiale medier

Sosiale medier som Facebook, Twitter, Eyr, blogger og andre internettfora gir gode muligheter for å skape og opprettholde faglige og sosiale nettverk. Rådet for legeetikk ser det som positivt at leger og legestudenter er aktive i slike fora fordi det er viktige måter å motta og spre kunnskap og bidra i samfunnsdebatten på, ikke minst om medisinske spørsmål.

Imidlertid er det viktig at leger og legestudenter ikke kommer i konflikt med helsepersonelloven og profesjonsetiske forpliktelser i sin bruk av sosiale medier. De samme kravene må gjelde for åpne og lukkede fora. Leger må også være bevisst at opplysninger i sosiale medier kan spres til åpne medier, for eksempel aviser.

Legers forpliktelser når de opptrer i sosiale medier er de samme som ellers i yrkeslivet og fremgår av Etske regler for leger. Rådet for legeetikk vil derfor gi følgende råd i forholdet til etikkreglene:

- *Forholdet til legerollen:*
 - Leger må være bevisst sin rolle som lege og vurdere om det han eller hun legger ut av informasjon om seg selv på nettet kan være egnet til å svekke den generelle tilliten til seg som lege eller påvirke et lege-pasientforhold.
 - Leger må opprettholde den nødvendige profesjonelle distansen til pasientene for å unngå at lege-pasientforholdet kan bli utydelig, noe som kan føre til uheldige bindinger, misforståelser, mangel på tillit og opplevelse av å bli utnyttet, både av pasient og lege. Derfor bør leger heller ikke akseptere å bli facebook-venn med nåværende eller tidligere pasienter, men avslå slike henvendelser på en høflig måte og med begrunnelse.
 - Leger må vise respekt, unngå språk som kan oppfattes støtende og diskriminerende og være saklige i diskusjoner.
 - Leger må ikke anbefale metoder for undersøkelser eller behandling som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring.
 - I den grad leger gir råd og anbefalinger, må de forholde seg til de krav om nøkternhet som er nedfelt i Etske regler for leger om markedsføring, og oppgi eventuelle interessekonflikter.

- *Forholdet til taushetsplikten:*
 - Sosiale medier kan være gode fora for å diskutere kliniske problemstillinger og erfaringer fra klinisk praksis, men slike diskusjoner må ikke omtale pasienter på en slik måte at de på noen måte kan gjenkjennes, heller ikke om pasienten gir samtykke til det. Gjenkjennbare opplysninger kan angå andre enn pasienten selv, for eksempel familie, på en direkte eller indirekte måte, og på nettet kan disse spres på en uforutsigbar måte.
 - En lege må aldri opplyse at det eksisterer et lege-pasientforhold.

- *Forholdet til kolleger og medarbeidere*
 - Leger og legestudenter må vise respekt for kolleger og medarbeidere. Diskusjoner må holdes på et saklig plan.
 - Leger og legestudenter bør tenke over om det de legger ut om seg selv eller andre på nettet er forenlig med akseptabel profesjonell atferd og akseptabelt i forholdet til medarbeidere, ansatte og arbeidsgiver.

1.1.2. Legelisten – 12/3491

En av initiativtakerne til å starte Legelisten.no har henvendt seg til Legeforeningen med spørsmål om det er akseptabelt at leger gir informasjon om seg selv og egen praksis på listen. Saken er videreformidlet til Rådet for legeetikk bl.a. av leder i Allmennlegeforeningen. Initiativtakeren har også bedt rådet vurdere om at det bør tas inn i Etske regler for leger at det ikke er akseptabelt for leger å gi karakterer anonymt på seg selv, eller få familie eller venner til å gjøre det, på Legelisten.no.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det er ikke i strid med Legeforeningens etiske regler at leger omtaler/annonserer egen praksis på Legelisten.no så lenge dette skjer innenfor rammene av kapittel III i Etske regler for leger. Rådet ser ingen grunn til å ta med bestemmelser om ikke å gi karakterer anonymt på seg selv på Legelisten.no da det er en selvfølge ut fra allmenne etiske betraktninger og ut fra betingelsene i flere av de eksisterende paragrafene i Etske regler for leger.

Rådet vil i tillegg uttrykke sin dype bekymring for konseptet til Legelisten.no. Intensjonen er for så vidt god, nemlig at den skal hjelpe mennesker å finne fram til en fastlege som passer for seg. Rådet vil tro at mennesker allerede benytter seg av forskjellige måter å få slik informasjon på, for eksempel gjennom oppfatninger fra familie, venner og bekjente, og gjennom direkte erfaring med leger; pasienter har tross alt rett til å bytte fastlege to ganger i året dersom de ønsker det. Rådet vil påpeke at det er viktig for leger å få tilbakemelding på sin praksis og væremåte, men er bekymret for at tilfeldig og ukvalifisert anonym synsing kan gi uberettiget kritikk så vel som uberettiget ros.

I Legelisten.no skal mennesker anonymt kunne vurdere legen ved å gi antall stjerner og ellers utdype sin oppfatning med beskrivelser. Rådet for legeetikk har lang og omfattende erfaring med at misnøye med leger ofte har helt annen årsak enn deres medisinske-faglige kompetanse eller evne til å kommunisere. Ofte dreier det seg om at leger ikke imøtekommer krav fra pasientene om undersøkelser, behandlinger, sykemeldinger og legeerklæringer som legen i følge sine faglige vurderinger og etiske forpliktelser ikke kan gå god for. Bitterhet på grunn av slike forhold kan lett farge pasientens helhetssyn på legen og være grunn for hvordan legen omtales på Legelisten.no.

Rådet kan ikke se hvordan de som er ansvarlige for Legelisten.no eller andre skal kunne avsløre en slik underliggende motivasjon. All den tid vurderingen av legen er anonym og kan ha noe tilfeldig innhold, kan verdien for legen være beskjedent med tanke på endring, og taushetsplikten kan gjøre det vanskelig å imøtegå beskyldninger eller karakteristikker.

Fra samfunnet har fastleger blitt pålagt en dobbel rolle; ivareta den enkelte pasients interesse og integritet, men samtidig ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi ved ikke å anvende unødige og overflødig kostbare metoder og bidra til at medisinske ressurser fordeles rettferdig. Disse forpliktelsene er nedfelt i Etiske regler for leger kapittel I, §§ 2 og 12.

Et trygt lege-pasientforhold preget av tillit er grunnleggende for at legen skal være en god rådgiver og behandler. Rådet er bekymret for at tilfeldig anonym kritikk av en fastlege kan rukke ved et etablert tillitsforhold fra andre av legens pasienter og at ikke bare legen, men også legens pasienter, vil tape på det.

Samfunnets krav til fastlegen om at legen skal bidra til en rettferdig fordeling av begrensede helseressurser, pålegger fastlegen en viktig portvaktfunksjon. For eksempel vil en økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten på 1 % øke belastningen på spesialisthelsetjenesten med 10-30 %. Legelisten.no, slik den er laget, svekker legenes personvern og kan lett virke som en varig offentlig gapestokk. Rådet er bekymret for at en del fastleger vil gå på akkord med det de mener er faglig forsvarlig overfor den enkelte pasient og med sine samfunnsmessige forpliktelser av engstelse for å bli hengt ut og få et svekket omdømme. Rådet er også bekymret for hva en slik offentlig, ikke kvalitetssikret og tilfeldig vurdering vil gjøre med rekrutteringen til den krevende oppgaven å være fastlege, ikke minst etter innføringen av samhandlingsreformen som stiller førstelinjetjenesten overfor nye og krevende oppgaver.

I dag har pasienter flere klagemuligheter når det gjelder fastleger; fylkesmannen i hvert fylke som har en fylkeslegeetat knyttet til seg, Helsetilsynet, pasientombud, Den norske legeforening og Rådet for legeetikk som er en uavhengig klageinstans innen Legeforeningen. Klager til disse instansene blir behandlet på en slik måte at pasientens rettigheter, ønsker og forventninger så vel som legers rettssikkerhet ivaretas.

1.1.3. Reservasjonsmulighet for leger – 08/4176

I sentralstyrets møte den 15.2. 2012 ble det i forbindelse med drøfting av den senere tids utvikling av reservasjonsrettsspørsmålene besluttet at sentralstyret til møte den 21.3. 2012 skal få seg forelagt en grundig redegjørelse om saken.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse til sentralstyret i Legeforeningen etter på ny å ha behandlet spørsmålet om fastleger bør gis en reservasjonsmulighet under helt bestemte forutsetninger:

I vedtaket er Rådet i hovedsak delt i et flertall på 4 og et mindretall på 1 (se de enkelte punktene i vedtaket)

Tidligere behandlinger

Rådet for legeetikk viser til sitt tidligere vedtak om at allmennleger/fastleger bør ha adgang til å reservere seg mot å henvisse for abort (Beretning 1999-2000, sak 5.10) og assistert befruktning for

lesbiske og visse andre situasjoner som er anerkjent som alvorlige etiske dilemmaer i vårt samfunn (Årsberetning 2008, sak 1.1.6).

Utgangspunktet for uttalelsen om assistert befruktning var følgende vedtak fattet den 19.6. 2008 av et flertall i Stortinget, bestående av representanter fra Sp, Høyre, Frp, Krf og Venstre:

”Regjeringen må sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas for å utføre eller assistere ved assistert befruktning”.

Rådets tidligere prinsipielle syn på reservasjonsmulighet for fastleger er utdypet i en artikkel i Tidsskriftet (1). Rådet ønsket da ingen juridisk reservasjonsrett for fastleger, men en reservasjonsmulighet dersom fastlegen møter den som søker tjenesten med respekt og empati og på forhånd har sørget for å ha avtale med en kollega som er villig til å ta seg av informasjon, rådgivning, nødvendig utredning og henvisning uten at den som søker tjenesten utsettes for vesentlige ulemper med å få oppfylt en rettighet.

Bakgrunn for vedtaket i Rådet

1. Tidligere ordninger

Allmennleger/fastleger har aldri hatt en reservasjonsrett når det gjelder henvisninger. Det har imidlertid alltid eksistert en reservasjonsmulighet når det gjelder spørsmål som henvisning til abort, assistert befruktning og visse former for prevensjon (for eksempel innsetting av spiral). Denne praksisen har hatt aksept i Rådet for legeetikk og åpenbart også Legeforeningen siden foreningen ikke tidligere har hatt innvendinger. I forkant av Rådets vedtak om henvisning til abort i 1999 ville Legeforeningen ikke uttale seg om dette. En reservasjonsmulighet har ved flere anledninger, sist i 2004, vært akseptert hos Helsetilsynet og også i rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fra 2009 (2).

Rådet for legeetikk vet ikke hvor mange leger som har praktisert en reservasjonsmulighet. Rådet har i alle fall de siste 13 årene ikke mottatt noen klager fra pasienter som har opplevd denne typen vansker i forhold til allmennleger/fastleger. Det innebærer selvfølgelig ikke at abortsøkende kvinner ikke har opplevd vanskelige møter med fastleger. Reservasjonsretten ble ikke debattert ved innføringen av fastlegeavtalen. I Fastlegeforskriften er ikke saken tatt opp. Det er derfor grunn til å tro at leger som har inngått fastlegeavtale etter tidligere å ha vært kommunelege eller privatpraktiserende allmennlege har tatt for gitt at tidligere praksis kunne videreføres.

2. Juridiske betraktninger

Det foreligger en juridisk reservasjonsrett mot å utføre eller assistere ved abort. Det å assistere har vært tolket vidt. Ved innføringen av ny ekteskapslov i 2008 ble det fra Stortinget vedtatt at det også skulle legges til rette for å kunne reservere seg mot å utføre eller assistere ved assistert befruktning. Hva som senere har skjedd med denne henstillingen til HOD er ukjent for Rådet.

Fastlegeforskriften kap 3, § 7 sier følgende om fastlegenes plikter i forhold til pasientene på sin liste:

Fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale. Under utøvelse av det allmennmedisinske arbeidet skal fastlegen prioritere personer på sin liste, så fremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov.

I utdypningen av denne paragrafen lyder forskriften videre:

Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler. Innbyggerne på fastlegens liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift og avtale.

Slik Rådet leser forskriften og utdypningen av denne, er det ikke lagt klare føringer for *hvordan* fastlegen er forpliktet til sørge for at pasienten får oppfylt sine rettigheter. Rådet kan ikke se at ordlyden er til hinder for at en fastlege kan ha avtale med en kollega om at kollegaen står for nødvendig utredning, henvisning og behandling. I saker der samfunnet har anerkjent at moralsk/religiøs overbevisning kan være grunnlag for å avstå fra visse handlinger.

Rådet har forstått at de gynekologiske avdelingene i stor grad ønsker henvisning for kvinner som søker abort. Rådet er også av den oppfatning at fastlegen oftest er den beste til å stå for informasjon og veiledning. Imidlertid er det lovbestemt (Forskrift til Lov om svangerskapsavbrudd – merknad til § 1) at en kvinne har rett til å henvende seg direkte til den gynekologiske avdelingen. I så fall vil informasjons- og veiledningsplikten ligge hos avdelingens leger.

Med tanke på abort er det altså ikke nødvendig med en formell henvisning fra en fastlege.

3. Internasjonale konvensjoner

Både ut fra etiske og juridiske betraktninger bør betydningen av Europarådets resolusjon 1763 (2010) vurderes (<http://www.consciencelaws.org/laws-proposed/eu/resolution-1763-2010.html>):

“No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human foetus or embryo, for any reason”. [“submit” betyr å “henvise”].

Legeforeningen bør også vurdere om Menneskerettighetserklæringens artikkel 18 er relevant, særlig i forhold til å ”utøve”:

”Enhver har rett til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet. Denne rett omfatter frihet til å skifte religion eller tro, og frihet til enten alene eller sammen med andre, og offentlig eller privat, å gi uttrykk for sin religion eller tro gjennom undervisning, utøvelse, tilbedelse og ritualer”.

4. Etiske betraktninger

Rådet for legeetikk har tidligere utdypet hva det oppfatter kan være etisk grunnlag for å ønske å reservere seg mot å henvise til en behandling (1).

Det prinsipielt viktigste etiske spørsmålet, slik Rådet ser det, er om, og i tilfelle hvordan, det å *henvise* moralsk sett er forskjellig fra det å *utføre* en handling, for eksempel abort.

Rådet for legeetikk har respekt for at noen fastleger ikke ser noen vesentlig moralsk forskjell mellom det å henvise til og det å assistere eller utføre en handling. En henvisning, for eksempel til abort eller assistert befruktning, består ikke bare i å fylle ut et skjema, men innebærer en ofte krevende konsultasjon som innebærer informasjon, rådgivning, ofte medisinsk utredning og, for assistert befruktning, lovpålagt psykososial vurdering av paret (Lov om bioteknologi § 2-6). På den annen side utføres abort oftest på annen måte enn den gangen abortloven ble innført, og med den, reservasjonsretten for å utføre eller assistere ved abort. I dag foregår abort oftest som en medisinsk behandling ved at kvinnen får en abortpille og sendes hjem fra sykehuset. Oppgaven til sykehuslegen og sykepleier/jordmor som begge har juridisk reservasjonsrett, kan derfor være meget beskjeden; legen kan forordne pillen uten kontakt med kvinnen og sykepleier/jordmors oppgave er å gi pillen til kvinnen. Ut fra moralthensyn kan man derfor diskutere om oppgaven til de med reservasjonsrett er mer utøvende enn oppgaven til fastlegen som består i informasjon, samtale, rådgivning og skriftlig henvisning – dvs den delen av kjeden fram til abort som beslutningen hviler på dersom kvinnen velger å konsultere fastlegen i stedet for å ta direkte kontakt med sykehuset.

I tillegg er det vesentlig å diskutere *hvem* som skal kunne vurdere om det er noen vesensforskjell mellom å henvise og å utføre/assistere; den enkelte lege eller samfunnet/Legeforeningen. Noen vil mene at det å ha en forhåndsavtale med kollega er likestilt med å henvise til spesialisthelsetjenesten. Rådet har merket seg at de som offentlig har uttalt at de personlig ønsker en reservasjonsmulighet, ser dette som vesensforskjellig og aksepterer å ha avtale med en kollega. Ved å ha forhåndsavtale med kollega vil ikke fastlegen delta i noen av punktene som inngår i informasjon, rådgivning og det å underskrive henvisningen.

I spørsmålet om henvisning er det to parter; den som søker behandlingen og henvisende lege. Hensynet til pasienten er grunnleggende, men det er et vesentlig spørsmål om asymmetrien mellom lege og pasient er så stor at en reservasjonsmulighet i praksis betyr at den som søker behandlingen mister en juridisk rettighet eller om det å møte en lege som har avtale med en kollega, kan oppleves så krenkende for den som søker rettigheten at det kan oppfattes uakseptabelt, selv om pasienten ikke opplever noen vesentlig *praktisk* ulempe.

Et annet spørsmål er om det er forskjell når det gjelder de forskjellige forholdene det søkes om reservasjonsmulighet for å henvise til eller utføre; abort, assistert befruktning og prevensjon. For abort kan det hevdes at alderen på fosteret kan utgjøre en forskjell. Noen mener at prevensjon som innebærer at et befruktet egg ikke får utvikle seg, noe som skjer ved visse typer p-piller og spiral, er å oppfatte som en abort. Assistert befruktning kan være inseminasjon, som ikke innebærer destruksjon av befruktete egg, eller in vitro-fertilisering der overtallige egg blir destruert. Tidspunktet for når et embryo kan ses på som et foster, er anerkjent som et vanskelig etisk spørsmål med rom for forskjellig syn, noe som også poengteres i forarbeidene til relevant norsk lovgivning (jf. Bioteknologiloven).

For assistert befruktning er det spørsmål om assistert befruktning av lesbiske kan oppfattes forskjellig fra assistert befruktning hos heterofile par. Rådet er kjent med at assistert befruktning – også hos lesbiske – oftest skjer som in vitro-fertilisering og ikke inseminasjon fordi det er liten tilgang på sæd og in vitro-fertilisering har større suksessrate enn inseminasjon. Assistert befruktning for lesbiske innebærer derfor vanligvis in vitro-fertilisering, dvs at destruksjon av befruktete egg ofte er en konsekvens av behandlingen. Tilleggsspørsmålet er da om det er moralsk akseptabelt å godta dette for heterofile og ikke for lesbiske. Å diskriminere mot lesbiske kan oppfattes som brudd på likestillingsloven. På den annen side mener noen av overbevisningsgrunner at barn i utgangspunktet har rett på en mor og far når de på kunstig måte hjelpes til å få barn og også å få støtte for en slik oppfatning i Menneskerettighetserklæringen artikkel 18 (3).

5. Andre forhold

Det er et faglig og etisk spørsmål om en fastlege som ikke kan akseptere en handling ut fra dype overbevisningsgrunner, er den rette til å stå for informasjon, veiledning og råd i vanskelige eksistensielle spørsmål, for eksempel for en gravid kvinne som er usikker på om hun skal velge abort eller ikke. En lege som ikke tillates å tilkjenne sitt syn, vil gjennom sin måte å kommunisere på lett kunne overbevise kvinnen om ikke å velge abort selv om legen mener å gi objektiv veiledning. Ellers i medisinsk praksis er det et prinsipp at leger overlater til kolleger oppgaver de selv ikke mestrer eller mestrer dårlig, jf. Etiske regler for leger, kap I, § 9 som bl.a. sier at *”Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.”* Særlig spørsmål om å velge abort eller ikke, er et dypt eksistensielt spørsmål for mange abortsøkende, og i en slik sårbar situasjon kan det være et bedre faglig alternativ å møte en lege som er trygg i rollen og med mindre moralsk konflikt.

Norges kristelige legeforening (3) og kirkens preses (biskop Helga Haugland Byfuglien – bl.a. i intervju i Vårt Land) har aktivt støttet at fastlege bør tilkjennes reservasjonsmulighet under gitte betingelser (ikke nødvendigvis reservasjonsrett) i forhold til religiøse/moralske spørsmål.

Det er et etisk rettferdighetsprinsipp at like saker skal behandles likt. I den sammenhengen må Legeforeningen vurdere hvordan den skal forholde seg til andre mulige fremtidige saker som berører moralske spørsmål. Ut fra det som skjer ellers i Verden vil det sannsynligvis bli fremmet krav om følgende rettigheter:

- Utvidelse av grensen for selvbestemt abort til 16 uker, slik som i Sverige og mange andre land. Ledende gynekologer og politikere gikk inn for dette for 3-4 år siden, bl.a. med den begrunnelsen at de fleste nemndbehandlete aborter skjer på sosialt grunnlag – og abortnemndene ”sliter” med å behandle dette på annen måte enn ut fra kvinnenes ønsker. Det er en vanlig moralsk oppfatning at fosterets menneskeverd øker med svangerskapets lengde. Det er grunn til å tro at fastleger, som i dag føler det vanskelig å henvise, vil få ytterligere vansker med det ved en eventuell utvidelse av selvbestemt abort.
- Enslige kvinner vil få de samme rettighetene til assistert befruktning som lesbiske kvinner. Dette er lovbestemt, i alle fall i Danmark og Storbritannia. I dag er det visstnok minst like mange single kvinner som lesbiske par som får utført assistert befruktning i Danmark.
- Krav om rett til surrogati. Stadig flere nordmenn får utført dette i utlandet, ikke minst fordi det etter hvert er svært liten tilgang på adoptivbarn. Dette er en viktig internasjonal debatt, og flere land har tillatt dette.
- Krav om lovbestemt rett til legeassistert selvmord. Stadig flere land i Europa og stater i USA har innført lovbestemt rett til dette. Medisinsk etisk komite i Sverige har foreslått det samme. Gallupundersøkelse i Norge (Kari Vigeland) har vist at et betydelig flertall av befolkningen (ca. 70 %) ønsker det samme hos oss – nær samme andel som er for selvbestemt abort. Der en slik lov er innført stilles det krav om at pasienten er døende, i Oregon oppgitt til at død forventes innen 6 måneder. Ut fra en etisk og religiøs betraktning kan det være vanskelig å påstå at det å henvise en døende med tanke på å avslutte lidelse som vesensforskjellig fra det å avslutte et fosterliv. I den gamle Hippokratiske ed er abort og aktiv dødshjelp sidestilt.
- Ny genteknologi åpner for kontroversiell genteknologiske utredninger og behandlinger som på en uoversiktlig måte kan bli vedtatt som rettigheter. I slike saker vil fastleger antakelig få ansvar for utredning og henvisning.

Rådet for legeetikk har tidligere påpekt at leger bør kunne reservere seg mot å avslutte livsforlengende behandling, for eksempel ved å skru av respirator eller pacemaker, eller å utføre rituell omskjæring. Helse- og omsorgsdepartementet HOD har foreslått at rituell omskjæring bør bli en offentlig oppgave tillagt sykehusene. Vil det da kunne kreves reservasjonsrett for leger som har kompetansen og utfører omskjæring på medisinsk grunnlag, for eksempel barnekirurger, urologer og også andre kirurger? Selv om dette gjelder spesialisthelsetjenesten bør Legeforeningen vurdere prinsippet om reservasjonsmulighet også for leger i spesialisthelsetjenesten.

Rådet **vedtok** å anbefale følgende:

1. Rådet for legeetikk mener at fastleger ikke skal ha en *juridisk* reservasjonsrett i spørsmål der mennesker har en lovbestemt rett på visse tjenester i helsevesenet. En reservasjonsrett vil kunne føre til vansker med å få oppfylt rettigheter. Det er et sentralt anliggende for Rådet for legeetikk at legers eventuelle mulighet for reservasjon ikke kommer i konflikt med Etiske regler for leger, kap I, § 2: "*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt...*".

Det er videre Rådets syn at mulighet for reservasjon begrenses mest mulig og først og fremst knyttes til spørsmål som handler om liv og død.

Flertallet i Rådet (4 medlemmer) foreslår at fastleger skal kunne ha en reservasjonsmulighet dersom de møter den som søker en lovbestemt rettighet med forståelse og empati og på forhånd har avtale med en kollega som er villig til å ta på seg oppgaven og dersom dette ikke medfører vesentlig praktisk ulempe for pasienten. Som ledd i dette må kommunen kunne reservere seg mot å ansette en fastlege dersom disse forutsetningene ikke er oppfylt eller dersom kommunen ser at et krav om reservasjonsmulighet på annen måte skaper vansker når det gjelder å sikre befolkningens rettigheter. (I motsetning til det som er hevdet, kan ikke Rådet se at Norges kristelige legeforening heller har forlangt en juridisk reservasjonsrett, jf. oppsummering av KLFs utredning (3)).

Rådets mindretall (1 medlem) mener at fastleger ikke skal ha reservasjonsrett eller -mulighet når det gjelder henvisning til abort, henvisning av lesbiske til kunstig befruktning, eller ved behov for prevensjon som å sette inn spiral eller skrive ut p-piller. Dette gjelder lovfestede rettigheter, og anses som vanlige plikter for fastlegen. Mindretallet mener det er direkte i strid med Kapittel 1, § 2 i Etiske regler for leger, å reservere seg mot overnevnte. Mindretallet mener at det å møte pasienten med barmhjertighet, omsorg og respekt, ikke lar seg forene med å avvise for eksempel en abortsøkende kvinne.

2. Rådet for legeetikk er samstemt i synet på at dagens juridiske reservasjonsrett mot å delta i utførelsen av abortinngrep, ikke omfatter fastlegens rolle ved abortsøknader - som å snakke med og henvise abortsøkende kvinner. Flertallet i Rådet mener likevel at det er grunn til å respektere synet at det moralsk sett ikke er en vesensforskjell mellom det å henvise til og det å utføre/assistere i en handling dersom henvisningen er en vesentlig integrert del av beslutningen for handlingen. Dette gjelder for eksempel henvisning til abort eller assistert befruktning.

Rådets mindretall mener at reservasjonsretten mot å delta i utførelse av abortinngrep, ikke omfatter fastlegens rolle ved abortsøknader, som å snakke med, og henvise, abortsøkende kvinner. Mindretallet mener også at det for kvinner som har gjennomført en abort, og som får problemer etterpå, kanskje særlig for kvinner som får det psykisk tungt etter inngrepet og lurer på om avgjørelsen var riktig, vil være vanskelig å søke hjelp hos en fastlege som har avvist å veilede pasienten før aborten.

3. Rådets flertall mener at når samfunnet har akseptert at leger eller andre offentlig ansatte (for eksempel sykepleiere, jordmødre, prester) kan gis en reservasjonsrett (for leger når det gjelder å utføre/assistere ved abort og assistert befruktning) eller reservasjonsmulighet i religiøse/moralske kontroversielle spørsmål, har samfunnet samtidig anerkjent at innbyggernes moralske integritet er en sentral verdi å beskytte. Det er trolig slik at det å på sikt handle på tvers av sin dype overbevisning kan være helseskadelig.

Rådets mindretall mener det er uryddig å sammenstille presters reservasjonsrett i religiøse/moralske spørsmål med fastlegers reservasjonsrett/reservasjonsmulighet mot å henwise til abort og kunstig befruktning, først og fremst på grunn av yrkenes iboende forskjeller. Prestegjeringen er et kall, fastlegejobben er noe annet. Mindretallet mener at hensynet til at fastlegen kan få helseproblemer dersom hun/han går mot sin overbevisning ved å måtte henwise abortsøkende kvinner og lesbiske par, ikke veier tyngre enn pasientens sårbarhet.

4. Rådets flertall aksepterer kun reservasjonsmulighet i spørsmål av moralsk/eksistensiell natur, ikke i saker som uenighet om prioritering av helsetjenester eller vanlig medisinsk virksomhet. For eksempel skal ikke en lege kunne reservere seg mot å behandle en komplikasjon etter en provosert abort eller et barn unnfanget med assistert befruktning. For assistert befruktning er det spesielt krevende å argumentere for å kunne akseptere dette for heterofile, men ikke lesbiske par. Flertallet mener likevel at det kan være akseptabelt å skille mellom forutsetningene ut fra Stortingets vedtak i 2008, som tilkjenner et divergerende syn i samfunnet, statskirkens oppfatning og mulig tolking av Menneskerettighetserklæringen artikkel 18, dvs syn på foreldreskapet.

Rådets mindretall mener at reservasjonsretten ved å utføre/assistere ved abortinngrep ikke omfatter fastlegens plikter ved å veilede og henwise kvinner til abort. Mindretallet mener at det å reservere seg mot å henwise lesbiske par til IVF eller inseminasjon, er en diskriminering av denne gruppen, og strider mot et legeetisk grunnprinsipp om likebehandling.

5. Hensynet til pasienten som søker å få oppfylt en rettighet, som i moralsk forstand er kontroversiell, og til legens rett til å handle ut fra dyp overbevisning er en vanskelig avveining. Selv om det kan oppleves sårt for en abortsøkende kvinne å møte en lege som har sørget for at en annen lege tar oppgaven med konsultasjon og eventuelt henvisning, mener flertallet i Rådet (4 medlemmer) at dette bør aksepteres dersom legen følger de kravene som fremgår av pkt. 1.

Rådets mindretall mener at hensynet til kvinnens sårbarhet, og rettigheter, veier tyngre enn fastlegens samvittighetsgrunner.

6. Rådets flertall mener at det er i pasientens beste interesse å møte leger som har et balansert syn i krevende konsultasjoner, slik som for kvinner som er i tvil om eksistensielle spørsmål som abort. Det er slik det vanligvis skjer i spesialisthelsetjenesten og bør også kunne skje i primærhelsetjenesten der grunnlaget for slike viktige beslutninger legges.

Rådets mindretall mener at for kvinner som enten vurderer, eller ønsker å henvises til, abort, er det viktig at de slipper å være usikre på om fastlegen deres kan møte dem i en så vanskelig og sårbar situasjon. Det forutsettes at fastlegen kan opptre empatisk og faglig i situasjonen, og legge egen overbevisning til side, i møtet med pasienter.

7. Det er lang tradisjon for at allmennleger kan benytte seg av reservasjonsmulighet under de betingelsene som er nevnt i pkt. 1. Dette var ikke noe tema under innføringen av fastlegeordningen

og muligheten har senest vært bekreftet av Helsetilsynet i 2004 og HOD i 2009. Rådet for legeetikk har tidligere støttet en slik mulighet og Legeforeningen har aldri tidligere gått i mot en slik mulighet. Flertallet i Rådet for legeetikk (4 medlemmer) mener at det er urimelig at leger som i god tro har benyttet seg av reservasjonsmulighet og gjennomfører dette i tråd med de krav som er satt i pkt. 1, skal fratas muligheten for fortsatt å jobbe som fastlege. I praksis er mange fastleger ”låst” i sin praksis – det er ingen reelle alternativer. Det er rimelig å tro at et flertall av dem som ønsker en reservasjonsmulighet, vil gå mot sin overbevisning og akseptere å henvise dersom det står om å miste jobben. Det er lite trolig at disse legene vil være de beste rådgivere, for eksempel for abortsøkende kvinner. Det er et moment at konsultasjoner med tanke på abort og assistert befruktning utgjør en svært liten andel av en fastleges praksis.

Rådets mindretall mener at argumentet om at abortsøknader gjelder kun et lite antall av fastlegens konsultasjoner, ikke holder. For kvinnen det gjelder, er det kanskje den viktigste og vanskeligste konsultasjonen i hennes liv, og den gangen hun aller mest trenger fastlegens hjelp og støtte.

8. Rådets flertall mener at Legeforeningen bør ta prinsipiell stilling til om fastleger i det hele tatt skal kunne ha reservasjonsmuligheter for henvisning til mulig fremtidige lovbestemte medisinske rettigheter som er kontroversielle ut fra en moralsk/religiøs synsvinkel, for eksempel surrogati, legeassistert selvmord og genetisk manipulasjon av egenskaper. Flertallet i Rådet ser ingen prinsipielle forskjeller mellom slike potensielle rettigheter og abort eller assistert befruktning.

Rådets mindretall mener at denne saken først og fremst gjelder fastlegers eventuelle reservasjonsrett/reservasjonsmulighet ved henvisning til abort, henvisning av lesbiske til kunstig befruktning, og prevensjon. Det er vanskelig å spå om fremtidige etiske dilemmaer for fastleger og andre leger, og det er derfor vanskelig å behandle disse allerede nå.

9. Dersom Legeforeningen bestemmer seg for ikke å akseptere reservasjonsmuligheter for fastleger gitt betingelsene i pkt. 1, bør Legeforeningen vurdere å endre Etiske regler for leger, kap I, § 6 som sier at ”En lege kan avslå å ta en pasient under behandling, såfremt denne har rimelig anledning til å få hjelp av en annen lege”. Ut fra sammenhengen må dette leddet tolkes som ikke bare å gjelde i forhold til øyeblikkelig hjelp (det er dekket av paragrafens første ledd). Etiske regler for leger gir ingen juridiske rettigheter, men de må være i tråd med gjeldene lover. Rådet er innforstått med at en fastlegekontrakt innebærer begrensninger i retten til å avslå og ta pasienter i behandling, men flertallet mener at den ikke utelukker en reservasjonsmulighet gitt nevnte betingelser.

10. Rådet for legeetikk ber Legeforeningen vurdere det juridiske grunnlaget for å hevde at fastlegen har en forpliktelse til selv å stå for henvisningen til spesialisthelsetjenesten ut fra ordlyden i Fastlegeforskriften. Flertallet i Rådet mener at teksten i Fastlegeforskriften ikke er til hinder for at en kollega kan stå for henvisning i moralsk kontroversielle saker gitt at de betingelsene som er skissert i pkt. 1 oppfylles. Flertallet i Rådet mener også at Menneskerettighetserklæringen og Europarådets resolusjon 1763 er momenter som bør åpne for slik reservasjonsmulighet.

Referanser:

1. Markestad T, Hytten K. Hvor går grensen for reservasjonsretten? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:1844-5. (<http://tidsskriftet.no/article/2017093>).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Spørsmål angående reservasjonsrett for leger. Ref. 200805256. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009
3. Magelssen M, Fredheim OMS. Når bør leger ha reservasjonsrett? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131:2518-9. (<http://tidsskriftet.no/article/2185259>).

1.1.4. Revisjon av policynotat – profesjonsetikk

I forbindelse med et større pågående arbeid med skriftliggjøring av Legeforeningens politikk blir eksisterende policynotater gjennomgått/revidert/støket/fornytt.

Rådet **vedtok** å endre eksisterende policynotat. Etter samarbeid med samfunnspolitisk avdeling i Legeforeningen har forslaget fått følgende utforming slik at det passer med malen for policynotater

Profesjonsetikk

Etisk bevissthet er grunnleggende i all legevirkosomhet og basis for god, faglig virksomhet. Leger skal alltid ha pasientenes beste i sentrum, samtidig som samfunnsmessige hensyn må ivaretas. Legene har selv et ansvar for kontinuerlig å utvikle og fremme en profesjonsetikk bygd på samfunnets generelle normer. [Etiske regler for leger](#) gir føringer for legenes profesjonsetikk. For å være rustet til å møte de mange utfordringene, må øvelse i etisk refleksjon stå sentralt gjennom grunn- og videreutdanningen og i yrket som lege.

Legeforeningen mener:

- Å utvikle etisk bevissthet må ha høy prioritet blant leger.
- Styringen og organiseringen av helsetjenesten må underbygge legenes mulighet og ansvar for å handle i tråd med sin faglige og etiske overbevisning.
- Medisinsk etikk, med forankring i klinisk praksis, må ha en sentral og gjennomgående plass i grunn-, videre- og etterutdanningen.
- Uformelle arenaer for faglig diskusjon er viktig for etisk refleksjon. Ledelsen ved det enkelte helseforetak må se nytten av og ta ansvar for at det finnes slike arenaer på arbeidsplassene.
- Kliniske etikkomiteer skal ha en viktig rolle for å stimulere til etisk refleksjon ved sykehusene. Kommunene må sette etikk på dagsorden ved at det opprettes etikkomiteer innenfor den samlede pleie- og omsorgstjenesten. Etikkarbeidet bør være en oppgave som kontrolleres og følges opp gjennom arbeidsgivers ansvar i spesialisthelsetjenesten og internkontrollsystemet i kommunen.

Bakgrunn

[Legeforeningens profesjonsetiske regler](#) gir retningslinjer som skal bidra til at de verdimesige sidene av medisinfaget – å lege, å lindre, å trøste – blir ivaretatt av dem som utøver faget. Leger må ha et felles verdisett som grunnlag for yrkesutøvelsen av faget, og dette verdisettet må understøtte allment aksepterte normer i samfunnet og de krav som er pålagt yrkesgruppen gjennom lov. Etikken har samtidig en vesentlig plass ved å ligge til grunn for rettsreglene. Endring i etiske og moralske holdninger vil påvirke tolkningen av rettsgrunnlaget eller føre til revisjon av lovgivningen.

Tilliten til leger fra pasienter og samfunn bygger på at leger har en levende profesjonsetikk og vilje til selvjustis, slik at befolkningen kan stole på at pasientens og samfunnets beste ligger til grunn for de råd som leger gir. Men profesjonsetikken gir ingen garanti for at det utdannes etisk bevisste leger, at faglige og etiske standarder holdes ved like, og at organiseringen av medisinsk praksis understøtter etiske grunnsyn. Etikken utfordres for eksempel av økonomiske inntjeningskrav, av særinteresser knyttet til kommersielle aktører og av manglende selvjustis blant leger.

Et godt tiltak for å styrke profesjonsetikken er opprettelse av kliniske etikkomiteer. Slike komiteer er tverrfaglig sammensatt av helsepersonell med klinisk kompetanse og kompetanse i klinisk

medisinsk etikk. Kliniske etikkomiteer skal bidra til å høyne kompetansen i å identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling. Komiteene skal fremme dialog om etiske problemer og dilemmaer, samt gi råd og utgjøre en arena for etisk refleksjon helsepersonell imellom. De skal bidra til bevisstgjøring om ressursbruk og prioritering, og til at pasienters og pårørendes møte med sykehuset blir best mulig. Komiteene utgjør en beslutningsstøtte for helsepersonell i diskusjoner om etiske problemer, men har bare en rådgivende funksjon. Legeforeningen mener at legene i stor grad må benytte denne arenaen for etisk refleksjon.

Likevel erstatter ikke kliniske etikkomiteer andre uformelle arenaer for etisk refleksjon. Høyt arbeidspress må ikke føre til at formelle og uformelle arenaer for faglig diskusjon blir færre. Blant annet må det være arenaer hvor man regelmessig diskuterer dramatiske hendelser, feil og uhell for at alle skal kunne lære av hverandres erfaringer. Primærhelsetjenestens organisering medfører utfordringer i forhold til å skape arenaer for faglige og etiske diskusjoner. Det er viktig at kommunene bevisst legger til rette for slike refleksjoner i lokalt samarbeidsutvalg og andre møter med tjenesteyterne i kommunene. Kommunene bør oppfordres til å sette etikk på dagsorden ved at det opprettes etikkomiteer innenfor den samlede pleie- og omsorgstjenesten og ved at etikkarbeidet også fremgår som en oppgave som kontrolleres gjennom internkontrollsystemet.

Allmennlegeutvalg, etterutdanningsgrupper og kollegabaserte temagrupper er andre arenaer egnet for etiske diskusjoner. Innføring av en nasjonal praksiskonsulentordning gir bedre muligheter for at faglige og etiske problemstillinger knyttet til samhandling rundt pasientforløp kan diskuteres på de helsetjenestenivåene som er involvert.

Utvikling av etisk bevissthet i grunnutdanningen er viktig. Legeforeningen mener at undervisning i etikk må skje gjennom hele studiet og bli satt i sammenheng med øvrig kunnskap. Etikk må også være en sentral og integrert del av videre- og etterutdanningen for å styrke etisk bevissthet i yrkesutøvelsen. Pasientens rett til å medvirke i gjennomføringen av helsehjelpen er et sentralt element i medisinsk etikk, og det er positivt at pasientens rettigheter er sterk gjennom pasientrettighetsloven. Imidlertid kan det være en fare for skjev utvikling hvis det kun er de ressurssterke pasientene som klarer å benytte seg av rettighetene. For å bidra til rettferdig fordeling av helsehjelp, er det viktig at leger har tilstrekkelig kjennskap til pasientenes rettigheter, så vel som kunnskap om lovgivningen som regulerer legers yrkesutøvelse. Det er en ledelsesoppgave å sørge for nødvendig tilrettelegging slik at pasienter får oppfylt sine rettigheter, og helseforetakene skal ha systemer for internkontroll som ivaretar lovkrav til virksomhetene. Men legene har også et individuelt ansvar for å bidra til rettferdig fordeling av helsehjelp for at etisk atferd er i samsvar med lovpålagte krav.

1.1.5. Forholdet til Etiske regler for leger ved prioritering av ventelistepasienter – 12/1191

En seksjonsoverlege har bedt ba Rådet vurdere om det er akseptabelt for sykehusets ledelse å prioritere nyhenviste pasienter fremfor oppfølging/kontroll av pasienter ut fra økonomiske hensyn. Han mener at sykehusledelsen ønsker å prioritere nyhenviste pasienter for å unngå fristbrudd hos pasienter med ventelistegaranti og for å finne pasienter som egner seg for dagkirurgiske inngrep slik at det ikke skal oppstå ubenyttet kapasitet ved dagkirurgisk avsnitt. Han formulerer spørsmålene slik:

1. Er avdelingens prioritering av nyhenviste pasienter fremfor kontroller ved poliklinikken på dette grunnlaget [økonomiske hensyn/utnyttelse av dagkirurgisk kapasitet] å anse som et etisk problem?
2. Er slik prioritering i konflikt med Pasientrettighetsloven?

Rådet har ikke mandat til å vurdere spørsmålet i forhold til Pasientrettighetsloven, men vurderte saken i forhold til Etske regler for leger.

Rådet **vedtok** å uttale:

I følge Etske regler for leger er det de medisinske behovene som skal være retningsgivende for hvilken prioritet den enkelte pasient skal ha, jf. Etske regler for leger kap. I, § 12 som bl.a. sier at *”Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel”*. Det betyr, etter Rådets oppfatning, at det er sykdommens alvorlighetsgrad, betydningen av at behandlingen gis tidlig og forventet nytte av behandlingen som er de sentrale hensynene. I forhold til spesialisthelsetjenesten er det også viktig å avklare om tilfredsstillende behandling eller oppfølging kan gis av andre, i første rekke primærhelsetjenesten.

Det er altså pasientens behov og ikke økonomiske betraktninger som skal være retningsgivende. For spesialisthelsetjenesten er det opp til de(n) medisinsk-faglig ansvarlige å vurdere om det er den nyhenviste eller den som allerede har vært til utredning eller behandling, som bør gis høyeste prioritet ut fra en medisinsk-faglig avveining. Rådet ser spesialisthelsetjenestens utfordringer i forhold til ventelister og mener at spesialisthelsetjenesten har et særlig ansvar for å bidra til effektiv utnyttelse av alle ledd i helsetjenesten ved å være tydelige på indikasjonsstillinger for utredning og behandling i forhold til henvisende instanser og for å bidra til å tilføre primærhelsetjenesten kompetanse, både til å løse medisinske spørsmål i førstelinjetjenesten og på den måten begrense unødvendige henvisninger, og til å kunne ta over oppfølging av pasienter som er utredet/behandlet i spesialisthelsetjenesten.

1.1.6. Revisjon av retningslinjer for lindrende sedering – 12/2429

Leder har i e-post av 1.6. 2012 tatt opp spørsmål om revisjon av retningslinjene for lindrende sedering fra 2001 – som Rådet var sterkt medvirkende til ved utarbeidelsen.

Rådet **vedtok** å tilskrive Legeforeningen slik:

I etterkant av den såkalte «Bærumssaken» tok Rådet for legeetikk initiativet til at Legeforeningen i 2001 utarbeidet retningslinjer for lindrende sedering til døende (1). Denne ble godt mottatt i fagmiljøet i Norge. Den ble også oversatt til engelsk og fikk bred internasjonal oppmerksomhet.

Siden den gang har det skjedd mye på dette feltet, både i Norge og i andre land. Lindrende sedering er akseptert internasjonalt, bl.a. er dette behandlet i en fersk deklarasjon fra World Medical Association (WMA, 2). Den norske legeforening ledet arbeidet med denne deklarasjonen. Ut fra erfaringene nasjonalt og utviklingen internasjonalt anser Rådet for legeetikk det som nødvendig å revidere retningslinjene. Dette gjelder mange forhold, bl.a. om lindrende sedering også kan gis, og i tilfelle under hvilke forutsetninger, til pasienter som ikke er døende. For en tid tilbake påpekte Lars Johan Materstvedt og Reidun Førde flere forhold i de eksisterende retningslinjene som kan ha behov for revisjon (3). Rådet ønsket den gang å vente med et initiativ fordi WMA planla det nevnte dokumentet om «end-of-life care». Helsetilsynets tilsynsmelding i 2004 er også et argument for å se på retningslinjene på ny (4). Helsetilsynet uttrykte den gang bekymring over at sykehusene fortsatt hadde ulik oppmerksomhet på prinsipper og praksis ved lindrende sedering til døende til tross for at

Helsetilsynet hadde orientert sykehusene om prinsippene for lindrende sedering i etterkant av «Bærumssaken» i 2000.

Rådet har vært i kontakt med Reidun Førde og andre og diskutert hvilken instans som bør stå for en revisjon av retningslinjene. Vi er enige om å foreslå at Legeforeningen står for dette siden det dokumentet som i dag benyttes, er utarbeidet av Legeforeningen og siden Legeforeningen har medlemmer med den nødvendige innsikt og kompetanse.

En revisjon av retningslinjene vil sannsynligvis ikke bli særlig krevende eller omfattende. Rådet foreslår at Legeforeningen tar kontakt med Norsk forening for palliativ medisin med tanke på sammensetning av et utvalg. I tillegg foreslår Rådet at Reidun Førde inviteres all den tid hun ledet dette arbeidet siste gang og siden har arbeidet med spørsmålet ut fra en etisk og forskningsmessig synsvinkel. Rådet tillater seg også å foreslå professor i medisinsk etikk og filosof Lars Johan Materstvedt ut fra samme begrunnelse. Siden dette berører grunnleggende legeetiske problemstillinger, bør også Rådet for legeetikk være representert med ett medlem.

1. Den norske lægeforening. Retningslinjer for lindrende sedering til døende. Legeforeningen 2001.
2. WMA declaration on End-of-life Medical Care (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e18/index.html>)
3. Materstvedt LJ, Førde R. Retningslinjene for lindrende sedering bør revideres. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:426-8.
4. Helsetilsynet. Uklarheter om lindrende sedering til døende. (http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2004/uklarhet_indrende_sederin_g_til_d%c3%b8ende.pdf).

1.2 Pasienters klager på leger

1.2.1. Klage på lege for uttalelse under konsultasjon – 11/3101

En pasient fremsatte klage på en lege for, ved behandling av skade etter fall på glatt føre, å ha uttalt at dette skyldes at pasienten er feit.

Innklaget lege tok i sitt tilsvarende svar avstand fra at han skal ha uttalt at pasienten er ”feit”. Han mener også at det er tatt ut av luften at skaden skyldes pasientens overvekt. Han vil ikke utelukke at han har uttalt at ”vekten ikke bidro til å gjøre skaden mindre”. Han beklager det om pasienten har misforstått hans utsagn.

Rådet **vedtok** å uttale:

Når det gjelder hvilke ord som har vært anvendt under konsultasjonen, står påstand mot påstand. Rådet kan derfor ikke ta konkret standpunkt til om det har vært anvendt upassende uttrykk under konsultasjonen.

Rådet har i en annen sammenheng antatt at leger ved omtale av pasienters vekt bør avstå fra å anvende uttrykk som kan oppfattes som stigmatiserende eller krenkende, men dersom legen etter en medisinsk-faglig vurdering ønsker å gjøre pasienten oppmerksom på sammenhenger med pasientens

overvekt, vil dette ikke kunne kritiseres. Hvorvidt det i dette tilfellet var nødvendig å trekke inn pasientens overvekt, er en medisinsk-faglig vurdering som Rådet ikke kan uttale seg om.

1.2.2. Klage på lege - opptreden - 11/3334

En pasient har fremsatt klage på en lege for hennes opptreden i forbindelse med en konsultasjon.

Saken var denne:

Under en samtale mellom klager og innklaget lege om aktiv sykmelding, ble dialogen vanskelig. Legen valgte å utarbeide et brev til klagers arbeidsgiver, som pasienten fikk en kopi av, men klager var ikke tilfreds med innholdet og forsøkte å få legen til å endre dette da legen ble ledig etter at neste pasient var ferdig. Klager mener at innklagede lege var irritert og oppførte seg på en måte som var svært ubehagelig for klager i nærvær av andre pasienter.

Innklagete lege kjenner seg ikke igjen i klagers beskrivelse av hennes opptreden. Hun tar avstand fra at hun skal ha opptrådt slik klager beskriver i nærvær av andre pasienter. Brevet som ble skrevet med det formål at dette skulle leveres arbeidsgiver, var ment som en hjelp til å få arbeidsoppgaver pasienten kunne mestre med sin restarbeidsevne – som pasienten tidligere hadde uttrykt ønske om.

I en senere uttalelse utdyper klager hva hun var misfornøyd med i brevet som legen skrev og mener at legen hadde misforstått hennes uttalelser under konsultasjonen slik at hennes muligheter for alternative arbeidsoppgaver ble fremstilt mer positivt enn hva hun selv hadde gitt uttrykk for. Hun fastholder beskrivelsen av legens opptreden etter konsultasjonen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at partene har ulik oppfatning av hva som skjedde etter avsluttet konsultasjon. Påstand står mot påstand slik at Rådet ikke kan ta standpunkt til om legens opptreden har vært i samsvar med kravene i Ethiske regler for leger.

Rådet konstaterer at det også er uenighet om det faglige innholdet i brevet som ble utarbeidet til arbeidsgiver. Dette er medisinsk-faglige vurderinger som Rådet ikke kan ta standpunkt til, jf. Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

Selv om Rådet ikke kan ta standpunkt til om konsultasjonen fikk et forløp som er i samsvar med kravene etter Ethiske regler for leger, er det allikevel nyttig at slike forhold bringes frem for Rådet slik at leger kan gis anledning til å reflektere over egen og andres praksis.

1.2.3. Klage på lege – oppførsel - 11/3792

En pasient har innklaget en lege for hans oppførsel under konsultasjon på legevakt om kvelden.

Pasienten oppsøkte legevakten for økende smerter i ørene og hodet og svimmelhet. Han hadde hatt disse plagene 3-4 ganger i uka i lengre tid og vært hos legen sin flere ganger for dette de siste månedene, uten at det hadde vært påvist noen grunn. Fastlegen var nå bortreist. Pasienten beskriver å ha fått kjeft av legen fordi han kom med et slikt problem sent på kvelden, og legen var fortsatt sint

og høylydt etter at pasienten hadde forklart omstendighetene. I følge klager tok konsultasjonen 3 minutter og han fikk 4 piller.

Innklagete lege bekrefter at han spurte hvorfor de valgte å komme nær midnatt med et problem som hadde vart over tid. Han har en annen oppfatning av hvordan konsultasjonen forløp uten å presisere dette nærmere, men beklager at han ble oppfattet slik klager beskriver forløpet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at påstand i stor grad står mot påstand i forhold til hvordan konsultasjonen forløp og kan derfor ikke ta stilling til alle påstandene. Legevakten skal bare ta seg av medisinske tilstander som ikke bør vente, men grad av hast kan ofte ikke vurderes før pasienten er undersøkt. Det må derfor aksepteres at det er en relativt lav terskel for å oppsøke legevakten. Selv om en pasient har en kronisk eller tilbakevendende sykdom, kan behovet for å søke hjelp på legevakten være nødvendig dersom symptomene blir spesielt plagsomme. I dette tilfellet fant sykepleieren, som tok imot pasienten, grunnen god nok, og da burde legen akseptert begrunnelsen og ikke signalisert irritasjon eller beskyldning om å oppsøke legevakten unødig. I følge journalnotatet hadde pasienten en akutt mellomørebetennelse, altså en annen og ofte smertefull akutt sykdom som var forskjellig fra hans tilbakevendende plager. Det viser at det ikke var uberettiget å oppsøke legevakten sent etter hvert som smertene økte på.

Påstand står i stor grad mot påstand i forhold til hvordan konsultasjonen forløp, men tilbakemeldinger fra pasienter er nyttige som kilde til refleksjon over egen væremåte

1.2.4. Klage på leger - opptreden – 11/4605

Pårørende har i to brev rettet kritikk mot flere leger og annet helsepersonell ved et universitetssykehus for måten de er blitt møtt på, gitt informasjon og fulgt opp på etter at det kort tid etter fødselen var åpenbart at sønnen ville få en alvorlig funksjonsnedsettelse. På nærmere forespørsel har foreldrene rettet sin klage primært mot en overlege og en annen lege, men de etterspør også en bredere vurdering av avdelingenes håndtering, både hvordan de ble møtt i forhold til ønskete og planlagte samtaler og hvordan leger senere har belyst saken i forhold til Norsk pasientskadeerstatning idet de mener at det i disse uttalelsene har skjedd en omskrivning av den originale journalen.

Saken er denne:

Etter fødselen ble det raskt klart at barnet hadde en skade. Det er ikke redegjort nærmere for årsaksforhold eller barnets sykehistorie, men saken er meldt Norsk pasientskadeerstatning. Dagen etter fødselen ble han overflyttet barneavdelingen.

Foreldrene er kritiske til at moren ikke fikk tilstrekkelig assistanse i gjøremål rett etter fødselen – blant annet besvimte hun - og at personalet neglisjerte flere henvendelser like etter fødselen om at barnet hadde en synlig skade. Det meste av kritikken mot fødeavdelingen er manglende vilje til å delta eller vilje til å organisere ettersamtaler med deltagelse av de som var direkte involvert i fødselen. Klagerne har beskrevet dette i detalj: De opplevde dette som avvising og som uverdigg og ydmykende, ikke minst tatt i betraktning den kritiske situasjonen de var i.

Spesielt er de kritiske til uttalelse fra overlegen som i følge dem sa at ”det eneste som er interessant i denne saken er hva dere som foreldre har gjort galt under svangerskapet.” De opplevde at legen la skylden på foreldrene uten å kunne redegjøre for årsakssammenhengen.

Legen innklages for at han ved førstegangs informasjon om barnets skade gjorde dette på et fellesrom med flere andre foreldre til stede. Disse kunne høre hva som ble sagt og oppleve foreldrenes reaksjoner på budskapet.

Legen som får mest kritikk, skriver at han ikke husker alle detaljene, men beklager situasjonen og er enig i at samtalen aldri skulle ha skjedd på den måten det ble gjort.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har ikke mottatt tilsvarende fra den ene legen og tar derfor klagernes beskrivelse som utgangspunkt. Rutiner og grunner for å ha assistanse ved dusjing etter fødsel og nødvendigheten av å tilkalle lege ved mistanke om at barnet er sykt er medisinsk-faglige spørsmål som Rådet ikke tar stilling til, jf. Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Rådet mener likevel at slike forespørsler bør etterkommes så langt det er mulig, og uansett at foreldre i en slik situasjon må få en forklaring på hvorfor det ikke anses nødvendig å tilkalle lege på det tidspunktet. Rådet er også enig i at en avdeling raskt må kunne etablere et oppklarende møte når det har skjedd noe alvorlig og uventet slik som at det ble konstatert at barnet hadde en alvorlig skade. Det er da viktig at foreldre også får snakke med dem som bistod under fødselen. Det å ikke etterkomme slike behov på en profesjonell måte anser Rådet som brudd på Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2 om å vise respekt, barmhjertighet og omsorg.

Det å informere om barnets tilstand under andres påhør er brudd på de samme paragrafer og særlig med kap. I, § 4 om taushetsplikt. Dette gjelder generelt for all informasjon til pasienter og pårørende, og særlig var bruddet alvorlig i denne situasjonen da det gjaldt første gangs informasjon om en alvorlig varig skade. Innklagete lege innser selv at dette var et alvorlig brudd på taushetsplikten og tar det fulle ansvar for denne svikten og beklager dette i begge brevene. I forhold til legens brev til foreldrene har foreldrene et poeng når de påpeker at han uttrykker at han er lei seg ”for at samtalen ble oppfattet slik de beskriver den”. Rådet ser ofte at denne typen formulering brukes selv om innklagete lege mener å beklage det han har gjort. Men når man leser en slik formulering nøyere innebærer den en begrenset unnskyldning, det vil si ikke at en har gjort en feil, men at andre har oppfattet ham feil. Når en lege har gjort en feil, må han ta et uforbeholdent ansvar og uttrykke beklagelsen annerledes.

Når det gjelder den refererte uttalelsen fra overlegen om at ”*det eneste som er interessant i denne saken er hva dere som foreldre har gjort galt under svangerskapet*”, er denne uakseptabel. Ut fra kjennskap til denne typen samtaler vil Rådet anta at legen har ment at skaden ikke oppstod under selve fødselen, men i løpet av svangerskapet. Da er det vanlig å avklare og stort sett aktivt påpeke at foreldrene ikke hadde noen skyld i skaden.

Rådet for legeetikk gir kritikk til aktuelle leger ved fødeavdelingen for ikke på en god måte å ha imøtekommet foreldrenes behov for samtaler med de legene som var involvert i fødselen, jf. Ethiske regler for leger kap I, §§ 1-3 om å vise respekt, omsorg og om rett til informasjon. Rådet uttaler også sterk kritikk til legen for måten han informerte foreldrene på. Det var brudd på kap I, §§ 1 og 2 og kap I, § 4 om krav til taushetsplikt. Rådet merker seg at han tar det fulle ansvaret for denne feilen selv om han uttrykker seg litt klønete i siste tilsvarende.

1.2.5. Klage på lege - opptreden under konsultasjon – 11/4651

En familie har innklaget en lege for måten sønnen, som går i videregående skole, ble møtt på da han oppsøkte legen for undersøkelse og legeerklæring til skolen.

Sønnen fikk hastetime fordi han hadde hostet noen dager uten å bli bedre og fordi han trengte legeerklæring på grunn av fravær fra skolen i 3 dager på tidspunktet for konsultasjonen. I følge klager var han ikke bedre dagen for konsultasjonen.

Ifølge klager hadde innklagete lege sagt at han syntes det var unødvendig av pasienten å oppsøke ham, at det skapte mye ekstra papirarbeid for legen og at han burde tenke seg bedre om neste gang slik at han [legen] ikke kastet bort tiden på slikt tull. Legen tok samtidig opp problematikken at mange skoleungdommer oppsøkte ham i samme ærend.

Innklagete lege viser til sitt journalnotat der det er anført at pasienten har gitt uttrykk for at han følte seg bedre og at hensikten med konsultasjonen var å få en legeerklæring for sykdommen han hadde hatt de 3 forutgående dagene. Legen innrømmer at han uttrykte frustrasjon over det å skulle skrive legeerklæring for en sykdom som har vært, men nå er over, fordi legen da ikke kan vurdere berettigelsen av den. Legen viser til at han har sendt en personlig beklagelse til pasienten og uttrykker at utsagnet var ment å være en generell betraktning og ikke en kritikk av pasienten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk er enig med innklagete lege i at en lege egentlig ikke har anledning til å tilbakedatere legeerklæringer om sykdom. Rådet har forståelse for den konflikten og frustrasjonen leger opplever i denne typen situasjoner der skolen setter krav som leger egentlig ikke har mulighet til å oppfylle. Imidlertid er det uakseptabelt at lege konfronterer en ung skoleelev med sin frustrasjon på den måten som her er beskrevet. Rådet oppfatter det som brudd på Ethiske regler for leger kap I, § 2 om å vise pasienten barmhjertighet, omsorg og respekt og gir innklagete lege kritikk for det. Rådet merker seg at legen beklager sin oppførsel.

1.2.6. Klage på lege – 12/760

En lege ble innklaget for å ha gått ut over sitt mandat som felles parterapeut for seg og sin mann, opptrådt som lege for mannen uten at hun var klar over det og uten samtykke, vist uaktsomhet i forhold til taushetsplikt på flere punkter og brutt etiske regler for legeerklæringer.

Til klagen er det lagt ved bekymringsmelding, inklusive kopi av legejournalen, som legen hadde sendt til barnevernet i kommunen, samt kopier av klage på legen til fylkeslegen og fylkeslegens vedtak om at legen ikke hadde brutt Helsepersonelloven ved å sende bekymringsmeldingen til barnevernet. Legen har redegjort for sin rolle, og dette er kommentert av klager.

Saken er denne:

Legen arbeider ved et familierådgivningskontor der klager og hennes mann søkte hjelp. Første samtale var med begge ektefeller. Senere har innklaget lege hatt en samtale med mor og flere med far etter at far hadde fått mistanke om at mor skadet barnet deres. Klager ønsket ikke videre kontakt med innklagete lege. På grunn av fars bekymring ble saken meldt til barnevernet av helsesøster etter

at også fastlegen hadde undersøkt barnet. På grunn av opplysningene innklagete lege fikk fra far og også fra farmor, valgte legen også å sende en utførlig bekymringsmelding til barnevernet. I bekymringsmeldingen anfører legen at faren oppga at han i samtaler med barnevernet hadde vansker med å få formidlet seg på en måte som gjorde at de forstod kompleksiteten og alvoret i situasjonen. I bekymringsmeldingen redegjør legen om mulige atferdsavvik hos moren og årsaksforhold rundt disse. Innklagete lege forklarer hvorfor bekymringsmeldingen fikk sin form og hvorfor hun la ved utskriften av familiekontorets journal til barnevernet. I forhold til utformingen av bekymringsmeldingen presiserer legen at det ikke ble stilt noen diagnose i forhold til klager og at det ble tatt nødvendige forbehold i vurderingene..

Rådet **vedtok** å uttale:

Selv om innklagete lege visste at det var sendt bekymringsmelding til barnevernet fra helsestasjonen, anser Rådet at innklagete lege også hadde plikt til å sende bekymringsmelding ut fra sin vurdering om at det kunne være overhengende fare for barnet og fordi hun hadde fått en innsikt i forholdet som kanskje fastlege og helsesøster ikke hadde. Selv om det tilligger barnevernet å utrede en barnevernssak, støtter Rådet innklagete lege i at det var riktig og viktig å begrunne og utdype bekymringen, men mener at legen gikk unødige langt i spekulasjonene i forhold til sammenhengen mellom mors bakgrunn og nåværende psykiske helse og sammenhengen mellom hennes psykiske helse og mulig skading av barnet, jf. Ethiske regler for leger kap IV, § 4 som bl.a. sier at *«Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet»*. Selv om innklagete lege presiserer at vedkommende ikke stiller noen diagnose, går legen langt i å legge føringer for diagnoser. Rådet mener også at det var unødvendig og dermed i strid med Ethiske regler for leger, kap I, § 4 om taushetsplikt, å henvende seg til fastlegen og til farens nære slekt uten mors samtykke, igjen ut fra at det er barnevernet som har ansvaret for utredningen. Rådet mener også at det var i strid med samme paragraf å legge ved utskriften av journalen sammen med bekymringsmeldingen, ikke minst fordi denne inneholder opplysninger om forhold og personer som ikke er direkte relevante for barnevernets behandling av saken. Rådet gir derfor innklagete lege kritikk for disse forholdene.

1.2.7. Klage på fastlege - opptreden/utøvelse av legevirkosomhet – 11/5727

En pasient innklaget sin fastlege for måten han ble tatt i mot ved avtalt konsultasjon.

Klager møtte til det han hadde fått oppgitt som avtalt tid en lørdag, men da var legen i ferd med å låse seg ut av kontorbygget. Legen avviste å undersøke pasienten, og klager opplevde legen som arrogant og avvisende selv om han hadde tatt opp et alvorlig helseproblem. Legen viser til at pasienten var satt opp til time noen timer tidligere på dagen og at det må ha vært en beklagelig misforståelse om timeavtalen. Han oppfattet ikke at klager hadde mistanke om hjertesykdom og anbefalte ham høflig om å bestille time på mandag eller oppsøke legevakten samme ettermiddag dersom han hadde behov for det. Han uttalte samtidig at han ”synes det er meget beklagelig at pasienten ikke føler seg godt nok ivaretatt av meg som lege. Dette beklager jeg sterkt”. Pasienten har i nytt brev bemerkert at han ikke er tilfreds med legens beklagelse, i tillegg til å anføre at det er faktiske feil i legens saksfremstilling.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet oppfatter at det må ha skjedd en misforståelse med hensyn til tidspunktet for timeavtalen. Dersom det var grunn til å mistenke at legekantoret var ansvarlig for misforståelsen, burde legen ha

strukket seg langt for å hjelpe pasienten. Imidlertid mener Rådet at det var akseptabelt å henvise ham til legevakten dersom legevakt var lett tilgjengelig og legen ikke hadde tid til å åpne kontoret påny og undersøke pasienten. En forutsetning for dette ville da ha vært at dette ble begrunnet og forklart på en høflig og empatisk måte. Påstand står mot påstand om hvordan samtalen skjedde og Rådet kan derfor ikke ta konkret stilling til det. Rådet merker seg at legen beklager situasjonen, men er enig med klager i at beklagelsen er utformet på en slik måte at det gir inntrykk av at ansvaret plasseres på klager.

1.2.8 Klage på fastlege - opptreden/utøvelse av legevirkksomhet – 11/401

I denne saken ble en lege innklaget av flere medlemmer av en familie fordi de mente at legen tok parti i en familiekonflikt og bidro til at konflikten utviklet seg gjennom sitt engasjement. Konflikten gjaldt i hovedsak hvorvidt en felles forelder, som har en demenssykdom, har samtykkekompetanse, og derav hvilke reelle muligheter og rettigheter pasienten burde ha til selv å bestemme over helsemessige og sosiale forhold. Et sentralt punkt i saken var om innklagete lege hadde så nær tilknytning til den ene siden i familiekonflikten, at det kunne være tvil om legens habilitet. Rådet behandlet saken med referanse til bestemmelsene i Etske regler for leger om habilitet, Kapittel IV, § 2, og om krav til utforming av legeerklæringer, Kapittel IV, § 4.

Rådet **vedtok** å uttale:

Ut fra det samlede bakgrunns materialet har ikke Rådet for legetikk grunnlag for å si at innklagete lege var inhabil med tanke på å påta seg oppgaven som pasientens fastlege eller til å skrive legeerklæringer for vedkommende. Rådet mener imidlertid at en legeerklæringen innklagete lege har skrevet til overformynderiet om pasienten er i strid med de strenge kravene Etske regler for leger setter til utforming av legeerklæringer. Legens rolle i denne saken var å vurdere pasientens samtykkekompetanse og underbygge sin vurdering ut fra medisinsk-faglige betraktninger. Rådet tviler ikke på innklagete leges gode vilje til å hjelpe sin pasient, men mener at legeerklæringen går ut over formålet, særlig ved å blande inn betraktninger om rollene til medlemmer av familien i det hun erkjenner er en dyp familiekonflikt. Etter Rådets vurdering oppfyller ikke legeerklæringen kravene til objektivitet, nøytralitet og begrensning til formålet slik kravene er nedfelt i Etske regler for leger Kap IV, § 4.

1.2.9 Klage på lege – opptreden

En pasient har klaget på en lege for legens opptreden i forbindelse med at han på slutten av en konsultasjon tok opp klagers forhold til øvrige ansatte ved helsesenteret.

Saken er denne:

Under en konsultasjon hos legen ble klager/pasienten konfrontert med at personalet ved legekontoret hadde reagert på hans oppførsel.

Pasienten anfører at innholdet i beskyldningen var usaklig og uakseptabel. Han oppsummerer klagen i fem punkter;

1. Manglende konkretisering av hvilke forhold det var klaget på
2. Manglende rett til å imøtegå kritikken, da det ikke er mulig å forsvare seg mot kritikk som ikke er konkret

3. Trusler om utestengning
4. Trusler om gjengjeldelse
5. Bruk av skjellsord som ”bølle”, ”bøllete”.

Legen skriver at legesekretærene ved senteret har gitt uttrykk for at pasienten har en væremåte som oppleves som meget krevende i det han krever et høyere servicenivå enn det de medisinske forhold tilsier, og er ”*vanskelig, kranglete og ubehagelig å ha ved kontoret*”. På den bakgrunn tok han dette opp med pasienten, i håp om å oppnå en bedring av situasjonen. Han har beklaget at pasienten opplevde det som vanskelig, men fastholder at det var nødvendig å gi ham tilbakemelding på hvordan de ansatte ved kontoret oppfatter ham.

Rådet **vedtok** å uttale:

Påstand står i stor grad mot påstand om innhold og form på kommunikasjonen i denne saken. Ettersom det kun var klager og innklaget som var tilstede da samtalen fant sted, kan ikke Rådet etterprøve hva som konkret ble sagt eller hvordan det ble sagt. Imidlertid har Rådet merket seg at klager skriver om samtalen at ”*Det var likevel ingen form for munnhuggeri eller ”krangel” mellom oss. Selve formen var saklig og rolig*”.

Rådet bemerker at kommunikasjon er en vanskelig kunst, og det kan være ekstra krevende å oppnå en god dialog og gjensidig forståelse, særlig i en situasjon hvor legen påpeker forhold som ikke direkte relaterer seg til den alminnelige lege-pasient relasjonen.

Legen har et særlig ansvar for god kommunikasjon, og etter Etiske regler kap. I, § 2 skal legen blant annet ”*ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt.*”

Imidlertid har en lege også et ansvar for sine ansatte, og all den tid de opplevde klager som vanskelig, mener Rådet at det var korrekt å ta klagers oppførsel opp med ham. For ikke å utlevere sine ansatte mener Rådet også at det var rimelig av legen å ikke gi helt konkrete eksempler på hvem og hva de ansatte opplevde som vanskelig. Ettersom klager innrømmer å ha bedt om unnskyldning for sin oppførsel til en av de ansatte, og slik han refererer fra samtalen med legen, burde det være tydelig hva saken dreide seg om uten å gå i detalj.

1.2.10 Klage på lege – oppførsel

Et ektepar har klaget på en lege, for hennes oppførsel under en konsultasjon.

Klagerne oppsøkte legen med ønske om tilbakedaterte legeerklæringer for å få slettet urettmessig gjeld. De avklarte med sekretær at de begge kunne stå oppført på én time.

Klager beskriver at legen startet med å ”*innstendig forlange å få vite hvem som var pasienten*”, og at hun ikke ville ta inn begge to. Den ene av klagerne var på dette tidspunktet i telefonen for å få oversendt journalene fra tidligere lege, og legen ba henne gå ut ”*med en lite trivelig mine*”. Videre virket legen i følge klager, irritert, og på forespørsel om tilbakedatert legeerklæring svarte hun ”*i en sint og opphisset tone at det kunne hun ikke (uten å forklare hvorfor)*”. Klager beskriver det som en traumatisk opplevelse, som har skapt angst.

Innklagete lege forklarer at det var en stresset dag og at hun ikke hadde mulighet til å ta inn to ukjente personer på en konsultasjon, altså tyve minutter. Hun uttaler at hun forsøkte å forklare tydelig at hun ikke kunne skrive legeerklæring for en ukjent person, uten journal og i tillegg med tilbakedatering. Hun opplevde å bli presset til å skrive en slik erklæring, og at det var en utfordrende situasjon hvor hun forsøkte å forholde seg rolig.

Rådet **vedtok** å uttale:

Påstand står i stor grad mot påstand om innhold og form på kommunikasjonen i denne saken. Rådet kan ikke etterprøve hva som konkret ble sagt eller hvordan det ble sagt, og kan derfor heller ikke ta konkret stilling til saken.

Rådet bemerker at kommunikasjon er en vanskelig kunst, og det kan være krevende å oppnå en god dialog og gjensidig forståelse, særlig hvor lege og pasient ikke kjenner hverandre godt og har ulike forventninger til konsultasjonen. Det er imidlertid legens ansvar å sørge for at en diskusjon føres saklig.

I Ethiske regler for leger kap. IV er det gitt regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer. I § 2 står det blant annet at *”Dersom legen mener at det saklige grunnlag for å utstede erklæringen ikke er tilstede, skal erklæring ikke avgis”*, videre i § 3 *”En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier”*.

Rådet er derfor enig med legen i at det ville være i strid med Ethiske regler for leger å skrive en legeerklæring på det grunnlaget som forelå. Uansett er det ikke tillatt å tilbakedatere legeerklæringer, men en legeerklæring kan beskrive tidligere forhold av betydning for innholdet i erklæringen dersom dette er ting som er godt kjent for legen eller tilstrekkelig dokumentert i en journal.

1.2.11 Klage på lege – mangelfull informasjon fra øyeklinikk

En pasient har fremsatt klage på en øyeklinikk for mangelfull informasjon før en øyeoperasjon. Sammen med klagen har klager lagt ved kopi av klage for det samme forholdet til Helsetilsynet i Oslo og Akershus og Helsetilsynets vurdering. Spesialist i øyesykdommer og ledende sykepleier ved øyeklinikken har svart på klagen og lagt ved informasjonsmateriell som gis til pasientene før denne typen operasjoner.

Saken er denne:

På bakgrunn av en annonse tok klager kontakt med øyeklinikken med tanke på operasjon for å slippe lesebriller på grunn av normal aldersbetinget endringer i nærsyn. Operasjonen innebar å erstatte øyets linser med kunstige linser. Klager fikk forståelse for at dette var en enkel og ufarlig operasjon med nærmest garantert godt resultat. Det som ble opplyst om mulige bivirkninger, ble bagatellisert, og han påpeker at han i praksis var prisgitt legens og klinikkens etiske standard fordi informasjonen var for mangelfull til at han kunne stille relevante kritiske spørsmål. Han fikk betydelige synsproblemer etter operasjonen og har fått støtte fra Helsetilsynet på at han hadde fått utilstrekkelig informasjon før han bestemte seg for inngrepet. Helsetilsynet påpeker at legen hadde et spesielt stort ansvar for å sikre seg at informasjonen var dekkende og forstått all den tid det dreide seg om en operasjon på friske øyne, og også at legen hadde et selvstendig ansvar for å vurdere om inngrepet var å anbefale, uavhengig av om pasienten ønsket inngrepet eller ikke.

I tilsvaret viser innklagete lege til at operasjonen er vanlig og anerkjent internasjonalt og til at rapporterte sjenerende bivirkninger er svært sjeldne. Han hevder også at øyeklinikken hele tiden har bestrebet seg på å gi god informasjon slik at pasientene har realistiske forventninger. For å sikre dette har klinikken utarbeidet eget informasjonsmaterieell og oppnådd ISO-sertifisering for dette. De krever også skriftlig samtykke der pasienten bl.a. underskriver på at han har mottatt og forstått informasjonen om forventet resultat og eventuelle komplikasjoner og bivirkninger tilknyttet inngrepet/operasjonen, og hatt mulighet til å stille spørsmål og fått svar på disse.

Klager har kommentert brevet fra innklaget lege og bl.a. vist til at den informasjonsbrosjyren øyeklinikken har sendt til Rådet er mer omfattende med tanke på komplikasjoner og bivirkninger enn den han selv fikk i forkant av operasjonen.

Rådet har sammenlignet de to brosjyrene. Når det gjelder mulige komplikasjoner og bivirkninger sies det i brosjyren pasienten fikk utdelt, at *"Det store flertallet av pasientene ... er svært fornøyde"*, at man *"... vil se en aura rundt lyspunkter i mørket. Få pasienter finner dette særlig forstyrrende. I løpet av de første ukene og månedene vil dette gi seg hos de aller fleste."*

Tilsvarende sies det at enkelte pasienter kan oppleve optiske fenomener som diffuse skygger eller reflekser, men at disse pleier å forsvinne etter hvert. Ca. 5-10 % kan få PCO som lett fjernes ved en enkel behandling. Om risiko for komplikasjoner står det at *"Alvorlige komplikasjoner som netthinneavløsning eller infeksjoner i øyet er meget sjeldne"*. I den senere brosjyren som er sendt til Rådet fra klinikken, er risikoen for alvorlige komplikasjoner noe nærmere presisert ved å starte beskrivelsen av mulige alvorlige komplikasjoner med at *"Komplikasjoner som kan gi varig skade på synet forekommer, men er svært sjeldne(...)"*, og det er tatt med andre bivirkninger som røde, tørre og irriterte øyne den første tiden. I tillegg deles det nå ut et ekstra konkret informasjonsskriv som klager hevder han ikke fikk. Det er heller ikke sannsynlig at han fikk dette fordi det står i brosjyren som øyeklinikken har sendt til Rådet, men ikke den som klager fikk, at et eget informasjonsskriv vil bli utdelt. I det utvidete informasjonsskrivet står det på slutten med uthevet overskrift: *"Informasjon om at uønskete hendelser kan få konsekvenser for synet er veldig sjeldne, men kan oppstå"*. Under denne overskriften er de samme punktene omtalt.

Rådet **vedtok** å uttale:

Ikke korrigerbare synsproblemer er en alvorlig funksjonsnedsettelse, og leger har derfor et helt spesielt ansvar når det gjelder å vurdere berettigelsen av å utføre et kirurgisk inngrep på friske øyne. Legen har et selvstendig ansvar for å vurdere om inngrepet er til pasientens beste. For å være overbevist om det, må risikoen for uheldige bivirkninger være ekstremt lav, og legen må forvise seg om at informasjonen om mulige uheldige bivirkninger og komplikasjoner er dekkende og forstått. I informasjonsmaterieellet er det påpekt at alvorlige bivirkninger og komplikasjoner kan oppstå, men ut fra utforming og ordbruk, og sett i forhold til informasjonen for øvrig i brosjyren, gis det et helhetlig inntrykk av at uheldige bivirkninger er helt usannsynlige og bagatellmessige. I brosjyren som klager fikk, var risikoen ytterligere nedtonet, og på samtykkeskjemaet var spørsmålet om komplikasjoner formulert veldig generelt.

Rådet mener at markedsføringen gjennom brosjyren er i strid med Etiske regler for leger kapittel III, § 1, 3.ledd om ikke å omtale *"... forventede resultater."* og 4. ledd om at *"Den totale utformingen av avertissementet eller annen informasjon ... må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående"*, noe som betyr at brosjyren som helhet ikke skal virke som en oppfordring. Rådet gir derfor legen kritikk for mangelfull informasjon om mulige uheldige effekter av behandlingen.

På slutten av brosjyren står det om øyeklinikken at den er ”*Ledende i Norden innen synskorrigerende behandling*”. Rådet oppfatter at uttrykket ”*ledende*” henspiller på faglig kvalitet og at bruk av begrepet er i strid med Etiske regler for leger kapittel III, § 1, 3. ledd som bl.a. sier at markedsføring ikke skal omtale ”... *tjenestens kvalitet*”. Dersom det kan dokumenteres at øyeklinikken er Nordens største på slik behandling, må det eventuelt benyttes begrepet ”*største*”.

1.2.12. Klage på lege – oppførsel – 12/2958

Klager har i fremsatt klage på en fastlege i forbindelse med behandling av klagers far som senere døde.

Saken er denne:

Klager anfører at fastlegen for sent oppdaget hennes fars kreft og at han har vært ”*arrogant, avvissende og veldig negativ*” ovenfor faren.

Legen innrømmer å ha oversett et patologisk prøvesvar og har beklaget både muntlig og skriftlig, samt informert om muligheten til å få saken fremmet for Norsk Pasientskadeerstatning. Han har også tilbudt klager samtale ved sitt kontor. Han avviser å ha vært arrogant eller avvissende. Han har også kontaktet politiet i forbindelse med at klager har vært svært pågående ovenfor både ham og flere ansatte og for at han mistenker at hun er ansvarlig for diverse skadeverk mot hans eiendom.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har ikke vurdert de medisinsk-faglige spørsmål som ligger til grunn for konflikten. Slike problemstillinger ligger utenfor Rådets mandat, jf. Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

Både klager og innklaget lege beskriver en vanskelig situasjon, hvor klager i stor grad bebreider legen for sin fars død, og opplever at legen har vært arrogant og avvissende. Legen opplever pasienten som bebreidende, pågående og beskriver hendelser med skadeverk og pågående oppførsel ovenfor ham og ansatte ved legekantoret. Rådet registrerer at de to partene har ulike beskrivelser av situasjonen.

Rådet vil bemerke at medisinske feil skjer, og at det i stor grad er måten det blir håndtert på i etterkant som er avgjørende for hvordan det oppleves for de involverte. Rådet finner å kunne legge til grunn at innklagde lege har vært åpen om feilen som skjedde og gitt informasjon i den sammenheng, samt om muligheten til å fremme erstatningskrav via Norsk Pasientskadeerstatning. Han har også beklaget ovenfor klager. Videre har han tilbudt klager å komme til samtale ved hans kontor dersom hun ønsker å snakke mer med ham om saken, men han har vært klar på at han ikke ønsker kontakt privat via egen mobiltelefon og sms. Ut fra det beskrevne har legen håndtert situasjonen på en god måte, og Rådet kan ikke se at han har opptrådt i strid med Etisk regelverk for leger.

1.2.13 Klage på lege – oppførsel

En pasient klaget på måten hun ble møtt av fastlege på. Hun oppsøkte lege på grunn av langvarig og plagsom forkjølelse, bl.a. med hodepine og nedsatt allmenntilstand. På spørsmål til legen om hun

burde holdt seg hjemme fra jobben noe lenger, fikk hun til svar at det ikke gjorde noen forskjell. Legen sa bl.a. at «Ta Paracet og Ibux og så press deg gjennom dette». Legen fortalte at leger gjør det hele tiden og utdypet hvordan leger gjorde det. Pasienten lurer på om det er forsvarlig av leger å gi slike råd.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvor syk man kan være og likevel gå på jobb er et medisinsk-faglig spørsmål som enhver lege må vurdere i den konkrete situasjonen. Rådet for legeetikk har ikke mandat til å ta stilling i slike spørsmål, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 3, 2. ledd. Det han sier om hvordan leger gjør det når de selv er syke, anser Rådet som lite omsorgsfullt å trekke fram i kommunikasjon med pasienter.

1.2.15 Klage på lege - manglende tilstedeværelse på legekontor - 12/2833

En pasient innklaget en lege for manglende tilstedeværelse på legekontoret, og manglende beskjed om kansellering av timer i den sammenheng.

Saken er denne:

Klager opplyser at legen stadig er borte fra legekontoret, uten at pasientene får beskjed om dette. Legen forklarer dette med akutt sykdom og ferieavvikling. Han forklarer at det i en spesiell periode har vært flere uheldige hendelser, men at han normalt gjør sitt beste for å ivareta sine pasienter, og at legekontoret er dekket, enten ved kollegial fraværdeknning eller av vikar. Praksisen er pr. d.d. ivaretatt av vikar.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet bemerker at det påhviler leger et særlig ansvar for å ha vikar ved fravær fra praksis og bekjentgjøre ovenfor pasientene at man er borte fra kontoret. Dette er særlig viktig når man driver en solopraksis, hvor det vil være ekstra sårbart med sykdom og annet fravær. Det vil være helt sentralt med gode rutiner for å varsle pasientene dersom man må kansellere timer, og for å ha fraværdeknning når dette er nødvendig.

1.2.16 Klage på lege - medvirkning ved TV-program om obduksjon – 12/1552

En patolog ble innklaget for hans medvirkning i et TV-innslag om obduksjon. Foranledningen for innslaget var et media-oppslag om at færre obduksjoner kan føre til at drap ikke blir oppdaget. Innslaget er tatt opp i en obduksjonssal. Legen forteller hva obduksjon innebærer og viser utstyr som brukes. I innslaget ses også likpose, kiste og føtter og dødsflekker på ryggen hos et dødt menneske.

Klagers familiemedlem hadde tidligere blitt obdusert ved samme avdeling, og hun reagerte med sjokk og sorg på innslaget som hun opplevde som grotesk, respektløst overfor døde mennesker og pårørende og som brudd på taushetsplikten. Rådet behandlet saken i forhold til etter Ethiske regler for leger, kapittel I, §§ 1 og 2 om å vise mennesker barmhjertighet, omsorg og respekt, og § 4 om å bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege

Innklagete lege mener at det ikke var brudd på taushetsplikten. Ingen kunne gjenkjennes og tidspunktet for opptaket var ukjent. Han mener at innslaget viste nødvendig respekt for avdøde og viser også til Etske regler for leger, kapittel I, §§ 10 og 11 om legers plikt til å bidra til formidling av den medisinske viten og til å medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål. Han beklager at innslaget kunne oppfattes som støtende.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har sett opptak av innslagene. Å se døde mennesker i en obduksjonssal og få demonstrert hva obduksjon innebærer, er fremmed for mange, og Rådet har forståelse for at noen kan oppfatte det som støtende og sårende, særlig når en har mistet en kjær som har blitt obdusert. Imidlertid mener Rådet at det er viktig med åpenhet overfor samfunnet, også i spørsmål som kan virke fremmed og skremmende. Rettsstaten og helsevesenet er ikke tjent med at befolkningen ikke vet hva en obduksjon innebærer. Rådet mener at innslaget ikke bryter med noen av de nevnte paragrafer i Etske regler for leger og er enig med innklagete lege at innslaget er i tråd med kapittel I, §§ 10 og 11 om at leger bør bidra til at befolkningen får saklig informasjon om medisinske spørsmål. Klager gis derfor ikke medhold i klagen.

2.1.2.17 Klage på innlegg i avis – 12/4753

En sykepleier/pasient har innklaget en lege for måten han har omtalt diagnostikk og behandling av flåttsykdom på i en avis-kronikk. Hun oppfatter kronikken som nedlatende og krenkende i det han ikke anerkjenner diagnostikk og behandling som ikke er anerkjent av det offisielle helsevesenet.

Rådet vedtok å tilskrive klager slik:

Diskusjonen om diagnose, konsekvens og behandling av flåttsykdommen Lyme borreliose er en meget viktig medisinsk-faglig og, slik sykdommen omtales i media, også en viktig samfunnsmessig og politisk debatt, ikke minst fordi det etablerte medisinske miljøet utfordres. Rådet for legeetikk oppfordrer leger til å delta i offentlige debatter om medisinske spørsmål og vil gi ros til aktuelle lege for å gjøre det, jf. Etske regler for leger kap. I § 11, som bl.a. sier at «En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål». Rådet oppfatter kronikken som saklig og faglig begrunnet, og har forståelse for at den er noe spisset i formen all den tid debatten også er tilspisset fra den andre siden. Ytringsfriheten er sentral, og Rådet kan ikke se at formen strider mot ytringsfriheten eller Etske regler for leger.

1.3 Høringssaker

1.3.1 Høring – NOU 2011:21 Når døden tjener livet – et forslag til nye lover om transplantasjon, obduksjon og avgivelse av lik – 12/250

Legeforeningen har i brev av 25.1. 2012 sendt ut på høring NOU 2011:21. Det foreligger også et fylldig høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 12.1. 2012.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk støtter de fleste av lovforslagene, men er kritisk til noen av forslagene og vil kommentere disse:

Donasjon fra levende donor:

§ 2-1: Rådet for legeetikk er enig i en aldersgrense på 18 år for å være levende donor når det gjelder ikke- fornybart vev. Det er påpekt at Departementet skal gi nærmere forskrifter. Rådet ser det som viktig at forskriftene inneholder retningslinjer om krav til informasjon og samtykke. Potensielle donorer kan føle et for sterkt press til å være donor. Det er viktig at teamet som står for utredningen, ikke begrunner årsaken til at mulige donorer ikke er egnet for å beskytte dem som ikke makter eller bør være giver av psykiske grunner.

I forslaget er det åpnet for at barn mellom 12 og 18 år skal kunne donere ikke fornybare organer når det foreligger ”særlige grunner”. Rådet tviler på at det er mulig for et barn mellom 12 og 16 år å stå i mot et følt press om å gi et organ i slike situasjoner som åpenbart vil være til søsken eller foreldre. Det er derfor grunn til å ikke åpne opp for en slik mulighet for barn som er mellom 12 og 16 år mens barn mellom 16 og 18 år kan gis en slik mulighet fordi de da er bedre i stand til å ta selvstendige valg og fordi de også har en lovbestemt rett til å ta egne valg i medisinske spørsmål.

§2-2: Rådet er enig i at barn under 12 år bare kan være donor av fornybart vev. I lovforslaget er et fornybart vev definert som ”celler og vev som gjendannes etter donasjon med unntak av del av lever”. Rådet spør seg om denne definisjonen er tilstrekkelig på sikt eller om det kan tenkes at andre organer også kan tenkes å gjendannes etter at deler er tatt. Rådet mener at å fjerne litt av et organ, selv om det kan defineres som fornybart, er uakseptabelt når det gjelder barn under 12 år.

Donasjon fra avdød donor:

Generelt: Utkastet inneholder noen forslag som er kontroversielle. Særlig gjelder dette forslaget om å kunne ta organer uten forutgående samtykke og uten samtykke fra pårørende dersom det ikke er grunn til å tro at avdøde ville ha motsatt seg det, og det å iverksette respirator- og organstøttende behandling hos døende dersom eneste hensikt er å høste organer.

Rådet etterlyser en analyse av hvor hyppig slike situasjoner vil opptre og særlig hvordan forskjellige etniske grupper vil stille seg til dette. Dersom slike endringer gjennomføres uten bred støtte i befolkningen, kan konflikter etter slike hendelser lett svekke tilliten til transplantasjonsvirksomheten i så stor grad at det vil medføre færre transplantasjoner.

§ 3-1: Rådet er enig i at barn fra 16 år skal kunne gi skriftlig eller dokumentert muntlig samtykke til organdonasjon og at pårørende da ikke skal kunne motsette seg donasjon.

I spørsmålet om organer skal kunne tas fra avdøde uten samtykke fra pårørende dersom det ikke er grunn til å tro at avdøde ville motsette seg det, er det 2 mulige situasjoner:

- Hvis avdøde har pårørende, åpner flertallet i innstillingen for at organer kan tas dersom det ikke lar seg gjøre å komme i kontakt med nærmeste pårørende. Innstillingens mindretall mener at dette ikke bør tillates. Rådet er enig med mindretallet. Det at en pasient dør uten at pårørende har fått beskjed er særlig belastende for pårørende i seg selv. Det å få vite at sykehuset i tillegg tok organer fra avdøde uten at de nærmeste ble forespurt kan for noen være en tilleggsbelastning, kan føles respektløst og være grunnlag for anklage som kan svekke tilliten til transplantasjonsvirksomheten.
- Hvis avdøde ikke har pårørende mener Rådet at organer kan avgis ut fra et syn om at flertallet i befolkningen er positiv til organdonasjon og at et flertall sannsynligvis vil ønske å bidra til å redde andres liv. I slike situasjoner må samfunnet, gjennom prosedyrer i helsevesenet, kunne ta en slik beslutning på pasientens vegne. Men det er viktig at det innhentes så mye informasjon om avdødes sannsynlige holdning at man unngår en utglidning slik at det tas for lett på beslutningen om å ta organer. Forskriften må være tydelig på dette punktet.

§ 3-3: For pasienter som allerede respiratorbehandles med tanke på livreddende behandling eller avklaring om livreddende behandling er mulig, mener Rådet at det er akseptabelt å forlenge respirator- og annen organstøttende behandling for å avklare muligheten for organdonasjon.

Imidlertid er Rådet skeptisk til å *innlede* respirator- og annen organstøttende behandling hos døende pasienter dersom den eneste hensikten er å høste organer. Dette spørsmålet ble gjenstand for omfattende vurdering av Rådet for legeetik i 2002; bl.a. ble det holdt et faglig seminar om spørsmålet. Rådets uttalelse er publisert i Årsmelding for 2002 og i Tidsskriftet (Hotvedt R, Førde R. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:2725), og hovedtrekkene var:

Transplantasjon med organer fra denne typen pasienter [elektiv ventilasjon] gjøres noen steder i utlandet. Virksomheten er sett på som kontroversiell både i juridiske og medisinske miljøer. Gode rutiner rundt organdonasjon er avgjørende for at organdonasjon aksepteres i befolkningen. Organmangelen er prekær i Norge, og for tiden er det stadig flere pårørende som motsetter seg organdonasjon. Det er viktig å være på vakt overfor en praksis som kan gi mistanke om at en potensiell organdonor blir behandlet bare som et middel, og ikke et mål i seg selv. Mistillit vil kunne skapes dersom folk opplever en utglidning i retning av en mindre etisk og følelsesmessig akseptabel praksis. Det er særlig viktig at de pårørendes følelser blir ivaretatt på en god måte. Mye tyder på at praksisen i Norge kan bedres på dette feltet.

Den aktuelle situasjonen skissert ovenfor [elektiv ventilasjon] skiller seg fra tradisjonell organdonasjon på flere punkter:

- Ved tradisjonell organdonasjon startes intensivbehandlingen fordi en har håp om å redde pasienten. Dersom dette likevel ikke lykkes og pasienten dør, kan organer hentes ut, dersom helt bestemte forutsetninger er oppfylt. I noen tilfeller kan tradisjonelle organdonorer få en forlenget medisinsk behandling i påvente av at organer hentes ut.

I den skisserte situasjon startes intensivbehandling kun for å bevare organer for donasjon. Da brytes prinsippet om at mennesket skal behandles ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv.

- Ved all organdonasjon vil de pårørende miste samværet med den døde når hjerteslagene opphører, et øyeblikk de fleste opplever som dødsøyeblikket. Selve dødsprosessen og hva som skjer rundt den døde/døende har ofte følelsesmessig stor betydning for de etterlatte. De tradisjonelle organdonorer gjennomgår allerede en teknologisk behandling. Pasienter som dør av en omfattende hjerneblødning, vil normalt dø uten teknisk intervensjon. Dersom intensivbehandling startes hos disse, blir en ellers normal dødsprosess teknifisert.
- Det er vel kjent at prognostikk kan være vanskelig i akuttmedisinske situasjoner, også ved bruk av de mest avanserte diagnostiske metoder. Når pasienter som har gjennomgått en svær hjerneblødning, respiratorbehandles for potensielt å avgi organer, kan det ikke utelukkes at enkelte ikke dør. I noen tilfeller vil pasienten kunne ha egenrespirasjon når respiratoren etter en tid kobles fra. Dette kan være en opprivende opplevelse for de pårørende, og det kan forsterke motstanden mot organdonasjon generelt.

Tross disse innvendingene vil Rådet likevel presisere at den store organmangel gjør at sterke nyttehensyn taler for at det i enkelte unntakstilfeller kan være etisk forsvarlig å starte intensivbehandling av en håpløst syk pasient kun for å bevare organer for senere eventuell donasjon. Dersom en pasient eksplisitt har tilkjennegitt at han eller hun er positiv til at egne organer brukes i en slik situasjon, finner Rådet at virksomheten er etisk akseptabel.

Flere betingelser må i så fall være oppfylt:

- Det må med meget høy grad av sikkerhet kunne sies at pasienten uansett behandling, vil dø i løpet av kort tid (1-2 døgn) etter at intensivbehandling er startet.
- Det må være de pårørende som tar opp temaet, og bringer opplysninger om pasientens beslutning om å avgi organer videre til behandlingsapparatet. I tillegg må ikke pasientens nærmeste pårørende motsette seg transplantasjon. Det er viktig å sikre at pårørende forstår hvorfor intensivbehandlingen startes. De må også på best mulig måte få anledning til å ta avskjed med den døende med de ritualene og rammene de ønsker og føler naturlig. Dette gjelder for øvrig all transplantasjonsvirksomhet og kan være et bidrag til at flere føler det naturlig å donere organer.
- Pasienten må ikke utsettes for lidelse eller ubehag i forbindelse med intensivbehandlingen.

Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan Rådet ikke se at det er noen prinsipiell forskjell på om pasienten er 80 år (og kan avgi få organer) eller 20 år (og kan avgi flere organer). Rådet kan heller ikke se at de ressursene som brukes i disse unntakstilfellene, skal være avgjørende i spørsmålet. Ett av Rådets medlemmer dissenterer på ett punkt, idet vedkommende mener at pårørende i slike situasjoner kan spørres om organdonasjon uten at temaet har vært tatt opp av pårørende selv.

Dersom det iverksettes respirasjons- og annen organstøtte med den eneste hensikt å høste organer, opprettholder Rådet bekymringen for at pasienter som er døende, kan risikere å ikke fylle dødsriteriene som gjelder for transplantasjon, og overleve med alvorlige funksjonsnedsettelse. En slik situasjon vil kunne oppleves dramatisk for pårørende og vil kunne få alvorlige konsekvenser for tilliten til transplantasjonsvirksomheten. Rådet etterlyser derfor en nærmere faglig vurdering, både med hensyn til hvilke medisinske tilstander man med sikkerhet kan vite vil føre til at dødsriteriet med tanke på transplantasjon oppnås og hvor ofte det kan antas at en slik situasjon vil oppstå.

I aktuelle akutte situasjoner og med dagens holdning til intensivbehandling i en uavklart situasjon, vil Rådet anta at potensielle donorer oftest allerede er på respirator før det er avklart at pasienten er døende, d.v.s. at elektiv respiratorbehandling sjelden er aktuelt. På den annen side vil åpning for elektiv ventilasjon og organstøtte når prognosen ikke er helt sikker og betingelsene er uklare, kunne skape mye usikkerhet ved donorsykehusene. En slik utrygghet og muligheten for at pasienter overlever med store skader, vil kunne skade transplantasjonsvirksomheten.

Dersom det kan fastslås meget sikre kriterier på at en pasient vil oppnå dødkriteriet i løpet av 1-2 dager, åpner Rådet for at pårørende i enkelte situasjoner kan spørres om organdonasjon dersom det er grunn til å tro at dette ville vært den døendes ønske.

Obduksjon:

Rådet har tidligere gitt en høringsuttalelse i forbindelse med endring av obduksjonslovgivningen (Årsmeldingen for 2002). Rådet uttalte den gang at det er viktig å arbeide for at det blir utført flere obduksjoner. For å oppnå det er det viktig at befolkningen generelt får kunnskap om hva obduksjon er, hvordan obduksjon utføres og får trygghet for at den avdøde behandles med respekt. Samtidig må avdødes og pårørendes meninger respekteres, og det må foreligge en reell rett til reservasjon mot obduksjon.

Rådet mener åpenhet om obduksjonspraksis og respekt for avdøde og pårørende er de beste garantier for at befolkningen har tillit til at obduksjoner foregår på en etisk forsvarlig måte. I § 2-2 foreligger det, så vidt Rådet forstår, en informasjonsplikt såfremt det er mulig å få kontakt med nære pårørende. Informasjonsplikten omfatter også plikt til å informere om retten til å nekte. Dette er viktige forutsetninger for en etisk forsvarlig obduksjonspraksis, og Rådet mener at formuleringen her er dekkende.

1.3.2. Høring – Forslag til revidert fastlegeforskrift – 11/6463

Den norske legeforening har i brev av 23.12. 2011 sendt ut til organisasjonsleddene Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat om revidert fastlegeforskrift.

Rådet for legeetikk har i møte 8.2. 2012 drøftet HODs utkast til revidert fastlegeforskrift og HODs kommentarer til denne.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil med denne uttalelsen ta opp forhold som kan være bekymringsfulle i relasjon til Etiske regler for leger. Rådet viser spesielt til deler av reglenes, kap. I, §§ 1, 2 og 12:

Kap I, § 1

Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn.

Kap I, § 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.

Kap I, § 12

En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvende. Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringmessig eller annen fordel.

Rådet har i sin gjennomgang og drøfting spesielt sett på disse forslagene:

Ad. § 20 Oppsøkende virksomhet.

Forslaget er formulert slik: *”Fastlegen som har eller mottar journalinformasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk. Dette gjelder kun i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse der det fra en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging.”*

Selv om det i utdypningen av paragrafen sies at det er rom for vurdering om når det er nødvendig eller hensiktsmessig å ta kontakt, er denne bestemmelsen foreslått som en ”skal”-bestemmelse, og den gir rom for vid tolking av når fastlegen skal eller bør tilby konsultasjon, også i forhold til forebyggende virksomhet.

Rådets vurdering:

Rådet ser det som positivt at fastlegen etter eget skjønn tar kontakt med pasienter som har kroniske sykdommer og har også tillitt til at fastleger gjør det. Det vil imidlertid alltid være mennesker som ikke ønsker legens innblanding, men vil bestemme og ta ansvar over eget liv og helse. Rådet mener at det lett kan komme i strid med Etiske regler for leger å oppsøke disse menneskene uten at de har bedt om det. Rådet er også i sterk tvil om det tilligger legen, med utgangspunkt i respekt for pasienten, å kontakte denne uten forespørsel, kun på bakgrunn av ”informasjon” som er tilflytt legen. Ut fra slike betraktninger er det Rådets oppfatning at forslaget til forskrift innbyr til en detaljregulering som lett kan gå over til å bli integritetskrenkende og respektløst i forholdet til pasientens rett til selvbestemmelse (Etiske regler for leger kap. I, § 2, og kap I, § 1 om respekt for grunnleggende menneskerettigheter) og også kan gå ut over legens plikt til å prioritere sin arbeidsinnsats til pasientenes beste totalt sett (kap I, § 12).

Ad. § 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser.

Forslaget er formulert slik: *”Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen 2. (alternativt 5.) arbeidsdag etter bestilling.”*

Rådets vurdering:

Dersom alle skal ha tilbud om konsultasjon innen et definert og kort tidsrom, kan det lett oppstå situasjoner der legen presses til å gjøre vurderinger som ikke er til pasientenes beste, samlet sett. Det er risiko for at pasienter som virkelig er syke, kan måtte tvinges til å benytte legevakt eller andre tjenester fordi legen er tvunget til å prioritere ut fra en tidsfrist. Dette vurderer Rådet som klart i strid med Etiske reglers kap. 1, § 12 i det det kan medføre både feil bruk av samfunnets ressurser, og være i strid med fordeling av ressursene i henhold til ”allmenne etiske normer”.

1.3.3. Høring - Forslag om særlige regler for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå - 12/1027

Legeforeningen har i brev av 7.3. 2012 bedt om uttalelse fra bl.a. Rådet for legeetikk til et forslag om ny lovregler for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerhetsavdelinger, spesielt med hensyn til undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler, adgangskontroll og krav om politiattest for personell.

Rådet **vedtok** å slutte seg til de foreslåtte endringer.

1.3.4 Høring – Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende - 12/908

Legeforeningen har i brev av 13.3. 2012 bedt om innspill i forbindelse med revisjon av veilederen for livsforlengende behandling. Høringen har sitt grunnlag i brev av 17.2. 2012 fra Helsedirektoratet.

Legeforeningen tok i sin tid initiativ til å utarbeide veilederen sammen med Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. I Legeforeningens arbeidsgruppe var Rådet for legeetikk og relevante spesialiteter representert. Utgangspunktet for å lage veilederen var konkrete konflikter som synliggjorde vansker som kunne oppstå, både mellom helsepersonell og pårørende og mellom helsepersonell i slike situasjoner, og hensikten var å lage en veileder som kunne bidra til å forebygge og eventuelt løse denne typen konflikter.

Veilederen ble utgitt av Helsedirektoratet etter en bred høring. I de 3 årene som er gått siden utgivelsen, har ikke Rådet for legeetikk mottatt noen kritiske kommentarer til innholdet. Tvert om har rådets medlemmer fått tilbakemeldinger om at veilederen oppleves som nyttig, at den gir gode og fornuftige råd, både når det gjelder grunnlag for å vurdere å avslutte livsforlengende behandling og for beslutningsprosessene når spørsmålet kan oppleves vanskelig. Rådets leder har i disse årene tatt utgangspunkt i veilederen i etikkundervisning ved en rekke videre- og etterutdanningskurs for leger og annet helsepersonell og har bare fått positive tilbakemeldinger om berettigelsen av og innholdet i veilederen.

Rådet for legeetikk oppfatter at veilederen har en form og et språk som gjør den til et godt verktøy, og at den er med på å skape en felles forståelse av hva som kan være grunnlag for å vurdere å fortsette eller avslutte livsforlengende behandling, hvilke etiske og medisinsk-faglige prinsipper som kan legges til grunn og hvordan tvilstilfeller og konflikter kan løses. Den har også en slik form at den lett kan leses av andre enn helsepersonell. Den kan derfor bidra til å skape en felles forståelse for slike beslutninger også utenfor helsevesenet.

Konkrete forslag:

- Rådet foreslår at kulepunkt nr. 2 på side 10 i veilederen: ”Sannsynligheten for effekt av behandlingen er svært liten, for eksempel under 1 %” strykes. Setningen er unødvendig i denne sammenhengen da det er urealistisk å forholde seg til en bestemt prosent.
- Helsedirektoratet sender en rekke veiledere og retningslinjer til alle leger. Rådet foreslår at det samme skjer med denne veilederen som antas å ha stor allmenn betydning for mange leger, ikke minst i førstelinjetjenesten.

1.3.5 Intern høring – Veiledning av leger i spesialisthelsetjenesten i sykehus

Rådet **vedtok** å uttale:

God veiledning er helt sentralt for i størst mulig grad å sikre kvalitet og mestring i utdannelsen. Rådet for legeetikk gir derfor honnør til Legeforeningen for å utarbeide veilederheftet «Hjelp, jeg er blitt veileder» som både gir praktiske råd og korte begrunnelser og refleksjoner rundt disse. For å være en god veileder må legen være trygg i rollen, og et slikt hefte vil bidra til det. Det er også viktig at leger under utdanning får utdelt heftet for å skape gjensidig forståelse for hva veiledning skal innebære og for gjensidige forventninger til partene. Fastleger som har veilederansvar for leger under spesialisering i allmenntilleggsmedisin og turnuskandidater, bør også få heftet.

Rådet mener at heftet har det nødvendige omfang samtidig som det er kort og konsist i formen. Bruk av eksempler er bra for å skape refleksjon og konkretisere måter å kommunisere på, og heftet har en tiltalende layout.

Rådet mener imidlertid at heftet kan tjene på også å foreslå en mer konkret struktur på hvordan veiledersamtalen kan gjennomføres. Dette kan skje ved at den inneholder en mal eller huskeliste på én side for hvordan legen under utdanning og veileder kan forberede veiledningsmøtet. Det er i første rekke legen under utdanning som skal tenke gjennom momentene på listen, men den vil samtidig kunne være en mal for hvordan veiledningsmøtet praktisk gjennomføres.

Hver avdeling bør oppmuntres til å lage en slik huskeliste ut fra fagets karakter og avdelingens særegenheter, men kan inneholde følgende elementer:

- Hvordan følges utdanningsplanen?
 - Klinisk arbeid, inklusive rotasjoner
 - Kurs
- Hvordan oppleves de faglige og etiske utfordringene?
 - Bredder i faglig eksponering (passe, for vid, for snever)?
 - Grad av ansvar i det daglige arbeidet (passe, for stort, for lite)?
 - Grad av ansvar på vakt (passe, for lite støtte, for lite selvstendig ansvar)?
 - Oppnåelse av praktiske ferdigheter
 - Knyttet til journal og epikriser
 - Kliniske ferdigheter
 - Tekniske prosedyrer
 - Kommunikasjon med pasienter og pårørende
 - Følelse av mestring
 - Rom for etisk refleksjon om legerollen
- Hvordan fungerer fordypningstiden?
 - Egenlæring
 - Prosjekter/forskning/presentasjoner
- Hvordan oppleves samarbeidet med kolleger og medarbeidere?
 - Hvilke konkrete vansker/bekymringer ønsker du å diskutere?

- Hvilke konkrete krevende kliniske situasjoner ønsker du å diskutere?
 - Vanskelige medisinsk-faglige avveininger
 - Utfordrende kommunikasjonsituasjoner med pasienter og pårørende
 - Uenighet mellom kolleger og i forhold til sykepleiere og andre helsearbeidere
 - Ethiske dilemmaer
 - Uheldige hendelser

- Balanse mellom jobb og private forventninger og forpliktelser
 - Vansker i forhold til vakt og tjenesteplan på dagtid
 - I hvilken grad påvirker bekymringer i jobben din generelle trivsel, helse og privatliv

- Hvilke andre forhold ønsker legen under utdanning å ta opp?
- Hvilke andre forhold ønsker veileder å ta opp?

Forslag til rettinger:

Side 12 i ramme: Setningen «*Veileder skal ved behov fungere som lege i spesialiseringsadvokat og talerør.*» (11) er uforståelig – må omformuleres

Eksempel side 18: Selv om dette bare er et eksempel, er setningen forvirrende idet «*respirasjonsstøtte*» er uspesifikt og kan oppfattes som assistert ventilasjon. Bedre å skrive: «*Forløpet har vært som forventet uten spesielle komplikasjoner, men tvillingene vil trenge litt oksygentilskudd de første ukene.*»

Side 26 andre avsnitt skrivefeil: «*viktid*» skal være «*viktig*»

1.3.6 Høring – endringer i psykisk helsevernlov – varsling av fornærmede og etterlatte - 12/4095

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i ekspedisjon av 11.10.2012 forslag til endringer i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern på alminnelig høring. Forslaget gjelder varsling av fornærmede eller dennes etterlatte ved endringer i gjennomføring og opphør av dom på tvungent psykisk helsevern. Departementet foreslår også nye regler om opplysningsplikt for faglig ansvarlig og unntak fra lovbestemt taushetsplikt knyttet til reglene om besøksforbud i straffeprosessloven. I tillegg foreslås nye regler om nattelåsing av pasientrom i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

Rådet **vedtok** å uttale:

Høringsutkastet handler om 3 forhold:

1. Varsling av fornærmede og etterlatte ved endringer av gjennomføring og opphør av dom på tvungent psykisk helsevern
2. Pålegging av besøksforbud under dom på tvungent psykisk helsevern
3. Nattelåsing av rom i sikkerhetsavdelinger

Dom til tvungen psykisk helsevern er en relativt ny mulighet, og det aktuelle lovendringsforslaget gir fornærmede og etterlatte de samme rettigheter som de har når domfelte soner i fengsel. Det er etter Rådets syn riktig at det er samsvar mellom rettighetene uavhengig av hvordan en soning skjer.

Når det gjelder pkt. 1 og 2, er det legers taushetsplikt som utfordres. Taushetsplikten uthules fra mange kanter, og det er viktig å hegne om den. Legen skal her vurdere fornærmede og etterlattes behov for varsling og beskyttelse og ikke bare forholde seg til pasienten (den domfelte). Det legeetiske mest utfordrende spørsmålet blir å vurdere hva som skal gis av informasjon om domfelte utover at det er en endring eller opphør av "soningen". Slik Rådet ser det, kan ikke legen informere fornærmede og etterlatte om domfeltes helsetilstand eller farlighet. Imidlertid må legen uten hinder av taushetsplikten varsle påtalemyndighet om eventuelt behov for besøksforbud eller andre begrensninger fordi fornærmede og etterlattes behov for beskyttelse må ha forrang dersom det er grunn til å tro at endring eller opphør av soning kan medføre fare. Slik informasjon til politiet mener Rådet er akseptabelt dersom opplysningene om personen begrenses til det som er nødvendig for at politiet skal kunne vurdere fornærmede og etterlattes sikkerhetsbehov.

Saken om nattlåsing av rom er en rett til tvangstiltak som Rådet synes virker godt begrunnet. Det er vel så viktig å anvende tvang differensiert som det er å redusere anvendelse av tvang generelt i psykisk helsevern. Måltrettet og differensiert bruk av tvang borger kanskje for en mer reflektert bruk av tvang.

1.3.7 Høring – NOU 2012:17 Strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer - 12/4344

Ved kongelig resolusjon 3. desember 2010 ble "Syse-utvalget" oppnevnt for å utrede ulike spørsmål knyttet til straffelov og smittsomme sykdommer. Utvalget avga sin utredning til Helse- og omsorgsministeren 19. oktober 2012.

NOU 2012:17 – om kjærlighet og kjøletårn er i ekspedisjon av 26.10.2012 sendt på høring, og Rådet har fått den til uttalelse i ekspedisjon av 31.10.2012.

Rådet **vedtok** å uttale:

Utredningen er et omfattende arbeid om strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer. Lovutvalget som har utarbeidet forslaget som er sendt til høring, konkluderer med at det ikke ønsker å foreslå endringer i smittevernloven, men peker på områder hvor økt innsats kan gi bedre smittevern hjelp og bedre beskyttelse mot smitte. Rådet for legeetikk oppfatter smittedes og helsepersonells forpliktelser i forhold til å forebygge smitte som uklare i dagens regelverk og gir honnør til lovutvalgets for dets detaljerte gjennomgang av grunnlaget og for å gi konkrete forslag.

Lovutvalget skiller mellom *smittespredning* der smittestoffer spres gjennom luft, vann, næringsmidler ol., og *smitteoverføring* der smitte overføres direkte fra person til person, f.eks. ved seksuell omgang, eller indirekte, for eksempel via gjenstander. Lovutvalget er samstemt om at det skal være straffbart å unnlate å forhindre smittespredning, for eksempel ved anmeldelse, dersom en får kjennskap til fare for smittespredning på et tidspunkt da smittespredning kan hindres. Rådet for legeetikk er enig i dette standpunktet og vil ikke diskutere det nærmere.

Rådet for legeetikk vil begrense sin uttalelse til de etiske dilemmaene som knytter seg til smittedes *rettigheter, opplysningsplikt* for person som kan smitte andre mot den enkeltes *plikt til selv å beskytte seg* mot å bli smittet, og helsepersonells rett og kanskje plikt til å informere andre, inklusive annet helsepersonell, for å beskytte dem for smitte mot helsepersonells taushetsplikt overfor den som er smittet. I Helsepersonelloven og Ethiske regler for leger er taushetsplikten sentral.

Smittedes rettigheter

Faren for å smitte andre med de sykdommene som er behandlet i innstillingen, er svært liten utenom seksuelle relasjoner eller atferd som innebærer blodsmitte, slik som deling av sprøyter. Selv gjennom seksuell kontakt er smittefaren meget liten for mange av de alvorligste sykdommene, som hiv og hepatitt, også uten bruk av kondom, særlig dersom den smittede holder seg til anbefalt medisinsk behandling. Det er viktig å formidle dette budskapet for å fjerne stigmatiseringen av mennesker som er smittet, noe som igjen er viktig for å oppmuntre dem som er smittet, til å være åpne om sin smittestatus overfor partnere, helsepersonell og andre som kan tenkes å være utsatt for smitte, f.eks. barnehagepersonell.

Sykdommer som gonoré og klamydia er svært smittsomme når de er ubehandlet, og kan gi alvorlige følgetilstander som infertilitet selv om de ikke er livstruende. Disse sykdommene er relativt lette å behandle. Den høye forekomsten av klamydia blant unge mennesker gjør at mangelfull oppsporing og behandling av sykdommen vil utgjøre en trussel mot folkehelsen i tillegg til å kunne være en tragedie for den enkelte. Rådet for legeetikk mener at klamydia derfor bør regnes i kategori B ifht Smittevernloven for å sikre en bedre kartlegging og økt fokus på forebyggende arbeid, bl.a. intensivert smitteoppsporing.

Rådet for legeetikk støtter flertallets anbefaling om at det, med de begrensninger utvalget foreslår, skal kunne medføre et straffeansvar, ikke bare å overføre smitte, men også å utsette andre for smitterisiko når de selv vet eller har grunn til å mistenke at de er smittet. Dette gjelder for de potensielt livstruende sykdommene som hiv og hepatitt, men også for sykdommer som klamydia. En slik ansvarliggjøring av smittede anser Rådet som nødvendig for å forebygge smitte og som rimelig i forhold til folks rettsoppfatning. Leger bør ha rett og plikt til å informere kommunelegen, og denne bør ha rett og plikt til å informere seksualkontakter og andre som kan være utsatt for smitte dersom legen har mistanke om at den smittede selv ikke gir slik informasjon. Dette bør komme tydelig fram i utredningen og lovteksten.

De som er smittet, bør ikke oppleve restriksjoner i forhold til arbeid, vanlig sosial omgang eller rett til helsehjelp. For eksempel støtter Rådet for legeetikk lovutvalgets forslag om å åpne opp for at par som er bærere av smitte, kan få assistert befruktning dersom de fyller andre krav som bioteknologiloven stiller. Det må imidlertid være et krav at risikoen for å smitte barnet, eller påføre barnet skade p.g.a behandlingen, er minimal. Denne avveiningen bør komme tydelig fram i lovteksten – ikke bare i forarbeidene. Rådet foreslår at den nye foreslåtte § 2-3 utvides til å si: «Inseminasjon kan også finne sted når mannen eller kvinnen er smitteførende med en alvorlig og kronisk seksuelt overførbart infeksjon dersom risikoen for å smitte eller skade på barnet av eventuell behandling, anses minimal» (endringsforslag understreket).

Opplysning om bærertilstand til personer som kan være utsatt for smitte

Lovutvalgets flertall mener at det bør være straffbart for en som kjenner til at han/hun er bærer, å utsette en annen person for smitte uten at vedkommende er informert og samtykker. Et mindretall mener at det bare skal anses straffbart dersom eksponering fører til at vedkommende blir smittet.

Rådet for legetikk ser at enhver som har sex, deler sprøyter, osv., med en annen, har et selvstendig ansvar for å ta forholdsregler for å beskytte seg mot smitte. Imidlertid mener Rådet at det påligger den som vet at han/hun er smittebærer, et særlig ansvar for at andre ikke rammes. Sykdommer som smitte kan føre til, er ofte svært alvorlige, og selv om smitterisikoen er liten, f.eks. ved hiv og hepatitt B, mener Rådet at det er helt uakseptabelt med vitende og vilje å utsette andre for smitterisiko, selv om den er svært liten. Rådet støtter derfor flertallets syn om at det skal være straffbart å utsette andre for smitte når en selv vet at han/hun er smittebærer. Det at smitte lett kan forebygges ved bruk av kondom og også i stor grad forebygges dersom det kort tid etter eksponering kommer fram at vedkommende er utsatt for smitte, øker, etter Rådets syn, den smittedes ansvar.

Lovutvalget har gitt en utdypende fortolkning og foreslått mulige tiltak for helsepersonell, og spesielt kommunelegen, dersom det er grunn til å anta at den smittede har en smittefarlig atferd. Retten til å gi gjentatte og forsterket smitteveiledning og, i unntakstilfelle, kommunelegens rett til å informere smitteutsatte og endog gå til politianmeldelse, er Rådet for legetikk enig i. Men Rådet støtter lovutvalget i at å bryte taushetsplikten må være absolutt siste utvei fordi det vil kunne skape mistillit og gjøre det enda vanskeligere å få til et konstruktivt samarbeid. Rådet støtter utvalgets forslag om at det bør utarbeides en veileder for helsepersonell, og særlig kommunelegen, om hvordan det er rimelig å gå fram i slike situasjoner, blant annet belyse kommunelegens opplysningsrett og opplysningsplikt overfor dem som kan være smitteutsatt og overfor politiet.

Et særlig vanskelig spørsmål er hvordan helsevernetaten/kommunelegen skal forholde seg når foreldre nekter å gi opplysning om smitte til personell i barnehage og skole, og hvordan de skal forholde seg til foreldrene av barn som i en slik situasjon de kan tenkes å være i risiko for å bli smittet. Utvalget konstaterer at det ikke er hjemmel for å gi opplysninger om smittestatus til barnehagepersonell eller andre dersom foreldrene motsetter seg det, men mener at dette er et beskjedent problem all den tid foreldre stort sett vil gi tillatelse til at slik informasjon gis. Samtidig påpeker utvalget at det er ulik praksis med hensyn til hvem som informeres og hva som blir foreslått i slike situasjoner.

Rådet mener at det er spesielt viktig å avklare hva som er helsevesenets rett og eventuelt plikt i situasjoner der foreldrene motsetter seg at det gis informasjon til personell i barnehage, eventuelt også skole, om at et barn er bærer av smitte som kan overføres til personalet og andre barn. Rådet støtter derfor forslaget om at dette bør inngå i en konkret veileder eller retningslinje. Rådet mener prinsipielt at personalet og andre barn har rett på beskyttelse der dette kan være en reell risiko, f.eks. dersom et smittet barn har en adferd som kan innebære slåssing, biting og kloring. Det kan også oppstå uventede situasjoner slik at det bør være en lav terskel for at sentrale ansatte i en barnehage og muligens i tidlige skoletrinn, bør ha rett på informasjon. Dette er nødvendig for å vite hvordan personalet skal begrense risiko for smitte. Å bringe opplysningen videre til, for eksempel andre foreldre, kan imidlertid føre til urimelig stigmatisering og utestengning og bør vanligvis ikke skje og det må forventes at personalet har taushetsplikt. Dersom et barn er bærer av hepatitt B, bør andre barn kanskje tilbys vaksinasjon dersom det smittede barnet har en utagerende atferd. Det innebærer at andre foreldre får vite at et barn i gruppen er bærer. All den tid vaksinasjon fører til god beskyttelse og hepatitt B ikke er så sosialt belastende som f.eks. hiv, er det ikke urimelig at de andre foreldrene får slik informasjon dersom dette anses nødvendig. I balansen mellom taushetsplikt og det å beskytte personalet og andre barn, bør kommunelegen ha mulighet til å gi opplysninger til personell i barnehagen når risikoen anses reell, selv om foreldrene motsetter seg det.

Rådet støtter også forslaget om at det kan tas blodprøve av en seksuell overgriper uten at denne samtykker, for å beskytte offeret. Offerets rett til beskyttelse må ha forrang.

Opplysning om bærertilstand til behandlende helsepersonell

Lovutvalget legger til grunn at smittede, etter Smittevernloven, ikke har opplysningsplikt om sin smittestatus, heller ikke om hiv eller andre allmennfarlige smittsomme sykdommer. Utvalget poengterer imidlertid at behandlende helsepersonell bør få slik opplysning, både av hensyn til den smittede selv fordi det kan ha betydning for diagnostikk og forsvarlig behandling, og av hensyn til helsepersonell og helsepersonells rutiner for å hindre at andre pasienter kan eksponeres.

Slik Rådet oppfatter lovutvalget, mener det at helsepersonell unntaksvis kan gi informasjon om smittestatus til annet helsepersonell som utsettes for særlig risiko, slik som ved kirurgiske inngrep, selv om pasienten motsetter seg dette. Rådet støtter dette forslaget og mener at det er rimelig at en pasient som forventer eller forlanger en behandling, skal være forpliktet til å bidra til at behandlerne og eventuelt andre pasienter, i størst mulig grad beskyttes mot kjent smitte. Kirurgiske inngrep innebærer ofte at leger og annet helsepersonell kommer i skade for å stikke seg, få blodsøl i egne sår o.l. Selv om det alltid skal tas høyde for at en pasient kan bære på en smitte og selv om sykehus skal ha rutiner for posteksponeringsprofylakse, bør helsepersonell ha muligheten for å være ekstra på vakt og være spesielt nøye med smitteforebyggende rutiner dersom det er kjent at pasienten er bærer av en alvorlig sykdom som kan smitte ved kontakt med blod eller vevsvæsker. Det er også urimelig å utsette helsepersonell for den psykiske belastningen å være bekymret for smitte og for eventuelt å gjennomgå posteksponeringsbehandling, f.eks. mot hiv, bare fordi en pasient nekter å opplyse om sin smittestatus. Rådet har behandlet en sak om hva helsepersonell bør kunne forvente av opplysning om smittestatus i slike situasjoner og konkluderte at helsepersonell bør ha en lovmessig rett til å få slik informasjon når risikoen for eksponering er spesielt stor, slik som for kirurger. Rådets uttalelse i den saken er vedlagt. Rådet mener dette bør være et ansvar som påligger den som er smittet og at det ikke bør opplyses om smittestatus i epikriser og annen skriftlig kommunikasjon om pasienten dersom pasienten motsetter seg det siden slik informasjon lett kan komme på avveie. Det er bare helsepersonell som trenger å kjenne smittestatus for å beskytte seg eller andre pasienter som har behov for opplysningen, og Rådet mener at lege bør kunne opplyse annen lege og annet helsepersonell muntlig eller pr telefon dersom legen ikke er trygg på at pasienten selv opplyser om det. Pasienten bør da uansett opplyses om at slik informasjon er gitt videre. I informasjons- og samtykkeskjemaer før kirurgiske inngrep bør pasientens rettslige plikt om å opplyse om sin smittestatus fremgå, og pasienten bør spesifikt underskrive om sin smittestatus.

Slik det fremgår av den vedlagte saken som Rådet har behandlet, er det uklart hvilke forpliktelser og ansvar som gjelder, både for helsepersonell og den som er smittet, og Rådet støtter utvalgets forslag om at det utarbeides en veileder som omfatter denne problemstillingen.

Vedlegg: *1.1.4 Opplysning om hiv-status før kirurgisk inngrep - 09/3410*

1.3.8 Høring – forslag til endringer i bioteknologiloven – straffebestemmelsen

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m. m (bioteknologiloven). Denne ble forelagt Rådet i ekspedisjon av 3.12.2012.

Rådet **vedtok** å uttale:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m. m (bioteknologiloven). Denne ble forelagt Rådet i ekspedisjon av 3.12.2012.

Rådet **vedtok** å uttale:

Slik Rådet for legeetikk forstår det, er hensikten med å foreslå en endring i bioteknologilovens straffebestemmelse, først og fremst blitt aktualisert gjennom et ønske om å sikre at barn som er født etter metoder som ikke er tillatt i Norge, for eksempel ved surrogati i utlandet, ikke skal bli skadelidende ved at deres sosiale foreldre blir straffet med bøter eller fengsel.

I høringsnotatet blir det gjort rede for hvordan loven skiller mellom personer som forsettlig overtrer loven, personer som utfører medvirkningshandlinger, og privatpersoner som benytter seg av behandlingstilbud som ikke er tillatt i Norge. Det foreslås at bioteknologilovens straffeansvar ikke skal omfatte privatpersoner som benytter seg av tilbud som ikke er tillatt i Norge, men at straffeansvaret kun skal gjelde helsepersonell som aktivt medvirker til behandlingen.

Slik Rådet oppfatter høringsnotatet, er det uklarerhet i punkt 7 merknader til bestemmelsen. Det er vanskelig å forstå akkurat hvem som omfattes av straffeansvar i det nye forslaget. I høringsnotatet står det: ”Andre ledd er ny og presiserer hvem som ikke er omfattet av straffeansvar i første ledd. For det første presiseres det at privatpersoner som søker om eller benytter tilbud som ikke er tillatt etter bioteknologiloven ikke kan straffes, jf. Bokstav a). Dette vil for eksempel gjelde privatpersoner som utfører medvirkningshandlinger (for eksempel forberedelser til en behandling) i Norge, mens selve hovedhandlingen det medvirkes til foretas i utlandet.” Mens senere, under samme punkt 7, står det: ”Privatpersoner som i Norge formidler tjenester til andre som ikke er tillatt etter loven skal omfattes av straffebestemmelsen, herunder medvirkningsansvaret.”

Hvis man her mener at det skal være straffbart å henvise en kvinne til for eksempel PGD med kjønnsbestemmelse i utlandet, mens det ikke skal være straffbart å for eksempel følge opp en kvinne med regelmessige ultralydundersøkelser hjemme i Norge, dersom hun selv har tatt initiativet til behandlingen i utlandet, må dette presiseres bedre i notatet.

Det er altså behov for en presisering i dette kapittelet, slik at det går klart frem hvem hva som ligger i begrepet ”medvirkningsansvar”.

Kap II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere

2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer

2.1.1 Private helseforsikringers påvirkning av rettferdig prioritering – 12/2197

Fra en lege/seniorforsker har Rådet mottatt kopi av brev han har stilet til helsedirektør Bjørn-Inge Larsen der han uttrykker bekymring for at private helseforsikringer kan føre til et to- eller flerdelt helsevesen. Han nevner særlig at såkalte ressurssterke ved hjelp av slike forsikringer kan få raskere utredning innenfor det private helsevesenet, dog ofte med bruk av offentlig betalte tjenester som laboratorietjenester, og også at de kan komme raskere inn i den offentlige «køen» ved påviste eller mistenkte patologiske funn. I sitt brev viser han til en lederartikkel om dette av redaktør Charlotte Haug i Tidsskriftet (1). Han oppfordrer helsedirektøren til fortsatte innspill i prioriteringsdebatten og til årvåkenhet i forhold til at private helseforsikringer kan føre til at de som tegner slike kan få fortrinn også innenfor den offentlige helsetjenesten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil gi honnør til legen for å dele sin bekymring med helsedirektøren og Rådet for legeetikk. Rådet har lenge vært bekymret for den samme utviklingen, både i forhold til å omgå den vanlige køen i det offentlige helsevesenet på den måten legen beskriver gjennom helseforsikringer, men også gjennom aggressiv markedsføring av private helsetilbud som fører til videre utredning og kanskje behandling i det offentlige helsevesenet, jf. f.eks. saker Rådet har publisert i Tidsskriftet (2,3). Rådet vil også påpeke at vi kan stå overfor en eskalering av problemet, f.eks. ved at folk i løpet av kort tid kan få undersøkt sin genetiske risikoprofil gjennom å kjøpe helgenomsekvensering for en relativt billig penge. Det er grunn til å tro at dette vil skape helseangst og krav om informasjon, utredninger og behandling innenfor så vel første- som andrelinjetjenesten.

Dette er en viktig offentlig debatt. Rådet vil ta den med videre i sitt arbeid, men oppfordrer legen til også å fremme sine synspunkter i media.

Referanser:

1. Haug C. *Med hodet i sanden kommer vi ingen vei. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132:1057*
2. Markestad T. *Annonsering av forebyggende helseprogram. Tidsskr Nor Lægeforen 2006;126:2852-3*
3. Markestad T. *Markedsføring på ville veier. Tidsskr Nor Legeforen 2010;130:1501*

2.2 Tvister mellom leger

2.2.1 Klage på legeerklæring og motklage for klagers opptreden ved innsendelse av klage til Rådet for legeetikk – 11/6262

En lege har innklaget spesialist i fysikalsk medisin og for en legeerklæring han har avgitt til NAV i det legen mener at legeerklæringen er i strid med Ethiske regler for leger, kap IV om legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer.

Saken er denne:

Klager er fastlege for en pasient som han i en legeerklæring til NAV, bekrefter er 100 % arbeidsufør som følge av en whiplash-skade pasienten pådro seg i en bilulykke noen år tidligere. Det ble også reist erstatningskrav overfor et forsikringsselskap, og forsikringsselskapet engasjerte innklagede lege til å undersøke pasienten og skrive en spesialisterklæring. Mandatet var i hovedsak å vurdere årsakssammenhengen mellom skaden som følge av bilulykken og pasientens funksjonsnedsettelse og eventuelt hvor mye av funksjonsnedsettelsen som kunne tilskrives bilulykken. Innklagede lege bygde sin erklæring på egen undersøkelse av pasienten og på skriftlig dokumentasjon fra en rekke helsepersonell, inklusive primærleger, legespesialister innen nevrologi og psykiatri, psykologer, kiropraktor og fysioterapeuter, og på resultater av supplerende undersøkelser som CT og MR. I sin erklæring vurderer han at pasienten ikke har en whiplash-skade og at bare en liten del av hennes funksjonsnedsettelse kan tilskrives ulykken.

Klager er sterkt uenig i denne vurderingen idet han mener at whiplash er den eneste årsaken til funksjonsnedsettelsen. Han mener at innklagede lege er selektiv i hvilken informasjon og funn han legger vekt på i sin vurdering. Han hevder at en del av informasjonen går ut over formålet med erklæringen ved å ta med ting som er irrelevant for situasjonen, at han tillegger ubetydelige funn klinisk betydning for pasientens funksjonsnedsettelse og underkjenner andre spesialisters oppfatninger.

I sitt tilsvarende viser innklagede lege til mandatet for sin spesialistvurdering og til at vurderingen om pasienten har en whiplash-skade eller ikke bygger på bred faglig og juridisk konsensus om hva som kreves før en skade skal kunne settes i sammenheng med en bestemt episode. Han fremsetter samtidig en motklage mot klager fordi han oppfatter ordlyden i klagen som ærekrenkende og støtende i det han fremstilles som faglig inkompetent, uetisk og partisk ut fra ønske om egen økonomisk vinning.

Klager opprettholder klagen og tar også opp det prinsipielt betenkelige i at en del leger har mange oppdrag og dermed nære bånd til forsikringsselskapene og på den måten kan komme i en lojalitetskonflikt. Han foreslår at legeerklæringer til forsikringsselskaper burde skrives av pasientens fastleger eller av uavhengig spesialist oppnevnt av kommunalsjef for helse.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvorvidt eller i hvilken grad pasientens funksjonsnedsettelse skyldes en whiplash-skade etter bilulykken eller har andre årsaker, er medisinsk-faglige spørsmål som Rådet ikke uttaler seg om, jf. Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Ved gjennomgang av spesialisterklæringen sammenholdt med journalnotater og epikriser som mye av vurderingene er bygget på, kan ikke Rådet se at legeerklæringen er i strid med noen av punktene i kap IV i Ethiske regler for leger om utstedelse av legeerklæringer.

De forskjellige notatene og erklæringene beskriver pasientens sykehistorie, funn og vurdering av funksjonsevne, men Rådet kan ikke se at noen av dem *slår fast* at pasientens plager *skyldes* whiplash-skade fra ulykken. Mange av notatene inneholder opplysninger som for så vidt ikke har sammenheng med funksjonsnedsettelsen, men Rådet er enig med innklagete lege i at det kan være viktig å ta med slik informasjon i en spesialisterklæring, nettopp for å påpeke at de *ikke* har betydning. Som et eksempel mener klager at innklagete lege ”... konsentrerer seg om pasientens nakkeprolaps for deretter å lede legeerklæringen på avveie ...”. Spørsmål om prolaps er omtalt i mye av bakgrunns materialet for legeerklæringen og da er det, etter Rådets oppfatning, nødvendig å vurdere dette spørsmålet i spesialisterklæringen. Konklusjonen er at prolapsen ikke ble ansett å være av betydning. Rådet kan derfor ikke se at slik omtale leder legeerklæringen på avveie. Rådet mener at vurderingene i legeerklæringen er begrunnet og dokumentert på en tilfredsstillende måte. Hvorvidt vektingen er skjev eller ikke er et medisinsk-faglig spørsmål, men dette kan sikkert også hevdes i forhold til klagers legeerklæring til NAV.

Rådet gir derfor ikke klager medhold i sin klage. Rådet gir heller ikke innklagede lege medhold i sin motklage på klager. Det å mene at en legeerklæring gir en uriktig fremstilling og antyde at en lege ikke har opptrådt objektivt, må være akseptabelt når en klage rettes til Legeforeningens fagetske utvalg og ikke fremføres offentlig.

Når det gjelder de prinsipielle sidene som klager tar opp om sakkyndige erklæringer til forsikringsselskaper, har ikke Rådet grunnlag for å si at sakkyndige leger noen ganger har opptrådt klanderverdig i forhold til Etske regler for leger. Men måten forsikringsselskaper rekrutterer sakkyndige på, bl.a. ved å benytte et fåtall sakkyndige som de åpenbart kjenner oppfatningen til i relevante medisinsk-faglige spørsmål, kan svekke tilliten til at vurderingen blir objektiv. Et viktig utgangspunkt er at erstatningssøker og forsikringsselskap er enige om hvem som skal oppnevnes som sakkyndig, noe som ble gjort i denne saken. Rådet for legetikk har etterlyst muligheten for en ”second opinion” når det foreligger stor uenighet, men innser at det ikke nødvendigvis løser problemet utenom rettsapparatet. Rådet kan heller ikke se at klagers forslag om å stole på pasientens egen lege eller lege oppnevnt av kommunalsjef løser problemet siden det er rimelig at et forsikringsselskap ønsker saken belyst av nøytral fagekspert.

2.2.2 Anmodning om vurdering av lege – 11/5756

En kommune v/kommuneoverlege har innsendt spørsmål om vurdering av en lege, som i flere sammenhenger betegner seg som spesialist – uten at dette kan dokumenteres.

Det foreligger uttalelse fra innklagede lege, hvor han viser til hans uttalelse til Helsetilsynet.

I sin uttalelse til Helsetilsynet skriver han at han ikke har noen unnskyldning for å ha kalt seg spesialist uten å ha godkjenning som dette, men han gir en lang forklaring på hvorfor han ikke før nylig har søkt om spesialistgodkjenning og om hvilken realkompetanse han innehar. Han mener at han vil kunne oppnå spesialistgodkjenning i løpet av kort tid.

Han kan ikke gi noen forklaring på hvorledes opplysningene om at han er spesiallege har blitt lagt inn på legekantorets hjemmeside, men han utelukker ikke at andre kan ha oppfattet han som godkjent spesialist siden han selv har levd i den villfarelse at han var spesiallege og at han selv også har anvendt betegnelsen

Rådet **vedtok** å uttale.

Rådet for legeetikk konstaterer at saksforholdet også er til behandling i Helsetilsynet og at Rådet på denne bakgrunn ikke burde behandle saken før den er ferdigbehandlet der. Men siden innklagete lege i brevet til Helsetilsynet så vidt klart innrømmer at han ikke har spesialistgodkjenning og at han innrømmer å ha gitt inntrykk av å være spesialist, finner Rådet å gi legen reprimande for å ha brutt Ethiske regler for leger, kap III, § 4: *En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger til. Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.*

2.2.3 Klage på lege – 11/6046

Spesialist i klinisk psykologi innklaget en psykiater å ha fremsatt beskyldninger ovenfor klagers pasient om feilbehandling fra klagers side, og anbefaling om at pasienten begynner hos en annen behandler.

Pasienten hadde gått i psykoterapi hos klager i flere år og før dette hos annen psykolog. De siste par årene hadde hun vært i kontakt med NAV med tanke på uførepensjon etter mislykkete atferdingstiltak. Både klager og pasientens fastlege hadde i erklæringer til NAV støttet hennes krav om uførepensjon. Innklagete psykiater undersøkte pasienten som sakkyndig på oppdrag fra NAV. Det klagen går ut på er at innklagete psykiater presset pasienten for å få vite hvilken type behandling hun hadde fått hos klager og ikke fant det nødvendig å kontakte klager selv om pasienten ikke kunne redegjøre for dette i detalj. Begrunnelsen var at innklagete psykiater mente å ha fått nok opplysninger fra pasienten. I følge opplysninger gitt til klager fra pasienten, ble klager beskyldt for å ha gitt feilbehandling og anbefalt å begynne hos annen behandler.

Innklagete lege skriver i sitt tilsvarende svar at hun alltid spør hva slags behandling pasienter tidligere har fått. I spesialisterklæringer bes det dessuten om at sakkyndig klargjør hvilken behandling som er blitt gitt, om alle behandlingsmuligheter har vært forsøkt og om det er noe som er uprøvd. Selv om pasienten ikke vet navnet på behandlingsformen er beskrivelsen oftest god nok til å vurdere dette, noe hun mener var tilfellet i denne sammenhengen. Ut fra sin undersøkelse mente innklagete lege at det var effektive behandlingsformer som var uprøvd, og hun diskuterte med pasienten hvor slik behandling kunne finne sted. Sammen med redegjørelsen er anonymisert kopi av erklæringen til NAV vedlagt.

I et tilsvarende svar stiller klager 4 fagetiske spørsmål:

1. Er det fagetisk riktig å ikke høre på og ta hensyn til det pasienten selv sier?
2. Er det fagetisk riktig å anbefale en pasient å slutte i en behandling og begynne i en annen, uten å forsikre seg om dette er et valg pasienten er interessert i eller ønsker å foreta?
3. Er det fagetisk riktig å nedsettende karakterisere arbeidet (for eksempel ved bruk av ord som ”feilbehandling” eller ”et tilbud som sementerer problemstillinger”) til en kollega en overhodet ikke kjenner?
4. Er det fagetisk riktig å videreformidle slike nedsettende karakteristikk som nevnt under pkt. 3 til en pasient som tilfeldigvis er blitt felles eller til en utenforstående instans som NAV?

Han viser ellers til punkter i spesialisterklæringen til NAV der psykiateren skriver om behandlingen pasienten har fått til nå at ”... tilbud som bygger opp under hennes sårbarhet, hjelpeløshet og skam,

avhengighet og unngåelse, som heller sementerer problemstillingen hennes ytterligere enn fører til bedring” og videre om tiltak: ”Anbefaler henne en behandlingsperiode hvor hun tilbys psykoterapeutisk arbeid mot angst og depresjonssymptomer etter kognitiv terapeutisk modell” og ”Behandlingen forventes å ta ca. 4 mnd. I forhold til det siste punktet spør klager om det er fagetisk forsvarlig å utstede tidsbestemte resultatgarantier innenfor et fagfelt som det psykoterapeutiske. Innklagete psykiater fastholder at hun ikke kan se at hun har opptrådt fagetisk klanderverdig.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at det er faglig uenighet mellom klager og innklagete psykiater om hvilke typer behandling som er best egnet for pasienten. Dette er spørsmål som Rådet for legeetikk ikke tar stilling til, jf. Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

Ut fra Etske regler for leger er det avgjørende hvordan dialogen mellom innklagete lege og pasienten var. Innklagete lege har ikke kommentert om hun brukte uttrykket ”feilbehandling”. Med en så langvarig og komplisert sykdom og omfattende forsøk på behandling og tiltak som pasienten hadde gjennomgått, er det viktig for en sakkyndig å ikke bruke formuleringer og uttrykk som setter tidligere behandlinger og behandlere i et dårlig lys dersom det ikke er en klar objektiv grunn til det. Det er for det første ukollegialt, jf. Etske regler for leger kap, II, § 1 om å vise kolleger respekt og § 4 som sier at ”*En lege skal være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter..*”, men aller viktigst er det at det kan ramme pasienten gjennom svekket tillit til både behandling og behandler, jf. Etske regler for leger kap I, §§ 1 og 2 om å vise pasienten respekt, ivareta den enkelte pasients interesse og integritet og vise barmhjertighet og omsorg. Samtidig sier kap II, § 4 også at ”... *men [legen] må alltid ha pasientens interesse for øye*”. Det betyr at legen heller ikke skal unnlate å foreslå tiltak dersom hun mener det vil gagne pasienten. Det sentrale spørsmålet blir da på hvilken måte innklagete lege har maktet denne balansen i sin kommunikasjon; med andre ord hva psykiateren har sagt og forsøkt å formidle i forhold til det pasienten har oppfattet og tolket. Dersom legen har brukt uttrykket ”feilbehandling” er det klanderverdig, men ellers er det ikke mulig for Rådet å ta konkret stilling til legens måte å kommunisere på.

Sakkyndigrollen er forskjellig fra behandlerrollen på flere viktige punkter. Rådet mener at utformingen av legeerklæringen til NAV er i tråd med de formkrav som stilles i forhold til Etske regler for leger om utferdigelse av legeerklæringer (kap IV). Det fremgår at anførselene om at behandlingen har etablert et sett av uheldige mestringsstrategier osv., er den sakkyndiges *vurderinger*. Dette er medisinsk-faglige spørsmål som Rådet ikke tar stilling til. I hvor stor grad det skal tas hensyn til pasientens egen oppfatning (klagers spørsmål pkt. 1) er også en faglig avveining som den sakkyndige selv må vurdere som ledd i en sakkyndig erklæring som forventes å være objektiv.

2.2.4 Klage på rådgivende lege - 12/1167

En psykolog har innklaget rådgivende lege i NAV, for opptreden i møte med pasient i forbindelse med søknad om uføretrygd.

Pasienten lider av kompleks posttraumatisk stresslidelse etter traumer påført henne av hennes foresatte gjennom hele barndommen. Hun har fått diagnosen kompleks PTSD tilstand og dissosiativ lidelse. Bakgrunnen er så alvorlig at hun ikke kan eller skal ha kontakt med familien og dennes omgangskrets. Hennes tilstand har i en årrekke vært kjent hos NAV fordi hun har vært avhengig av ytelser derfra. Hun har vært pasient hos klager i flere år.

I forbindelse med planlagt søknad om uføretrygd møtte pasienten saksbehandler sammen med innklagete lege. I følge pasienten åpnet innklagete lege med at han kjenner hennes foresatte og har fått informasjon om saken fra flere sider. Han fortalte også at han kjenner kolleger av foresatte i lokalmiljøet hvor pasienten vokste opp. Han svarte ikke på om han hadde lest sakspapirene, og stilte spørsmål ved at behandlingen hos psykologen hadde tatt lang tid. Han antydte at hun kanskje burde finne annen behandling og at hun ikke burde gjøre seg sykere enn hun var for å få uførestønad - hun ville likevel ikke få mer penger.

Møtet ble opplevd svært belastende, og psykologen vurderer pasienten som retraumatisert. Klager mener at innklagete leges oppførsel var i strid med Etiske regler Kap I, §§ 1 og 2 ved å referere til personlig kjennskap til hennes tidligere foresatte og for måten klager ble behandlet på, Kap II, § 4 for å så tvil om behandlingen hun fikk av psykologen, Kap III §§ 3 og 4 fordi innklagete lege ga inntrykk av å være spesialist innenfor det området han utalte seg om selv om han ikke var det og Kap IV §§ 2 og 3 for å være inhabil siden han hadde hatt relasjon til pasientens tidligere foresatte.

Innklagete lege skriver at det å være rådgivende lege for NAV ikke innebærer at han behøver å være spesialist innen det spesifikke sykdomsbildet en søker presenterer, siden oppgaven som rådgivende lege er å vurdere om saken er tilstrekkelig belyst for å kunne fatte et vedtak. Han skriver at han hadde satt seg inn i saken ut fra dokumentasjonen som NAV hadde. Han hadde hilst kort på en av hennes foresatte for mange år siden, men kjente ingen andre av hennes foresatte. Han benekter å ha stilt spørsmål ved behandlingen hun fikk eller om motiver for å søke uføretrygd.

I et tilsvar poengterer psykologen på pasientens vegne at legen hadde et selvstendig ansvar for å klargjøre sin oppgave og for å ivareta pasienten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Når det gjelder hva som ble sagt på møtet står påstand mot påstand, og Rådet kan derfor ikke ta konkret stilling til det. I et møte med en åpenbart sårbar pasient er det særlig viktig å møte vedkommende med empati og varsomhet – det gjelder for sakkyndige så vel som behandlende leger. Av innklagete leges svar forstår Rådet at han tross alt fortalte at han hadde hilst på en av hennes nærmeste foresatte. Dersom alvoret i konflikten med familien var kjent fra dokumentene i NAV, mener Rådet at det var i strid med Kap I, § 2 om å ivareta pasientens integritet og vise barmhjertighet, omsorg og respekt, å fortelle det. Det var dessuten irrelevant og egnet til å skape mistillit. Rådet gir innklagete lege kritikk for det. Rådet er også enig med klager i at en rådgivende lege i et slikt møte bør klargjøre sin oppgave for å unngå misforståelser og mistillit.

Rådet er imidlertid enig med innklagete lege i hans beskrivelse av en rådgivende leges oppgave, nemlig å vurdere om saken er tilstrekkelig belyst, blant annet fra sakkyndige leger og psykologer med relevant kunnskap, og at rådgivningsfunksjonen i seg selv ikke nødvendigvis krever spesifikk fagkunnskap. Rådet kan heller ikke se at innklagete lege var inhabil som rådgiver for NAV dersom han bare hadde et visst kjennskap til familien.

2.2.5 Klage på kollega - 12/813

En avdelingsoverlege innklaget avdelingsleder/avdelingsoverlege for brudd på de kollegiale bestemmelsene i Etiske regler for leger. Grunnen er at innklagede lege hadde sendt avviksmelding om hans forskrivningspraksis gjennom administrativ linje i helseforetaket som igjen sendte denne videre som bekymringsmelding til Helsetilsynet uten å ha diskutert den faglige begrunnelsen med ham. Han mener dette er brudd på Etiske regler for leger Kap II, §§ 1 og 2.

Rådet mottok tilsvaer fra klinikkleder i stedet for fra innklagede lege. Hun mener at helseforetaket må være motpart i klagen fordi det var helseforetaket som sendte klagen til Helsetilsynet. Innklagede lege hadde bare sendt melding om mulig avvik i helseforetakets interne kvalitetssystem, noe som er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens § 3-4. Helseforetakets videresending til Helsetilsynet er hjemlet i samme lov § 3-3a. Helsetilsynet har konkludert med at klagers behandling av pasientene var forsvarlig.

Klager har bestridt at helseforetaket bør være motpart. Avviksmeldingen ble sendt av en kollega, og Etiske regler for leger Kap II, § 3 er det eneste regelverket som er tilgjengelig for ham for å få vurdert om handlingen var ukollegial eller ikke. Innklagede lege har redegjort for sin rolle og fremhevet at det ikke var ham selv, men en underordnet overlege, som hadde skrevet avviksmeldingen som gjaldt behandlingen av navngitte pasienter. Innklagede lege hadde ikke myndighet til å «lukke» saken på sitt nivå, men bundet av pasientsikkerhetssystemet i helseforetaket til å bringe meldingen videre i systemet. Innklagede lege skriver videre at slik avvikssystemet og ansvarsforhold er organisert i sitt helseforetak, produseres det en stor mengde avviksmeldinger som omfatter faglig og etisk praksis hos leger og medarbeidere, og at Etiske regler for leger Kapittel II, § 2, brytes tallrike ganger hver eneste dag slik behandlingen av mulige avvik er organisert. Videre er systemet slik at siden innklagede lege var ansatt i annet helseforetak enn klager blir avviksmeldinger videresendt som bekymringsmelding til Helsetilsynet. I sitt brev oppfordrer innklagede lege Rådet for legeetikk til å bidra til et regionalt avviksmeldingssystem slik at en unngår å måtte påkalle tilsynsmyndighet når meldeforhold går ut over helseforetaksgrensen.

I et tilsvaer peker klager på at notat med overskrift «Bekymringsmelding» ble utarbeidet under innklagede leges ledelse, at notatet inneholder upresise, til dels feilaktige og overdrevne fremstillinger om pasientforløp hos navngitte pasienter, og at det også er trukket generaliseringer om hans praksis ut fra disse. Klager mener at innklagede lege burde ha kvalitetssikret innholdet før en eventuell bekymringsmelding ble sendt videre. I tilfelle det ble funnet kritikkverdige forhold, mener klager at bekymringsmelding eventuelt skulle vært sendt direkte til Helsetilsynet fordi det er meningsløst at et helseforetaks avvikssystem skal saksbehandle eventuelle avvik ved et annet helseforetak. Klager viser her til forvaltningslovens prinsipper. Klager mener at innklagede lege uansett burde ha kontaktet ham før bekymringsmelding ble sendt.

I forhold til den konkrete saken viser klager blant annet til at noe av den behandlingen han blir kritisert for, var instituert av helseforetaket der innklagete lege har en lederposisjon.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk tar ikke stilling til medisinsk-faglige spørsmål, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 3 annet ledd, men slik de aktuelle sakene er dokumentert, dreier dette seg åpenbart om uvanlig kompliserte pasientforløp. Rådet har derfor forståelse for at det må ha vært nødvendig å utøve betydelig klinisk skjønn i valg av behandlingsstrategier. Rådet er derfor enig med klager i at innklagete lege burde ha diskutert pasientene med klager da spørsmål om avviksmelding og

bekymringsmelding ble brakt på bane. Rådet kan ikke forstå at innklagete lege, med sin posisjon, ikke skulle ha anledning til å diskutere og oppklare eventuelle misforståelser, uklarheter og oppfatninger før en endelig avviksmelding eller bekymringsmelding eventuelt ble sendt videre i systemet. Riktignok er det opp til tilsynsmyndighetene å etterforske en mistanke om uforvarlig praksis, men alle er, etter Rådets syn, tjent med at saken er best mulig opplyst og vurdert av involvert fagpersonell i forkant.

Rådet er også enig med klager i at det virker urimelig at et helseforetak behandler avviksmelding på lege i et annet helseforetak i stedet for at et mulig avvik i en slik situasjon sendes direkte som bekymringsmelding til tilsynsmyndighetene. Ett argument for direkte melding er at den psykiske belastningen for den som er utsatt for mistanke, sannsynligvis vil være større når flere instanser involveres.

Innklagete lege peker på at han er bundet av et rigid rapporteringssystem når det gjelder mulige avvik. Rådet konstaterer at dette langt på vei bekreftes av klinikklederen i hennes brev til Rådet. Rådet mener at saken har vært uheldig og unødig byråkratisk behandlet, noe Rådet også oppfatter at innklagete lege gir uttrykk for i sin redegjørelse. Rådet mener at innklagete lege har brutt Etiske regler for leger Kap II, § 2, ved ikke å diskutere pasientene, som de hadde et felles ansvar for, med klager før avviksmeldingen ble utformet. Rådet gir innklagete lege kritikk for det.

Dersom det er en automatikk i videresending av meldinger om mulige avvik, uansett utgangspunkt, oppfordrer Rådet helseforetaket til å gjennomgå sine rutiner slik at disse underbygger legenes mulighet og ansvar for å handle i tråd med Etiske regler for leger. Rådet kan ikke se at det kan føre til mer utrygg oppfølging av mulige avvik.

Siden klinikkledelsen har involvert seg i klagen, sendes kopi av Rådets vedtak dit.

Kap III Avertisement og annen informasjon om legetjenester

3.1. Markedsføring

3.1.1 Klage på lege for medvirkning i reklame – 11/6379

Rådet var gjort oppmerksom på at en lege bidro til markedsføring av et produkt i et blad som utgis av firmaet. Rådet vedtok å innlede klagebehandling i forholdet til Etiske regler for leger kap III, § 5 som bl.a. sier at *”En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler”*.

I tilsvar fremhever legen at opplegget går ut på livsstilsendring og ikke innebærer medikamenter eller medisinske forbruksartikler. Han har ikke hatt noen økonomiske gevinst av sitt bidrag, men ønsket å gi en anbefaling siden han mente programmet var godt faglig fundert og fordi han selv hadde en meget positiv erfaring etter å ha gjennomført programmet. Han holdt derfor foredrag under et lederseminar for produktet og sa seg samtidig villig til å skrive en artikkel i internbladet om sin erfaring med programmet. Han var ikke klar over at artikkelen ble spredd nasjonalt og føler seg i så måte lurt av firmaet.

I artikkelen gjøres det et poeng av at han anbefaler produktet i egenskap å være lege. Artikkelen inneholder mye generell informasjon om betydningen av livsstil, men den inneholder også klare anbefalinger om å benytte seg av produktet, inkludert selskapets spesielle kostholdserstatte.

Rådet **vedtok** å uttale:

I artikkelen anbefaler legen programmet framfor andre programmer, og særlig anbefaler han selskapets kostholdserstatte. Rådet ser på dette som brudd på Etske regler for leger, kap III, § 5 siden Rådet ser på kosterstatning på samme måte som medikamenter. Å bidra til en slik reklame som lege, anser også Rådet for å være i strid med den nøkternhet som Etske regler for leger forventer i forhold til kap III, § 1, og Rådet gir innklagete lege kritikk for det. Å holde foredrag om helsespørsmål for ansatte er ikke i strid med etikkreglene, og en nøytral artikkel om helsespørsmål i selskapets tidsskrift ville heller ikke vært det, jf. Etske regler for leger, kap III, § 5, annet ledd, som sier at *”Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o. l. uten vinningsøyemed, er ikke å anse som reklame”*.

3.1.2 Klage på lege – annonsering - 11/3185

Rådet mottok en henvendelse hvor det ble uttrykt tvil om en leges annonsering og behandlingstilbud er i overensstemmelse med kravene i følge Etske regler for leger. Rådet besluttet å behandle saken i forhold til Etske regler for leger, kap I, § 9 som bl.a. sier at *”Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring”*, og kap III, § 1 som setter strenge krav til objektivitet og nøkternhet, bl.a. at *”Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester eller tjenestens kvalitet”*.

På innklagete leges nettside skrives det bl.a. at *”EFT [emotional freedom technique] er en svært imponerende redskap for personlig utvikling og vil føre til en dramatisk endring i din tilværelse:..[her listes det opp en rekke situasjoner der det loves effekt]”*

I tilsvaret redegjør innklagete lege for sin metode (former for hypnose) og betraktninger rundt denne. Han mener videre at pasientene burde brukes som sannhetsvitner for behandlingen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Så vidt Rådet kjenner til er hypnose i visse sammenhenger akseptert i medisinsk praksis. Hvorvidt innklagete leges bruk av hypnoseteknikker er innenfor det faglig aksepterte er utenfor Rådets mandat å vurdere, jf. Reglement for Rådet for legetikk, kap I, § 2, 2. ledd, men Rådet merker seg at dette er under vurdering av tilsynsmyndighetene.

Imidlertid bryter markedsføringen med grunnideen om objektivitet og nøytralitet i Etske regler for leger kap III, § 1, og særlig bryter den med kravet om ikke å *”..omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester eller tjenestens kvalitet”*. Rådet gir innklagete lege kritikk for det.

Innklagete lege mener i sin redegjørelse til Rådet at vitnesbyrd fra pasientene burde benyttes i vurderingen av behandlingens berettigelse og kvalitet. I den grad han også mener at dette burde gjelde for annonsering eller markedsføring på annen måte, vil Rådet gjøre oppmerksom på at det anser at bruk av pasienthistorier i markedsføring også er i strid med intensjonene i Etske regler for leger, kap III, § 1.

3.1.3 Klage på annonse for øyeklinikk – 11/4042

En professor emeritus har innklaget en øyeklinikk for å hevde at de er ”ledende innen synskirurgi” i en avisannonse. I et senere tilsvarende av 6.12. 2011 viser han også til at synskirurgi omfatter mer enn synskorrigerende behandling og at klinikken også utfører kataraktoperasjoner. Rådet tok saken opp til klagebehandling etter Etske regler for leger, kap III, §§ 1 og 2 om krav til annonsers utforming og om at annonser skal opplyse om hvem som er ansvarlig lege.

I tilsvarende viser øyeklinikkens marketing director til at ”ledende” henspeiler på at klinikken er største aktøren innen refraktiv kirurgi i Norge. Hun mener at uttrykket ”synskirurgi”, ut fra øvrige opplysninger i annonsen, er dekkende for den virksomheten bedriften driver, selv om de unntaksvis også utfører annet enn refraktiv synskirurgi.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk mener at uttrykket ”ledende” ikke er synonymt med ”største”, men i hovedsak henspeiler på kvalitet. Dersom det kan dokumenteres at firmaet er størst innen sitt felt, kan det skrives at det er størst i annonser, men å bruke uttrykket ”ledende” er i strid med Etske regler for leger, kap III, § 1 der det heter at ”*Avertissement eller annen informasjon ...skal ikke omtale...tjenestens kvalitet*”. Rådet mener også at formuleringen i annonsen ”...hvordan du kan få et nytt liv uten briller og linser...” er i strid med samme paragraf som også sier at ”*Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester...*” Å avvertes med ”synskirurgi”, og særlig sammen med ”ledende”, er misvisende all den tid det bare er tilbud om refraktiv synskirurgi firmaet ønsker å markedsføre, jf. kap III, § 1 som sier at praksistype og terapeutiske metoder kan oppgis. Annonsen mangler navn på ansvarlig lege, noe som er et krav i følge Etske regler for leger, kap III, § 2.

Rådet har også vurdert klinikkens markedsføring på firmaets nettside. Rådet mener at den også er i strid med de samme paragrafer i Etske regler for leger. Spesielt vil Rådet kritisere bruken av behandlede pasienter, og særlig kjendiser, som sannhetsvitner og for en påfallende bagatellisering av mulige bivirkninger og komplikasjoner. Rådet anser at dette også er brudd på etikkreglens presisering at ”*Annonser som kan skape ...urealistiske forventninger. .må ikke forekomme*”(kap III, § 1). Bruk av sannhetsvitner mener Rådet også er i strid med intensjonen om nøkternhet i kap III, § 1 som til slutt sier at ”*Den totale utforming av avvertissement eller annen informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående*”.

Rådet mener at klinikkens markedsføring er aggressiv og i strid med Etske regler for leger kap III, §§ 1 og 2 og uttaler kritikk for det.

3.1.4 Vurdering av annonsering av øyelaserbehandling – 12/521

En journalist har gjort Rådet oppmerksom på nettsidene til en rekke virksomheter som tilbyr korrigerende synskirurgi. Mange av disse firmaene har tilsvarende aggressiv markedsføring som firmaet som er innklaget i sak 20/2012, bl.a. med bruk av sannhetsvitner og bagatellisering av mulige bivirkninger og komplikasjoner. I tillegg til å bryte med Etske regler for leger, stiller Rådet for legeetikk spørsmål ved om markedsføringen for mange også er ulovlig i forhold til Helsepersonellovens § 13 om forsvarlig markedsføring.

Denne bestemmelsen har en forskrift som gjelder kosmetisk kirurgi:

(http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2005/forskrift-om-markedsforing-av-kosmetiske.html?id=92501). Forskriften omtaler ikke refraktiv synskirurgi, men har formuleringer som bl.a. sier at det ikke er lov å bruke før- og etterbilder og å bagatellisere risiko ved kosmetisk kirurgi. Rådet vil spørre Helsetilsynet om de vil betrakte bruk av sannhetsvitner og mangelfull omtale av risiko ved synskorrigerende kirurgi som å tilsvare før- og etterbilder og mangelfull opplysning om risiko ved kosmetisk kirurgi.

3.1.5 Vurdering av nettsider om alternativ behandling – 11/2494

En lege har reist spørsmål om nettsider knyttet til en lege er forenlige med Etske regler for leger.

Rådet har etter oppfordring fått uttalelser fra NAF og NAFKAM. AF har valgt å ikke uttale seg til saken med henvisning til at det faglige aspektet vil vel bli ivaretatt av NAF.

Det vises også til tilsvarende sak som fremlegges som sak 41/2012.

Klager mener at de behandlingsmetodene innklagede lege markedsfører på sin nettside er i strid med etikkreglens kapittel I, § 9, 2. ledd som sier at *«Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring»* og kapittel III, § 1, 2. ledd som sier om avtissement at *«Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme»*. Sammen med klagen er det lagt ved utdrag fra internettsiden der innklagete lege gir råd om alternativ behandling ved flere sykdommer eller plager.

Klager underbygger sin klage med en rekke referanser til vitenskapelige kilder. I forhold til publikasjoner som viser en viss effekt, peker han videre på at det generelt er slik at artikler som viser effekt, oftere blir publisert enn artikler som ikke viser effekt.

I tilsvaret skriver innklagete lege at hun er utdannet homeopat og at hun har satt seg inn i andre alternative behandlingsmetoder, bl.a. energimedisin som hun anvender i behandling. Hun anbefaler akupunktur, healing og andre metoder overfor pasienter. På sin nettside gir hun kostråd under tittelen "Kreftbehandling – Det er en alternativ veg" og hun advarer mot barnevaksinasjonsprogrammet. I svar på innsendte spørsmål skriver hun bl.a. på nettsiden at sjokk i svangerskapet kan være årsak til at en datter har gjentatte urinveisinfeksjoner og anbefaler alternativ behandling. Hun anbefaler en rekke alternative behandlinger, bl.a. craniosacralterapi og eventuelt andre alternativer som akupunktur, til alle kolikkbarn.

Hun viser videre til at hun bruker alternativ medisin som komplementære metoder til vanlig tradisjonell legepraksis, og at hun bare anbefaler slike behandlinger til pasienter som ønsker det selv. Hun mener at metodene ikke er i strid med etikkreglene idet de er basert på tilstrekkelig medisinsk erfaring. Til sammenligning refererer hun til kilde som viser at ca. en tredjedel av tradisjonell medisinsk behandling i det etablerte helsevesen savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser. I forhold til barnevaksinasjonsprogrammet påpeker hun at hun ikke fraråder noen å ta vaksiner, men at hun hjelper folk til å ta et valg som er riktig for dem. Hun påpeker videre at artiklene om kreftbehandling og vaksinasjon er meningsytringer som tydeliggjør hennes ståsted, nemlig at det finnes "flere veier til Rom". Med hensyn til homeopati har hun lagt ved en utredning

om homeopati fra en homeopat som hun hevder har skrevet utredningen på vegne av Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB). På forespørsel hos Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM)/NIFAB kommer det imidlertid fram at dette skrevet ikke er utarbeidet for NIFAB og ikke representerer deres syn.

Rådet har innhentet uttalelse fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA) om foreningens syn på bruk av alternativ medisin. Leder gir uttrykk for at NFA ser det som viktig for både fagfolk og pasienter at det foretas en grenseoppgang av hva som er legitimt å tilby som del av et medisinsk tilbud og hvordan dette tilbudet presenteres eller markedsføres. Med henvisning til en rekke kilder vises det til at akupunktur kan ha effekt på visse tilstander, mens det er svakere kunnskapsgrunnlag for å benytte homeopati. For andre av de alternative behandlingene er det ikke mulig å vurdere disse ut fra vitenskapelige studier. Selv studiene av akupunktur og homeopati er i stor grad av dårlig vitenskapelig kvalitet. For eksempel for homeopati, er det i stor grad ikke mulig å skille om en eventuell effekt skyldes selve behandlingssituasjonen, dvs en eventuell placeboeffekt av den, eller det homeopatiske preparatet. NFA påpeker at det påligger den enkelte lege et særlig ansvar for nøktern og rasjonell informasjon om indikasjonsstilling og forventet nytteeffekt når det er snakk om slike behandlinger.

Rådet har også forespurt professor Vinjar Magne Fønnebø ved NAFKAM som gir omtrent de samme vurderingene som NFA.

Rådet har også innhentet opplysninger fra British Medical Association (BMA) som har viet alternativ og komplementær medisin stor oppmerksomhet, blant annet fordi en del slik behandling kan dekkes innenfor det offentlige helsevesenet i Storbritannia. Etter omfattende utredning konkluderer de med at det de siste årene er blitt stadig klarere at homeopati ikke har effekt ut over placebo (1,2). BMA drøfter da videre om det er etisk akseptabelt å bruke placebotabletter bevisst i behandling og refererer til at mange leger i både Nord-Amerika og Europa gjør det (2). Selv mener BMA at slik bruk av placebo er bedrageri, egnet til å svekke tilliten til leger og etisk uakseptabelt. Med hensyn til akupunktur er det fortsatt usikkert om det har effekt ut over placebo.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har uttalt at det i følge Etske regler for leger er uakseptabelt at lege benytter metoder som savner grunnleggende undersøkelser om effekt, for eksempel kvantemedisin (3) og hårmineralanalyse i individuell diagnostikk og behandling (4), fordi disse metodene savner faglig grunnlag ut fra vitenskapelige studier. Rådet har også ved flere anledninger kritisert leger for å markedsføre tilbud der det for så vidt benyttes etablert medisinsk utredning og behandling, men der det oppfordres til å benytte tilbudet utenfor etablert indikasjonsstilling og der det loves mer enn det som det er faglig belegg for (se referanse 5 og årsberetningene (<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/>)).

En god del av vanlig etablert medisinsk behandling savner god dokumentasjon ut fra vitenskapelige undersøkelser som oppfyller dagens krav. Det som imidlertid skiller tradisjonell medisinsk behandling fra mye av den alternative behandlingen, er at den stadig etterprøves vitenskapelig. Det forventes at leger holder seg faglig oppdatert på de behandlingsmetodene de benytter, jf. Etske regler for leger kap I, § 10, som bl.a. sier at *”En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å oppdatere dem”*, og at de slutter å tilby en behandling dersom det viser seg at den ikke har effekt i pålitelige studier. De samme krav må stilles til leger som benytter alternativ og komplementær medisin. For studier av alternativ og komplementær medisin må det også stilles de samme vitenskapelige krav til metode som for tradisjonelle behandlingsmetoder.

Det betyr bl.a. at det må være mulig å skille effekten av behandlerrollen og preparatet/behandlingen. Når det gjelder innføring av nye behandlingsprinsipper, må det i dag forventes at de ikke tas i alminnelig bruk av leger før effekten er dokumentert i tilsvarende vitenskapelige studier. Rådet anser det som særlig kritikkverdig å anbefale ikke-dokumentert behandling til barn, særlig dersom det er mulig at behandlingen kan medføre plager eller bivirkninger. Akupunktur kan være smertefullt, og Rådet anser at det er i strid med Etske regler for leger å anbefale akupunktur på spedbarn.

Det er imidlertid ikke i strid med Etske regler å diskutere alternative behandlinger med pasienter og pårørende som ønsker å få råd, men legen må da være tydelig på hva slik behandling innebærer og hva det er vitenskapelig belegg for, slik at pasienter/foreldre kan ta selvstendige valg på det grunnlaget. I så måte skiller ikke rådgivning om slik behandling seg fra det som vanligvis er legens rolle i forhold til enhver behandling.

Innklagete lege skriver at hun ikke fraråder noen familier å la sine barn vaksinere, men at hun bare hjelper dem til å ta egne valg. En lege har rett til å mene hva han/hun vil om vaksinasjoner, men ut fra formuleringene på nettsiden er Rådet sterkt uenig i at innklagete lege bare gir nøytral informasjon. Rådet oppfatter det slik at innklagete lege ikke bare fraråder, men oppfordrer foreldre til ikke å vaksinere barna. Dette er i sterk strid med alle offisielle internasjonale anbefalinger og i strid med det lojalitetsprinsippet som leger bør stå for i forhold til vaksinasjon, blant annet at en høy vaksinasjonsdekning er avgjørende for å hindre epidemier som særlig kan være farlige for barn og voksne som har nedsatt immunforsvar. Rådet gir legen sterk kritikk for hvordan hun har behandlet spørsmålet om vaksinasjon på nettsiden. Rådet gir også innklagete lege kritikk for å komme med nokså kategoriske utsagn uten vitenskapelig belegg, for eksempel at sorg i svangerskapet kan være årsaken til at en datter plages av urinveisinfeksjoner. Legers utsagn i medisinske spørsmål tillegges vekt, og Rådet mener at denne typen udokumenterte påstander er egnet til å skape unødig skyldfølelse og sykeliggjøring. Rådet mener også at legen går langt i å anbefale alternativ behandling for kreft, ikke minst med overskriften ”Kreftbehandling – Det er en alternativ veg”, selv om det i teksten fremgår at legen vel mener dette som en komplementær behandling.

Rådet gir klager medhold i at innklagete lege på flere punkter har brutt bestemmelsene i Etske regler for leger kap I, § 9 og kap II, § 1 og gir innklagete lege reprimande for det.

Referanser

1. http://www.bma.org.uk/health_promotion_ethics/complementary_medicine/index.jsp
2. British Medical Association Ethics Department. Medical Ethics Today. 3rd ed. BMJ Books, 2012. pp563-565 og pp786-788.
3. Markestad T. Bruk av kvantemedisin er i strid med etiske regler for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:1907. (<http://tidsskriftet.no/article/1895874>).
4. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/> Årsmelding 2011, sak 3.1.3 (mineralanalyse)
5. Markestad T. Annonsering av forebyggende helseprogram. Tidsskr Nor Legeforen 2006;126:2852-53. (<http://tidsskriftet.no/article/1450908>)

3.1.6 Vurdering av nettsider om alternativ behandling – 11/2498

En lege har reist spørsmål om nettsider knyttet til en annen lege er forenlige med Etske regler for leger.

Saken er behandlet etter å ha innhentet uttalelser fra NAF og NAFKAM. AF har valgt å ikke uttale seg til saken med henvisning til at det faglige aspektet vil vel bli ivarettatt av NAF. Det vises også til tilsvarende sak som fremlegges som sak 40/2012.

Klager mener at markedsføringen på nettsiden er i strid med etikkreglenes kapittel I, § 9, 2. ledd som sier at «*Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring*» og kapittel III, § 1, 2. ledd som sier om avertissement at «*Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme*». Sammen med klagen er det lagt ved utdrag fra internettsiden der innklagete lege gir råd om alternativ behandling ved flere sykdommer eller plager.

Klager underbygger sin klage med en rekke referanser til vitenskapelige kilder.

I tilsvaret beklager innklagete lege at han nok har overtrådt de kravene til markedsføring som fremgår av Etske regler for leger kap III, § 1, og han skriver videre at han for tiden har lagt ned hjemmesiden i påvente av råd fra Rådet for legeetikk. På nettsiden markedsfører han homeopati, akupunktur, kvantemedisin/bioresonans, ortomolekylær medisin og chelat-behandling (EDTA-behandling), og han fremhever spesielt EDTA-behandling som kurativt for flere tilstander.

Rådet **vedtok** å uttale:

Når det gjelder legers forhold til alternativ og komplementær behandling, viser Rådet for legeetikk til vedtaket i sak 40/2012, som er mer fyllestgjørende, men vil særlig fremheve følgende:

Det forventes at leger holder seg faglig oppdatert på de behandlingsmetodene de benytter, jf. Etske regler for leger kap I, § 10, som bl.a. sier at "*En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å oppdatere dem*", og at de slutter å tilby en behandling dersom det viser seg at den ikke har effekt i pålitelige studier, og lar være å tilby nye behandlingsprinsipper som ikke har vært gjort til gjenstand for vitenskapelig utprøving. De samme krav må stilles til leger som benytter alternativ og komplementær medisin. For studier av alternativ og komplementær medisin må det også stilles de samme vitenskapelige krav til metode som for tradisjonelle behandlingsmetoder. Det betyr bl.a. at det må være mulig å skille effekten av behandlerrollen og preparatet/behandlingen. Både akupunktur og homeopati har en viss tradisjon i medisinsk praksis og metodene etterprøves vitenskapelig. Mens det er noen holdepunkter for at akupunktur kan ha effekt på noen smertetilstander, er det økende dokumentasjon for at homeopati ikke har påvisbar effekt ut over eventuell placeboeffekt av selve behandlingssituasjonen.

For EDTA-behandling, kvantemedisin og ortomolekylær medisin mangler det pålitelige vitenskapelige undersøkelser, og Rådet har tidligere uttalt at det er i strid med Etske regler for leger kap I, § 9 og kap III, § 1 å tilby og markedsføre slik behandling (1,2). For denne typen nye behandlingsprinsipper må det i dag forventes at de ikke tas i alminnelig bruk av leger før effekten er dokumentert i vitenskapelige studier som fyller dagens krav til dokumentasjon. I tillegg til mangel

på dokumentert effekt, anser Rådet at noen av de annonserte behandlingsmetodene, slik som EDTA-behandling, kan ha uheldige bivirkninger. På nettsiden har innklagete lege fremhevet at EDTA har en kurativ effekt på alvorlige lidelser. Denne fremstillingen anser rådet som særlig kritikkverdig.

Rådet gir klager medhold i at innklagete lege på flere punkter har brutt bestemmelsene i Etske regler for leger kap I, § 9 og kap II, § 1 og gir innklagete lege reprimande for det.

Referanser

1. Markestad T. Bruk av kvantemedisin er i strid med etiske regler for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:1907. (<http://tidsskriftet.no/article/1895874>).

3. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/> Årsmelding 2011, sak 3.1.3 (mineralanalyse)

3.1.7 Annonse for øyelegesenter – 12/2428

Rådet har fått tilsendt en avisannonse for et øyelegesenter der flere leger er presentert med bilde og utsagn i forhold til hvor bra det har vært å få laseroperasjon for brytningsfeil. Flere av legene har også oppgitt arbeidssted og stilling. En av legene gir direkte anbefaling av det aktuelle øyelegesenteret med uttalelsen «*Følte at jeg kunne stole på **** øyelegesenter*». Fra andre oppslag om saken har Rådet forstått at i alle fall noen av legene har fått rabatt på behandlingen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har merket seg en økende aggressivitet i markedsføringen av private helsetjenester, ikke minst innen synskirurgi. Rådet har tidligere uttalt at bruk av sannhetsvitner kan sidestilles med før- og etterbilder i forhold til kosmetisk kirurgi, noe som ikke er tillatt. Det er ikke i strid med Etske regler for leger å uttale seg om medisinsk faglige spørsmål, f.eks. å gi uttrykk for oppfatninger om korrigerende synskirurgi. Når uttalelsene gis i forbindelse med en annonse for en bestemt øyeklinikk, er det imidlertid Rådets oppfatning at dette er i strid med intensjonene i Etske regler for leger kap I, § 12 om at «*En lege må ikke inngå forbindelse med den farmasøytiske industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurdering svekkes*», kap III, § 1 om avertissement der det bl.a. heter at «*Avertissement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestens kvalitet*» og kap II § 5 om at «*En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler*». Selv om legers deltagelse i annonser, slik det skjer i den aktuelle annonsen, ikke er omtalt spesifikt i Etske regler for leger, anser Rådet at det er i strid med det som er ment dekket innenfor de nevnte paragrafene. Rådet anser det derfor som kritikkverdig av legene å opptre i annonsen, og særlig er det kritikkverdig dersom de har fått rabatt på behandlingen mot å opptre i annonsen.

Kap IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer

4.1 Attestutstedelser

4.1.1 Klage på legeerklæring – 11/3420

En rådgivende lege ble innklaget for brudd på kap IV i Etiske regler for leger for mangelfull og misvisende erklæring overfor Statens pensjonskasse (SPK). Dette førte til at pasienten ikke fikk etterbetalt pensjon for så lang tid som han mente seg berettiget til. Klagen ble utsatt i påvente av avgjørelse i rettsapparatet, jf. Reglement for Rådet for legeetikk, § 2 som sier at Rådet normalt ikke behandler saker som er under offentlig rettslig eller offentlig administrativ behandling.

Det foreligger utfyllende uttalelser fra klager, inklusive domsavsigelse i Trygderetten av 6.1. 2012, og redegjørelser fra innklagete lege. Med hensyn til de medisinske fakta har Rådet i alt vesentlig bygget på de opplysningene som er gjengitt i vedtaket i Trygderetten.

Saken er denne:

Klager har lenge vært uføretrygdet, i alle fall den første tiden med en bestemt diagnose Rundt 2007 foretok SPK en «kjøring» mot NAVs database for å avdekke om det var personer som mottok uføretrygd fra NAV som også kunne ha rett til uførepensjon fra SPK. Klager ble da identifisert som mulig berettiget til pensjon, og han ble oppfordret til å sende opplysninger til SPK for å belyse dette. De etterspurte opplysningene ble sendt til SPK, og på bakgrunn av dette fikk han innvilget pensjon fra SPK med etterbetaling for noen år. Pensjonsutbetalinger som hadde forfalt til utbetaling før dette tidspunktet, ble regnet som bortfalt på grunn av foreldelse. Klager har klaget på dette og mener at han har rett på tilbakebetaling fra tidligere år fordi han på grunn av sin lidelse ikke har vært i stand til å ivareta sine interesser. I følge retningslinjene til SPK kan foreldelsesfristen oppheves i slike situasjoner.

I følge redegjørelsen i Trygderettens kjennelse hadde pasienten inntil for mange år siden flere opphold og polikliniske konsultasjoner ved sykehusavdelinger, og dette året ble den førsted diagnosen fjernet. På bakgrunn av fremlagt dokumentasjon la Trygderetten til grunn at klager hadde vært svært preget av sykdom lenge, men siden det ikke forelå noen dokumentasjon fra helsetjeneste etter denne tiden, kunne Trygderetten ikke avgjøre om klager var i stand til å ivareta sine interesser etter den tiden. Trygderetten vedtok at SPKs avgjørelse i forhold til periode for tilbakebetaling av pensjon skulle oppheves og at SPK skulle foreta en ny behandling av saken.

Innklagete rådgivende leges erklæring, som var grunnlaget for SPKs beslutning om bare å tilbakebetale pensjon for få år, er meget kortfattet. Den konstaterer at klager har hatt en bestemt diagnose fra begynnelsen, at han har forsøkt attføring en periode, men ikke kommet tilbake i arbeid og at han var i stand til å ivareta sine interesser. Erklæringen henviser ikke til hva vurderingen bygger på. Som svar på klagen skriver han at det i SPK er streng praksis når det gjelder å innvilge pensjon tilbake i tid og at klager ikke fylte disse kriteriene.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvorvidt klager har rett til å få pensjon tilbake i tid, er et medisinskfaglig spørsmål som Rådet for legeetikk ikke tar stilling til, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2. Innklagete leges skriftlige vurdering til SPK oppfatter Rådet som en legeerklæring selv om den er gitt på oppdrag fra saksbehandler i egenskap av rådgivende lege. Ut fra bestillingen fremkommer det at innklagete

leges oppgave var å vurdere om klager hadde vært i stand til å ivareta sine interesser. Rådet mener at erklæringen er mangelfull idet den burde ha inneholdt hva vurderingen bygget på av informasjon og premissene for beslutningen. Rådet mener at erklæringen ikke oppfyller kravene som Etske regler for leger setter i kap IV, § 5 om at «*..legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av legeerklæringen*», og gir ham kritikk for det. I denne typen saker er det viktig at rådgivende lege bygger sitt råd på tilstrekkelig informasjon (kap IV, § 3). Rådet ser det som påfallende at det er den første diagnosen som er oppgitt som grunnlag for rådgivende leges råd og SPKs vedtak siden denne diagnosen, ut fra sakspapirene som er tilgjengelige for Rådet, ble nedtonet i senere. Hvorvidt rådgivende leges vurdering bygger på nødvendig innhentet informasjon, og eventuelt hvem som har ansvar for ikke å frembringe nødvendig informasjon, pasientens leger som har skrevet erklæringer til SPK eller SPK/rådgivende lege, kan ikke Rådet ta stilling til.
