

Den norske legeforening

**ÅRSBERETNING**  
**for**  
**RÅDET FOR LEGEETIKK**  
**for**  
**perioden 1.1. 2014 – 31.12. 2014**

**Innhold**

**Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden**

**Oppsummering av prinsipielt viktige saker**

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

**Kap. I      Almennelige 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 kolleger
- 2.2    Tvister mellom leger

**Kap. III    Markedsføring 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 Alta i juni 2013 har Rådet for legeetikk slik sammensetning for perioden 1.1.2014 – 31.12.2017:

Leder Svein Aarseth, allmennlege  
Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med.  
Ellen Økland Blinkenberg, overlege  
Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege  
Siri Brelin, overlege

### *Varamedlemmer*

1. Ståle Clementsen – lege i spesialisering
2. Thore Andre Henrichsen – overlege

Rådgiver/advokatfullmektig Stine K. Tønsaker er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt 6 møter og ferdigbehandlet 40 saker. At dette antallet er betydelig lavere enn tidligere år, f.eks. 89 saker i 2013, skyldes bl.a. endring i registrering/telling av sakene, og er ikke et tegn på nedgang i antall henvendelser.

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 40 sakene ble det for 9 av sakene ikke gjort vedtak etter Etiske regler for leger; 4 av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet etter sitt mandat ikke behandler. I 2 av klagen var det åpenbart at Rådet ikke ville kunne opplyst saken med kontradiksjon, i en klage var klagen innsendt av tredjeperson og det forelå ikke samtykke fra pasienten til å innhente taushetsbelagte opplysninger, en klage kunne ikke vurderes i lys av etiske regler og i en klage var det åpenbart ikke brudd.

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

Rådets leder og tidligere leder deltok i drøftingsmøte i Helsedirektoratet om medisinske og etiske aspekter ved fosterreduksjon. Rådets leder har også deltatt på to modul III-kurs, og på møte i klinisk etikk komite på Ringerike sykehus.

Den 22. 10.2014 arrangerte Rådet et seminar om eutanasi og behandlingsavslutning. Formålet med seminaret var å svare opp landsstyrevedtaket om endringer i Etiske regler for leger, hvor de ba om at Rådet foretok en vurdering av begrepsbruken i § 5. I tillegg ønsket Rådet å styrke kompetansen omkring eutanasi, bl.a. for å være rustet i kommende debatter.

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

### Markedsføring

Rådet merket seg i 2013 en nedgang i klagesaker rettet mot markedsføring. Dette har imidlertid tatt seg opp i 2014, og Rådet har behandlet flere alvorlige saker (se kap. III). Rådet har også flere saker til behandling som ikke er avsluttet ved årsskiftet. I tillegg er vi klar over at det er et stort omfang annonser som ikke har blitt innklaget for Rådet.

Rådet vil i 2015 rette et særlig fokus mot markedsføring og annen informasjon om legetjenester, blant annet ved å arrangere et seminar.

### Kommunikasjon

Som tidligere år viser mange av Rådets saker at kommunikasjon blir en stadig viktigere ferdighet for leger, og legers kompetanse til å kommunisere med alle typer mennesker i ulike livssituasjoner bør styrkes, og i større grad fremheves som en sentral del av yrkesutøvelsen (sak 1.2.5).

Sakene Rådet har behandlet belyser på ulike måter at kommunikasjon er krevende. Vi ser at dette særlig gjelder når en pasient ikke får oppfylt forventninger knyttet til behandling, legeerklæring o.l. Rådet påpeker i den sammenheng at legene har et særlig ansvar for å få til god kommunikasjon og at denne skjer med forståelse og empati slik at det skapes en trygg og tillitsvekkende situasjon for pasienten (sak 1.2.2)

Rådet har også merket seg en noe økende tendens til å fremme klager for Rådet ved hjelp av advokat. Rådet har sett eksempler på at å føre dialog via advokat og eksterne instanser er krevende og til dels uheldig, og har bemerket at det ofte kan være hensiktsmessig å først ta opp sine anførsler direkte med den gjelder, og da få presentert sin side og oppfatning av saken og således forsøke å oppklare eventuelle misforståelser direkte. (sak 1.2.7)

Rådet har også behandlet saker som har belyst at kommunikasjon kan være vanskelig mellom kolleger. Rådet har bl.a. behandlet en klage som gjaldt mailkorrespondanse mellom medlemmer (sak 2.2.1), og uttalte i denne sammenheng viktigheten av at det legges til rette for god kommunikasjon mellom kolleger, bl.a. ved å ha møtearenaer. Kommunikasjon kan være utfordrende, også mellom kolleger, og å føre en god dialog/debatt på e-post er særlig krevende og ikke å anbefale i saker av «opphetet» art.

### Legens rolle

Rådet har de senere år merket seg at klager ofte beror på en uklarhet knyttet til hva som er legens rolle i den konkrete situasjonen. Dette var bl.a. bakgrunnen for nytt annet ledd i etiske regler for leger kap. I, § 2: *Legen har ulike roller overfor pasienter, som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av pasientinformasjon. Det må skilles tydelig på rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi informasjon slik at pasienten forstår legens rolle og formålet med pasientkontakten.*

Rådet har i denne perioden mottatt mange klager på ulike sakkyndige erklæringer. Vi har merket oss at det ofte fremstår som uklart for klager hva som ligger i et sakkyndig oppdrag, blant annet er klagen ofte rettet mot at den sakkyndige har uttalt seg uten å ha sett pasienten.

Rådet har i den sammenheng uttalt at et sakkyndig oppdrag som utgangspunkt er basert på et mandat og dokumentasjon fremlagt fra oppdragsgiver. Som sakkyndig skal legen ut fra sin faglige

bakgrunn gi en vurdering av de medisinske sidene av saken, basert på presentert dokumentasjon, og eventuelt besvare konkrete spørsmål fra oppdragsgiver. Det ligger vanligvis ikke i oppdraget eller rollen at legen skal undersøke pasienten eller drøfte saken med pasienten underveis. Videre at det er opp til legen selv å vurdere om han/hun har faglig grunnlag til å uttale seg i den aktuelle saken, og tilpasse sin attestasjonsvirksomhet etter oppdragets art. I noen tilfeller vil legens medisinske skjønn måtte utøves uten vesentlig støtte i lov, forskrift eller regelverk, mens det for andre formål vil være slik at legens mulighet for skjønnsetøvelse er sterkt begrenset av et meget detaljert regelverk og klare retningslinjer. Dette er imidlertid en medisinskfaglig vurdering, som Rådet ikke kan vurdere.

### **Journal**

Rådet har også merket seg flere klager rettet mot det som er skrevet i journal, og har i den sammenheng påpekt at selvom det primære bruksområdet for pasientjournalen er å være et arbeidsverktøy for legen selv, er det blitt stadig viktigere å ta med i betraktning at pasienten har full innsynsrett. Tilsvarende skal journalen være et verktøy for annet helsepersonell. Det bør således unngås at man bruker ord og formuleringer som kan misforstås eller som kan oppleves krenkende av pasienten.

### **Portvokterrollen**

Rådet har også behandlet en sak (1.2.5) som godt belyste utfordringene ved «portvokterfunksjonen» som allmennleger har. Rådet uttalte i den sammenheng at «portvokterfunksjonen» allmennleger har, både overfor spesialisthelsetjenesten, NAV og andre instanser, er utfordrende, men viktig. Fastlegen skal være navet i pasientens kontakt med helsevesenet, og har et ansvar for å gi pasienten det helsetilbudet de har krav på, men skal samtidig bygge beslutningene på et medisinskfaglig grunnlag. Det skal være faglig dekning for innholdet i en henvisning og den skal være objektiv og saklig i sin form. Legens vurdering vil være utslagsgivende for om en pasient får gjennomslag for sin sak, enten det gjelder ønske om behandling, erstatning fra et forsikringselskap, ansvar for omsorg for et barn eller utbetalt trygd. Det stilles derfor høye krav til faglig integritet og etterprøvnbarhet, og det påhviler legen et særlig ansvar for å være profesjonell og fatte beslutninger ut fra en medisinskfaglig vurdering.

### **Betaling**

Rådet har også mottatt klager knyttet til uenighet om fakturering (1.2.3 og 1.2.6). Sentralt i den sammenheng er at Rådet har uttalt at legen har ansvar for at også håndtering av økonomiske uenigheter med pasienter håndteres på en god måte. Legen kan ikke overlate økonomisk oppfølgingsansvar til et eksternt firma når han selv har gjort en feil (sak 1.2.3)

Det har vært noe usikkerhet knyttet til praktiseringen av merknad B2 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Merknaden lyder: «For bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves konsultasjonshonorar». Problemstillingen kommer ofte på spissen for timer mandag, og det oppstår hindring, sykdom e.l. i løpet helgen, hvor man står uten mulighet til å varsle. Rådet er av den oppfatning at formuleringen «kan» oppfordrer legen til å bruke skjønn. Rådet er på generelt grunnlag enig i at uteblivelse fra time representerer så vel misbruk av ressurser som økonomisk tap for legen. Det er derfor ikke urimelig at legen søker å dekke inn noe av sitt inntektstap, men at det må brukes skjønn.

### **Høringer**

Rådet har vært høringsinstans i mange saker (pkt 1.3) og vil særlig fremheve synspunkter på reservasjonsordning for fastleger (1.3.2) og prioriteringer i helsetjenesten (1.3.7)

## **Endringer i etiske regler**

I 2013 foreslo Rådet enkelte endringer i Etiske regler. Forslaget ble behandlet på landstyremøtet på Soria Moria. Enkelte språklige endringer ble vedtatt, bl.a. ble «avertissement» erstattet med «markedsføring» i kap III. I kap I § 2 ble Rådet forslag til nytt annet ledd vedtatt, og i første ledd ble ordet «barmhjertighet» vedtatt fjernet.

Landsstyret ønsket ikke å endre § 5 i samsvar med oversendte forslag, men ba Rådet komme tilbake med forslag etter nærmere begrepsavklaring. For å imøtekomme dette, og for å øke Rådets kompetanse, ble det avholdt et halvdags seminar om aktiv dødshjelp og lindrende behandling. På bakgrunn av seminaret og påfølgende diskusjon, har Rådet fremmet nytt forslag om endring av § 5. Dette vil bli behandlet på landsstyremøtet i Trondheim i mai 2015.

Endringene trådte i kraft fra 2.9.2014, slik at sakene i år har blitt behandlet ut fra noe ulike formuleringer.

## **Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etiske regler for leger**

### **Kap. I Alminnelige bestemmelser**

#### **1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk**

##### **1.1.1 Reservasjonsmulighet for leger – henvendelse og høring**

08/4176

Rådet mottok en henvendelse fra Aftenposten, med konkrete spørsmål knyttet til reservasjonsmuligheten.

Rådet drøftet henvendelsen, og uttalte:

Rådet vil understreke at dette er vanskelige temaer, som Rådet har drøftet inngående ved flere anledninger. Det er også viktig å minne om at Rådet har fått ny sammensetning siden uttalelsen av 15.3.2012 til Legeforeningens sentralstyre ble skrevet.

Rådet er ikke entydig samlet i alle spørsmål knytte til temaet, og har foretatt en oppsummering av Rådets medlemmers mening.

Flertallet i Rådet er for reservasjonsmulighet for henvisning til abort, mens alle er mot reservasjonsadgang for prevensjon.

##### **1.1.2 Spørsmål om bruk av stamcellebehandling**

14/2971

Rådet mottok en henvendelse med ønske om vurdering av bruk av stamcellebehandling.

I henvendelsen fremheves det at multipel sklerose antagelig kan kureres med autolog stamcellebehandling, og at det er helsemessig og samfunnsøkonomisk store gevinster ved dette. Likevel er det de siste årene kun behandlet to pasienter i Norge. MS-kompetansesenteret ved Haukland har fastsatt en svært restriktiv politikk, til fortvilelse for MS-pasienter og MS-forbundet.

Det reises spørsmål ved det prinsipielle og legeetiske ved at en fagprofesjon, nevrologene, blokkerer for helbredelse med stamcellebehandling.

Rådet drøftet saken og **vedtok** å besvare henvendelsen slik:

Rådet for legeetikk synes det er prisverdig at du løfter frem denne saken. Hvilke behandlinger som anbefales og benyttes for ulike lidelser vil basere seg på medisinsk-faglige, etiske, samfunnsøkonomiske samt forsvarlighetshensyn.

Av de etiske regler vil vi i denne forbindelse vise til Kap I, §§ 9 og 12 som lyder:

#### § 9

*En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødige fare må ikke benyttes. Dersom legen ikke selv behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.*

*Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.*

*Ved utprøving av nye metoder skal hensynet til forsøkspersonen være det primære.*

#### § 12

*En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødige kostbare metoder må ikke anvendes.*

*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 vurderinger svekkes.*

*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. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra.*

Rådet for legeetikk kan ikke gå inn i det medisinskfaglige aspektet i denne saken, da Rådet ikke har mandat til å ta stilling til medisinskfaglige vurderinger, jf. reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2 ledd.

Imidlertid vil vi anbefale at du fremlegger saken for Legeforeningens sentralstyre for vurdering av oppfølging.

### **1.1.3 Markedsføring av helsetjenester ved bruk av gratis utdeling og salg av gavekort på helsetjenester**

14/5069

Etisk råd i Norsk Kiropraktorforening etterspurte en etisk vurdering av markedsføring av helsetjenester ved bruk av gratis utdeling og salg av gavekort på helsetjenester, og oversendte i den forbindelse en vurdering de hadde foretatt.

Rådet for legeetikk uttalte:

Rådet for legeetikk vil gi honnør for den vurderingen som er gjort, og uttrykke at den er i samsvar med Rådets synspunkter på saken.

Rådet vil i den sammenheng vise til Ethiske regler for leger kap. I § 7, kap. II § 8 og kap. III.

#### **1.1.4 Bruk av LCP hos sykehjemspasienter med demens**

14/5205

Rådet for legeetikk mottok en henvendelse med ønske om at Rådet drøfter de faglige/etiske utfordringene ved bruk av LCP hos sykehjemspasienter med demens.

Vedlagt fulgte et notat underskrevet av Reidun Førde, Knut Engedal, Geir Selbæk og Bettina Husebø som belyser forskjellige aspekter innenfor dette området.

Rådet uttalte:

Rådet takker for et meget grundig arbeid og viktig innspill fra Reidun Førde, Knut Engedal, Geir Selbæk og Bettina Husebø. Rådet mener at dette i stor utstrekning er et faglig medisinsk spørsmål som faller utenfor Rådets mandat. Ethiske regler Kap I §§ 5 og 9 er dog aktuelle i vurderingen.

Etter avtale med Reidun Førde, Knut Engedal, Geir Selbæk og Bettina Husebø vedtar Rådet å sende en henvendelse til Helsedirektoratet om saken, hvor vi ber om at direktoratet vurderer det faglige grunnlaget for og forutsetningene for å bruke LCP i sykehjem på demente mennesker. I Prioriteringsmeldingen har Sykepleierforbundet spilt inn at LCP bør innføres på alle sykehjem i alle kommuner. (Faktaboks 5.2).

#### **1.1.5 Alternativ behandling**

Rådet for legeetikk mottok en henvendelse fra etisk utvalg for fysioterapiforbundet, med spørsmål om etisk råd har drøftet helsepersonells virksomhet i forhold til alternativ behandling og ber om en uttalelse om «hva slags holdning har legeforeningen i forhold til leger som også utfører alternative behandlinger og hvor går grensen mellom det kunnskapsbaserte og alternative?»

Rådet **vedtok** å uttale:

Vi viser til din henvendelse av 2.12.2014 med spørsmål om Rådet for legeetikk har drøftet helsepersonells virksomhet i forhold til alternativ behandling og ber om en uttalelse om «hva slags holdning har legeforeningen i forhold til leger som også utfører alternative behandlinger og hvor går grensen mellom det kunnskapsbaserte og alternative?»

Rådet for legeetikk har drøftet legers forhold til alternativ behandling ved flere anledninger, både generelt og knyttet opp mot konkrete behandlingsformer og markedsføring av disse.

Rådet har bl.a. uttalt at det i følge Ethiske regler for leger er uakseptabelt at lege benytter metoder som savner faglig grunnlag ut fra vitenskapelige studier og grunnleggende undersøkelser om effekt. 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.

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 har uttalt at det vil anses som særlig kritikkverdig å anbefale ikke-dokumentert behandling til barn, særlig dersom det er mulig at behandlingen kan medføre plager eller bivirkninger.

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.

Vi vil også vise til Etske regler for leger, hvor bl.a. kap I, § 9 lyder:

*En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirkosomhet tilsier. Metoder som setter pasientens liv i unødige fare, må ikke benyttes. Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.*

*Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.*

*Ved utprøving av nye metoder skal hensynet til forsøkspersonen være det primære.*

Vi vil også vise til artikkel publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening Nr. 21, 12. november 2012 om «Leger og alternativ behandling» <http://tidsskriftet.no/article/2928869>, og «Bruk av kvantemedisin er i strid med etiske regler for leger». Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:1907 <http://tidsskriftet.no/article/1895874>

## 1.2 Pasienters klager på leger

### 1.2.1 Klage på uttalelser til Helsetilsynet

11/4602

Rådets har tidligere behandlet saken, og mottok en klage på Rådets uttalelse av 17.12.13. Saken gjelder flere leger ved en fødeavdeling, bl.a. var de innklaget for å ha gitt en villedende uttalelse til Helsetilsynet som svar på påstått fødselsskade hos klagers nyfødte barn.

Klagers barn har en hjerneskada som ble meldt til Helsetilsynet som en fødselsskade, og saken er vurdert der. Klagen går ut på at leger ved fødeavdelingen i sin redegjørelse til Helsetilsynet ga uriktig opplysning om sannsynlig tidspunkt for når skaden skjedde og deretter konkludert med at skaden sannsynligvis skjedde i fosterlivet før selve fødselen. I sin redegjørelse skriver legene at «*Alderen på hjerneskadene ble anslått til 5-10 dager tidligere*» og trekker derfra slutningen at «*.kan det synes som om dette var skjedd før fødsel*».

Klager mener at dette er en bevisst omskrivning av faktum i det MR-beskrivelsen er forenlig med at skaden skjedde under fødselen. Rådet har påny sett på hva som egentlig er journalført: Mor ble innlagt med rier kl. 14.30 og barnet ble født samme dag kl. 21.45. Den aktuelle MR-undersøkelsen ble utført da barnet var 3 dager og 15 timer gammelt. Røntgenlegens beskrivelse av MR-funnet er at «*. er forenlig med diffusjonsrestriksjon/cytotoksisk ødem/akutt ischemi (inntil 5-10 dager gammel)*».

De innklagete legene skriver at de baserte sin uttalelse på barnelegens journalnotater som sier at «*Det anslås alder på 5-10 dager på forandringene*». De innklagete legene har omskrevet dette utsagnet til «*Alderen på hjerneskadene ble anslått til 5-10 dager tidligere*», og ut fra dette konkluderer de med at «*kan det synes som om dette [hjerneskadene] var skjedd før fødsel*». Rådet kan ikke se hva «tidligere» henspeiler på, om det er før MR-undersøkelsen eller før fødselen, men uansett vil 5 dager før MR-undersøkelsen være et tidspunkt før mor ble innlagt med rier.

Rådet skrev i sin uttalelse av 17.12.13 at å innhente opplysningene fra barnelegens journal «*.... ikke er urimelig all den tid det er barnelegene som mottar beskrivelsen av MR-funn hos barn og er ansvarlige for vurderingen av sykdom og skader hos barn*». Det er ikke mulig å ha noen formening om hvorfor barnelegen har valgt en annen formulering enn røntgenlegen som sier inntil 5-10 dager [Rådets understrekning]. Det er vanlig rutine at røntgenlege og barneleger i fellesskap drøfter slike funn og at en slik drøfting er grunnlaget for en barneleges endelige vurdering og konklusjon. Hvis barnelegens formulering bygger på en slik felles diskusjon om sannsynlig tidspunkt for skaden, skulle det i så fall ha fremgått tydelig av barnelegens notat der det ble begrunnet hvorfor konklusjonen ble en annen enn det som opprinnelig ble beskrevet av røntgenlegen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet er enig med klager i at de innklagete legenes formulering ikke er i tråd med røntgenlegens beskrivelse og at den er egnet til å villed dem som skulle vurdere tidspunktet og årsaken til skaden. Rådet mener imidlertid at det er barnelegens journalføring som enten er upresis, mangelfull eller villedende, og opprettholder at det ikke var urimelig av de

innklagete legene på det grunnlaget å konkludere med at «..kan det synes som om dette [hjerneskadene] var skjedd før fødsel». Det er disse legene – ikke barnelegene - som har fått i oppgave av Helsetilsynet å redegjøre for saken, og da anser Rådet at det er innenfor deres mandat å gi en oppfatning av når skaden kan ha skjedd ut fra hva som er journalført.

Rådet ser at røntgenlege, og særlig barnelege, er upresise i sine beskrivelser og at dette har forplantet seg til en villedende konklusjon. Dette er sterkt kritikkverdig, men Rådet kan ikke se at de innklagete legene har skylden for feilen. Rådet er også forundret over at sakkyndig lege heller ikke har sett poenget. Det er nettopp en av de viktigste oppgavene for helsetilsynet og en sakkyndig å ta utgangspunkt i originalrapportene i en journal for å oppdage denne typen feilslutninger.

### **1.2.2 Klage på oppførsel**

13/4844

En pasient klaget på en lege for å ha fremstått «uprofesjonell og kunnskapsløs», og for å ha kommet med «useriøse bemerkninger og respektløs holdning». Legen besvarte klagen med å beklaget dette, og uttalte at han ikke kjenner seg selv igjen i hverken språkbruk eller den nedlatende holdningen som er beskrevet. Selv mener han å ha hatt «en god tone med pasient og har selv en følelse av at pasient har blitt møtt med forståelse og respekt».

Klager ser positivt på at legen beklager, og understreker at det viktige for henne er at legen tar lærdom av dette, og ikke oppfører seg slik på nytt.

Rådet **vedtok** å uttale:

Saken belyser at kommunikasjon er krevende, og kan oppleves svært forskjellig. Legen har et særlig ansvar for at kommunikasjonen skjer med forståelse og empati, og at det skapes en trygg og tillitsvekkende situasjon for pasienten.

Rådet finner ikke grunn til å påpeke brudd på Etske regler idet påstand står mot påstand. Vi merker oss at legen har beklaget, og legger til grunn at han tar klagen til seg og søker å unngå at pasienter opplever ham på tilsvarende måte fremover.

### **1.2.3 Klage på lege - faktura**

13/4571

Rådet mottok klage fra pasient på en faktura han hadde mottatt fra sin tidligere fastlege.

Klager skriver at han etter siste konsultasjon hos legen tok kontakt med ham for å informere om at han hadde byttet fastlege, og ønsket journalen sin overført til ny fastlege. I tillegg informerte han om at henvisningen fra siste konsultasjon var feildatert og måtte rettes.

Klager mottok deretter en faktura på kr. 100, som han antok var for overføring av journal. Kontonummer og KID-nummer stemte ikke, og han reiste derfor til legekantoret for å betale denne. Han ble imidlertid henvist til firmaet Melin Medical for betaling.

Ved første konsultasjon hos ny fastlege var journalen fortsatt ikke mottatt der, og han ble anbefalt å purre på oversendelse.

En måned senere mottok klager et nytt krav fra innklaget lege på kr. 130. Han tilskrev da legen for å få opplyst hva dette kravet gjaldt. En måned senere fikk han opplyst at kravet på 100 kr var for korrigerende henvisning, og kravet på 130 kr var for overføring av journal. Han skriver også at «oppfølging av fakturaer og pasientbetaling er satt ut til Melin Medical, slik at alle henvendelser skal normalt gå dit»

Klager mener det er urimelig å kreve betaling for retting av egen skrivefeil, samt purring på bestridt faktura og at legens fremgangsmåte er kritikkverdig og i strid med god legeetikk.

Innklaget lege skriver at han ved gjennomgang av historikken ser at klager har rett, og at han vil tilbakeføre pengene for korrigerende av fysioterapi rekvisisjonen. Videre at hva gjelder priser og gebyrer er de godt innenfor Normaltariffen.

I sitt tilsvarende svar til Rådet skriver legen at pasientens fremstilling virker korrekt, og at det hele skyldes en sammenblanding av 2 forespørsler – hvorav pasienten ikke burde vært fakturert for det første forholdet og vil få dette refundert.

Rådet **vedtok** å uttale:

I denne saken har det skjedd en beklagelig feil, som legen har erkjent og korrigert. Vi vil påpeke at legen har et ansvar for at også håndtering av økonomiske uenigheter med pasienter håndteres på en god måte. Legen kan ikke overlate økonomisk oppfølgingsansvar til et eksternt firma når han selv har gjort en feil, som det må forventes at han selv korrigerer og rydder opp i.

Hva gjelder faktureringsgebyr på kr. 45 er det som legen påpeker innenfor Normaltariffen, hvor takst 8 gir rett til å kreve 56 kr i ekspedisjonsgebyr. Dette skal dekke utgifter og arbeid ved forsendelse etter pasientens ønske av resepter, rekvisisjoner, henvisninger eller lignende per brev, faks, telefon eller e-post.

Rådet finner at saken representerer et brudd på Etske regler kap. I, § 8 som lyder: *En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelig honorarer.*

Imidlertid er forholdet erkjent og rettet opp, slik at vi ikke finner grunn til å gi kritikk.

#### **1.2.4 Klage på lege – publisering**

13/2157

Rådet mottok klage på en lege for å ha publisert Rådets vedtak i en avsluttet klagesak på sin blogg med klagerens navn.

Legen er ikke lenger medlem av legeforeningen. Han skriver: «*Uten at jeg anerkjenner Rådets rett til å behandle klager mot meg, velger jeg å forsvare meg mot \*\* nye klager, siden disse kommer i forlengelsen av hennes tidligere klager.*»

Det faktum at legen ikke er medlem, medfører at innklaget lege selv velger om han vil uttale seg til Rådet. Det har klager gjort, og Rådet mener saken er tilstrekkelig opplyst til å foreta en vurdering.

Innklaget lege har slik Rådet ser det, ikke brutt noen etisk regel ved å publisere Rådets uttalelser på sin blogg. Han har ikke hatt noen av klagerne som sine pasienter, og Legeforeningens etiske regler har ingen formulering som hindrer innklaget lege å publisere Rådets uttalelser selv om Rådet selv bare gjør det i anonymisert form.

Rådet mener imidlertid at innklaget lege har vært uklok når han har publisert uttalelsene med klagernes fulle navn. Det har han kanskje erkjent og gjort noe med ved å sladde navnet på klager i den ene saken, men ikke i de tre andre. Han burde ha forutsett at publisering av disse uttalelsene med klagernes fulle navn bare ville eskalere konfliktnivået mellom ham og klagerne.

### **1.2.5 Klage på lege - usaklig innhold i henvisning og brudd på taushetsplikt**

13/5715

På vegne av en pasient klaget Pasient- og brukerombudet på en lege for usaklig innhold i henvisning og brudd på taushetsplikt.

Klagen retter seg mot en henvisning med «en svært spesiell språkbruk og form», som pasienten ikke kjenner seg igjen i. Pasienten henvendte seg på den bakgrunn til ombudet, som rådet ham til å innhente journal for å sjekke innholdet i denne. Pasienten og hans mor sendte to forskjellige anmodninger om utlevering av journal til legekantoret, men mottok journalene i samme konvolutt. Konvolutten inneholdt i tillegg journalnotater på en tredje pasient.

Pasienten reagerer på at det i henvisningen beskrives at han har hatt et rusmisbruk, jf. «døyva denne med en del stoff», og «hadde liksom skikket seg bra nå». Videre anføres det at han «angivelig skal ha beholdt sin lærlingplass» Ombudet viser forøvrig til henvisningen i sin helhet, da de reagerer sterkt på dens form og innhold, og at en henvisning til røntgen inneholder denne type informasjon som ikke er relevant i en røntgenundersøkelse. De mener at henvisningen fremstår som usaklig og krenkende i sitt innhold.

Ombudet reagerer også på at legens journalføring er «unøyaktig og selvmotsigende».

Legen har i sin redegjørelse til Fylkesmannen redegjort for rutineene for utlevering av journal, samt uttalt at pasientens mor selv møtte på legekantoret og krevet å få utlevert sin egen og sønnens journal. Journalene ble utlevert av en helsesekretær. Innklaget lege forklarer også hvordan det kan ha skjedd at journalen til en tredjeperson ble med, og beklager at dette ikke ble oppdaget ved gjennomgang.

Innklaget lege skriver at hun til en viss grad forstår kritikken om unøyaktighet, men at dette reflekterer at pasienten sjeldent har vært til konsultasjon. Legen redegjør for bakgrunnen for konsultasjonene som har vært gjennomført, og formuleringene som er valgt. Hun erkjenner at notatene kan bære preg av tidsnød, og at ordene kan fremstå krenkende, selvom de ikke er ment slik. Hun tar pasientens tilbakemelding til etterretning.

Hva gjelder henvisningen, skriver innklagede lege at hun ikke vurderte indikasjon for MR, men at pasienten og hans mor presset på for å få en henvisning. Hun følte seg presset til å sende en MR-rekvisisjon som hun ikke vurderte at det var grunnlag for. På bakgrunn av at kollegaene i 2. linjetjenesten stadig kommer med kritikk av allmennlegene for å rekvirere

unødige undersøkelser, fant hun det nødvendig å få frem at henvisningen var et resultat av krav fra pasienten, og ikke egen klinisk vurdering. Hun skriver at «dette er faglig forkastelig», men at hun ikke så noen annen utvei i situasjonen. I ettertid ser hun at det var galt å gi etter for pasientens krav, og at hun heller burde ha brukt tiden på å utføre en klinisk status og vurdere indikasjonen nærmere.

Hun beklager at frustrasjonen kommer så tydelig frem i henvisningen, og vil endre sine henvisningsrutiner.

Ombudet skriver at journalene ble sendt pr. post og at pasientens mor ikke har vært i kontakt med legekantoret, hverken skriftlig eller muntlig. I uttalelsen fra pasientens mor står det at de sendte hver sin anmodning om utlevering av journal skriftlig pr. post, og at journalene ble sendt pr. post.

Daglig leder ved legekantoret, skriver imidlertid at han kjenner pasientens mor og at «hun møtte opp på legekantoret og jeg overleverte personlig pakken med journalmateriale til henne».

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil innledningsvis bemerke at Rådet normalt sett ikke behandler saker som er under offentlig rettslig eller offentlig administrativ behandling, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2 annet ledd. Slik vi forstår det, har Pasient – og brukerombudet sendt denne saken til Rådet for legeetikk og Fylkesmannen parallelt. Vi understreker i den sammenheng at Rådet og Fylkesmannen har ulikt mandat og regelverk – slik at vurderingene i så måte ikke nødvendigvis vil være sammenfallende.

Vi vil også bemerke at Rådet ikke driver etterforskning, men baserer vurderingene på kontradiksjon og partenes fremstilling av saken. Ut fra den forutsetningen ser Rådet det vanskelig å finne ut av hva som rent faktisk har skjedd i utleveringen av journal i aktuelle sak, da påstand står mot påstand. Rådet vil derfor ikke kunne ta stilling til om det var brudd på taushetsplikten at pasientens mor fikk utlevert pasientens journal. Journal på en tredjeperson skulle uansett ikke vært utlevert, uavhengig av hvordan dette har skjedd.

Rådet finner grunnlag for å gi kritikk for brudd på taushetsplikten etter Etiske regler for leger kap I, § 4. Vi merker oss at legekantoret har tatt hendelsen alvorlig, og vil iverksette tiltak for å unngå tilsvarende hendelser i fremtiden.

Rådet har forståelse for den vanskelige situasjonen legen befant seg i, og det er velkjente utfordringer som beskrives. Rådet vil likevel påpeke at det påhviler legen et særlig ansvar for å være profesjonell og fatte beslutninger ut fra en medisinskfaglig vurdering. Legen skal ikke la pasientene styre behandling og vurdering.

«Portvokterfunksjonen» allmennleger har, både ovenfor spesialisthelsetjenesten, NAV og andre instanser er utfordrende, men viktig. Fastlegen skal være navet i pasientens kontakt med helsevesenet, og har et ansvar for å gi pasienten det helsetilbudet de har krav på, men skal samtidig bygge beslutningene på et medisinskfaglig grunnlag. Det skal være faglig dekning for innholdet i en henvisning og den skal være objektiv og saklig i sin form. Legens vurdering vil være utslagsgivende for om en person får gjennomslag for sin sak, enten det gjelder ønske om behandling, erstatning fra et forsikringselskap, ansvar for omsorg for et

barn eller utbetalt trygd. Det stilles derfor høye krav til faglig integritet og etterprøvbarehet.

Rådet er enig i legens vurdering av at hun burde ha utført en klinisk status og på den bakgrunn vurdert indikasjonen for videre undersøkelser. «*En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier*», jf. etiske regler kap IV, § 3.

Videre skal en legeerklæring gi ”(...)tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet (...)”, jf. § 4.

Etter Rådets vurdering er både bakgrunnen for henvisningen og henvisningen i seg selv kritikkverdig, og situasjonen er uprofesjonelt håndtert av legen. Rådet ser at legen erkjenner og beklager og vil endre sine henvisningsrutiner på bakgrunn av denne saken.

Videre er det positivt at legekantoret har fokus på kommunikasjon med pasienter. Rådets erfaring er at god kommunikasjon stadig blir en viktigere ferdighet. Fastlegers kompetanse til å kommunisere med alle typer mennesker i ulike livssituasjoner bør styrkes, og i større grad fremheves som en sentral del av yrkesutøvelsen.

Videre vil Rådet påpeke at selvom det primære bruksområdet for pasientjournalen er å være et arbeidsverktøy for legen selv, er det blitt stadig viktigere å være bevisst på at pasienten har full innsynsrett i sin journal. Tilsvarende skal journalen være et verktøy for annet helsepersonell. Leger bør unngå å bruke ord og formuleringer som kan misforstås eller som kan oppleves krenkende av pasienten.

Rådet for legeetikk finner at innklagende lege har brutt Etiske regler for leger, kap I § 4 og kap. IV §§ 3 og 4 og gir henne kritikk for det.

### 1.2.6 Klage på lege - faktura

14/1345

En pasient klaget på vegne av sin kone for en faktura mottatt for å ikke ha møtt til time hos lege. Pasienten hadde time mandag 20.1, men ble innlagt på sykehus 18.1, og lå der til 23.1.

Klageren anfører at han forsøkte å gi legekantoret beskjed lørdag 18.1, men da var det ingen på kantoret til å motta beskjeden. Mandag 20.1 nådde han frem med beskjeden om at kona ikke kunne komme til time samme dag.

Det ble sendt ut faktura for uteblivelse fra time. Denne ble ikke betalt og ble således purret via System-Kreditt AS.

I brev til klager fra innklaget lege er det anført at alle timer må avbestilles innen 24 timer i forveien/arbeidsdagen før og pasienter som ikke gjør det må belastes for timen. (vår understreking) Det er anført: «Vi følger regler fastsatt av Den norske Legeforening.»

Rådet **vedtok** å uttale:

Innledningsvis vil Rådet peke på at retningslinjene det refereres til, er tatt inn som merknad

B2 i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Forskriften kalles også Normaltariffen.

Det heter: «For bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves konsultasjonshonorar» Det står altså 24 timer og ikke 24 timer/arbeidsdagen før.

Saken er vurdert opp mot følgende paragrafer i Etske regler for leger:

Kap I § 1:

*En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe den syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Legen skal bygge in gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn.*

Kap I § 2 første ledd:

*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, om det er mulig, bygge på informert samtykke.*

Kap I § 8:

*En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer.*

Rådet er av den oppfatning at formuleringen «kan» i forskriftens merknad B2 oppfordrer til å bruke skjønn. Rådet er på generelt grunnlag enig i at uteblivelse fra time representerer så vel misbruk av ressurser som økonomisk tap for legen. Det er derfor ikke urimelig at legen søker å dekke inn noe av sitt inntektstap, men det må brukes skjønn.

Ifølge brev fra klager ga han beskjed om at pasienten lå på sykehus og således ikke kunne møte om morgenen den 20. På denne bakgrunn finner Rådet det rimelig at kravet blir frafalt. Rådet vil peke på at selv om legen har satt bort fakturering til et firma, har legen et selvstendig ansvar for at fakturakrav er rimelige og for å kommunisere respektfullt med pasienter som eventuelt klager.

Rådet for legeetikk finner at legens håndtering av denne saken er i strid med de etiske reglens krav til å ivareta pasientens interesse og integritet, jf. Kap I § 2 og Kap I § 8 om å ivareta pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer.

Rådet gir legen kritikk for dette og forventer at fremtidig faktureringspraksis endres i tråd med kritikken.

Klager innsendte måneder senere et brev til Rådet for legeetikk der han orienterte om at legen ikke fulgt Rådets anbefaling om å frafalle kravet.

Rådet for legeetikk **vedtok** å tilskrive legen:

Rådet for legeetikk har mottatt henvendelse fra klager om at Rådets anbefaling om å frafalle aktuelle krav ikke har blitt fulgt opp av deg.

Rådet vil vise til Reglement for Rådet for legeetikk § 1 og § 10, og anmode om at kravet umiddelbart frafalles og at innbetalte beløp tilbakebetales.

### 1.2.7 Klage på lege – beskrivelse i journal

14/1183

En advokat innklaget en lege på vegne av sin klient for beskrivelser i pasientens journal.

Saken er denne:

Klager oppsøkte legesenteret med en hoven ankel. Han var opprinnelig pasient hos en annen lege ved senteret, som ikke var tilstede den aktuelle dagen. En legesekretær hentet derfor innklagede for en vurdering av pasientens ankel før eventuell bandasjering.

Klager anfører via sin advokat at legens beskrivelse og vurdering av ham i journalen er i strid med Ethiske regler kap I, § 2. Han reagerer på særlig på beskrivelsen av at han «virker svært desorientert mht. hvem han egentlig er», at han beskrives som «vanskelig å samarbeide med» og «noe kognitivt svekket». Han avviser riktigheten av legens beskrivelser av konsultasjonen, og hevder at de vitner om at hun har latt seg påvirke personlig av sin pasient på en negativ og nærmest antagonistisk måte. Innholdet i journalen anføres å være «gjennomgående usaklig og tendensiøst», selvmotsigende, og innholdet bestrides. Det bes om at Rådet «meddeler [legen] en irettesettelse og pålegger henne å beklage de påklagede forhold. [Pasienten] ønsker også at den omhandlede journal endres dithen at alle [legens] irrelevante og feilaktige uttalelser påpekt i nærværende klage, fjernes. Det legges til grunn at det ligger innenfor rådets kompetanse og beslutte dette uten særskilt hjemmel».

Legen forklarte grundig bakgrunnen for det hun har ført i journalen. Hun skriver at journalen er ført med bakgrunn i informasjon fra pasientens lege, bakgrunnsinformasjon og hennes oppfatning og vurdering av pasienten. Hun påpeker at hun under konsultasjonen forsøkte å «se hele mennesket og ikke bare pasientens ankel». Hun mener selv at hun opptrådte rolig og respektfullt under hele konsultasjonen, og at den andre legen som var tilstede kan bekrefte dette. Hun erkjenner at den «litt dårlige personkjemien» mellom henne og pasienten kan ha hatt innvirkning på ordbruken i journalen, og ser at noen av formuleringene kan virke fornærmende. Hun beklager på det sterkeste at pasienten oppfatter vurderingen som «svært belastende og uriktig» og at det ikke var hennes intensjon å støte ham. Hun åpner for at pasienten kan komme på møte og gjennomgå journalnotatet i fellesskap.

Klager bestrider legens faktumfremstilling, og påpeker at anbefalinger og oppfordringer til pasientens fastlege ikke hører hjemme i journalen. Klager hevder at innklagede lege motsier seg selv når hun hevder at hun aldri vurderte pasientens kognitive tilstand, og at eventuell sletting av nedtegnelser ikke er legens anliggende. Klager anser det som direkte frekt av legen å sette «senere utredninger hos spesialist» som vilkår for slik sletting og at et møte hos henne verken er det pasienten har bedt om, eller fremstår som fruktbart overhodet på bakgrunn av de faktiske omstendigheter. Klager fremholder at den andre personen som var tilstede neppe kan anses som et nøytralt vitne, og at eventuell forklaring fra henne bør avgis

skriftlig og forelegges pasienten for bemerkninger.

Legen har deretter imøtegått både klagers faktumfremstilling og punktene klager påpeker, samt redegjort for regelverket hun har å forholde seg til.

Rådet **vedtok** å uttale:

Innledningsvis vil Rådet berømme legen for en forbilledlig redegjørelse, imøtegåelse og gjennomgang av klagers klagepunkter og påstander. Hun har svært grundig og reflektert redegjort for sin oppfatning av faktum, og de etiske og juridiske aspekter. Det fremgår tydelig at hun har tatt klagen på alvor og har tatt lærdom av denne hendelsen.

Hva gjelder faktumbeskrivelsene avviker disse i stor grad. Rådet driver ikke etterforskning, men baserer seg på kontradiksjon og partenes fremstilling av saken. Ut fra den forutsetningen ser Rådet det vanskelig å finne ut av hva som rent faktisk ble sagt og skjedde under denne konsultasjonen, da påstand står mot påstand på et svært detaljert nivå. Rådet gjør i den forbindelse også oppmerksom på at to parter kan oppfatte en situasjon svært ulikt, uten at det betyr at den enes oppfatning er mer riktig enn den andres.

Det fremstår tydelig at det var en utfordrende konsultasjon, mye på grunn av «personkjemien» mellom lege og pasient. Det er selvfølgelig uheldig, men kan ikke alltid unngås – all den tid leger også er mennesker. Det er imidlertid viktig å huske på at man som lege er den profesjonelle part, med et særlig ansvar for å tilstrebe å skape en så god og tillitsvekkende situasjon som mulig. Rådets erfaring er at kommunikasjon stadig blir en viktigere ferdighet for leger. Det er legens oppgave å legge til rette for god kommunikasjon, men man er avhengig av at begge parter bidrar positivt. Det synes åpenbart at kommunikasjonen i denne saken kunne vært bedre, noe Rådet mener begge parter må ta ansvar for.

Rådet vil også bemerke at å føre en dialog på dette detaljnivået via advokat og eksterne instanser er krevende og til dels svært uheldig. Generelt er det ofte hensiktsmessig å først ta opp slike anførsler direkte med den det gjelder, og da få presentert sin side og oppfatning av saken og således forsøke å oppklare eventuelle misforståelser direkte. Vi merker oss at legen åpner for å ta dette i et møte med pasienten, mens pasienten ikke ser det som fruktbart

Videre vil Rådet påpeke at selvom det primære bruksområdet for pasientjournalen er å være et arbeidsverktøy for legen selv, er det blitt stadig viktigere å ta med i betraktning at pasienten har full innsynsrett. Tilsvarende skal journalen være et verktøy for annet helsepersonell. Det bør således unngås at man bruker ord og formuleringer som kan misforstås eller som kan oppleves krenkende av pasienten.

Hva gjelder retting og sletting i journal er dette regulert av helsepersonelloven §§ 42 og 43. Det er utenfor Rådets mandat å vurdere om vilkårene i disse bestemmelsene er oppfylt, men viser til at pasienten skal rette krav om dette til aktuelle leger, som må foreta en vurdering opp mot nevnte bestemmelser. Dersom pasienten er uenig i legens vurdering kan dette påklages til Fylkesmannen.

Rådet merker seg legens erkjennelse og beklagelse, og ser tydelig at hun har tatt saken alvorlig og vil ta lærdom av denne hendelsen i sitt videre virke.

Rådet finner ikke at det foreligger brudd på Ethiske regler for leger i denne saken.

\*\*\*

### 1.3 Høringssaker

#### 1.3.1 Høring – retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase

13/952

Rådet har drøftet de oversendte retningslinjer. Etter Rådets vurderinger er de gode og dekkende, og Rådet støtter endringene.

#### 1.3.2 Høring – reservasjonsordning for fastleger

Rådet for Legeetikk har drøftet saken i møte, og behandlet høringen på e-post. Vårt innspill begrenser seg til betraktninger omkring legers rett til å reservere seg i samvittighetsspørsmål som gjelder henvisning til abort, kunstig befruktning, og anmodning om prevensjon. Rådet synes ikke det er korrekt å trekke inn spørsmålet om reservasjonsrett i forhold til eutanasi i denne sammenheng.

Innledningsvis vil vi gjøre oppmerksom på at Rådet for legeetikk er delt i det grunnleggende synet i denne saken. Fire medlemmer støtter at det bør være reservasjonsmulighet på visse betingelser for fastleger ved henvisning til abort, ett medlem er imot dette.

Vi gjør også oppmerksom på at det er ny leder og ett nytt medlem i Rådet for legeetikk etter at Rådet 15. mars 2012 avga en uttalelse om dette til Sentralstyret.

Rådet for legeetikk vil i det følgende kommentere punktene i høringsnotatet.

##### **Bør fastleger kunne reservere seg av samvittighetsgrunner?**

Det er et sentralt anliggende for Rådet for legeetikk at legers eventuelle mulighet for reservasjon ikke kommer i konflikt med Ethiske 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 Rådets syn at mulighet for reservasjon begrenses mest mulig, og bare knyttes til spørsmål som handler om liv og død. Idet følgende omtales reservasjon mot henvisning til abort.

Hensynet til pasienten, som søker å få oppfylt en rettighet, og til legens rett til å handle ut fra dyp overbevisning, er en vanskelig avveining. Flertallet i Rådet (4 medlemmer) støtter at fastleger skal kunne ha en reservasjonsmulighet dersom de møter den som søker en lovbestemt rettighet med forståelse og empati, på forhånd har avtale med en kollega som er villig til å ta på seg oppgaven, og dersom dette ikke medfører praktisk ulempe for pasienten. 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) altså at dette bør aksepteres under gitte forutsetninger. 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.

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 det bør også kunne skje i primærhelsetjenesten der grunnlaget for slike viktige beslutninger legges.

Rådets mindretall (ett medlem) mener at hensynet til kvinnens sårbarhet og rettigheter, veier tyngre enn fastlegens samvittighetsgrunner. Rådets mindretall mener videre at for kvinner som enten vurderer, eller ønsker å henvises til abort, er det viktig å slippe 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 pasienten.

Rådets mindretall (1 medlem) mener at fastleger ikke skal ha reservasjonsrett eller -mulighet når det gjelder henvisning til abort. Mindretallet mener reservasjon er i strid med Kapittel 1, § 2 i Ethiske regler for leger, og at det å møte pasienten med barmhjertighet, omsorg og respekt, ikke lar seg forene med å avvise for eksempel en abortsøkende kvinne. Mindretallet mener at siden selvbestemt abort er en lovfestet rettighet, er henvisning til abort å anse som en vanlig plikt for fastlegen.

Rådet mener at reservasjonsmulighet ikke kan gjelde ved henvisning av lesbiske til kunstig befruktning, eller ved anmodning om prevensjon som å sette inn spiral eller skrive ut p-piller.

### **Hvilke oppgaver bør fastlegene kunne reservere seg mot?**

Rådet aksepterer kun reservasjonsmulighet i spørsmål av moralsk/eksistensiell natur, ikke i saker som dreier seg om uenighet om prioritering av helsetjenester eller i vanlig medisinsk oppfølging. 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.

Rådets flertall mener at fastleger ikke skal ha reservasjonsrett eller – mulighet når det gjelder 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. Rådets mindretall mener med samme begrunnelse at det ikke skal være en slik reservasjonsmulighet når det gjelder henvisning til abort, mens flertallet mener at det kan gis en slik mulighet under gitte forutsetninger slik det er beskrevet videre i dette dokument.

### **Forutsetninger for å kunne inngå avtale om reservasjon**

Rådet understreker at en eventuell reservasjonsmulighet må tydeliggjøres gjennom endring av lov og forskrift, og det må gis klare retningslinjer for hvordan det rent praktisk skal kunne gjennomføres uten at det innebærer en ulempe for pasienten.

Rådet mener at det er helt sentralt å sikre at kvinners lovfestede rettigheter ivaretas. «Bevisbyrden» for at ordningen ikke er til hinder for kvinners rettigheter bør ligge på den eller de som krever reservasjonsadgang.

Forslaget tar sikte på å ivareta den abortsøkende kvinnen gjennom forpliktende avtaler mellom legen som ønsker å reservere seg og en kollega. Det foreslås begrensinger på når en slik reservasjon skal være mulig, og at avtalen kan bli omgjort dersom forutsetningene i kommunen endres.

Rådet støtter at det pålegges legen et ansvar for å sikre seg en «backup», og inngå de nødvendige avtaler for å sikre at reservasjonen ikke innebærer en ulempe for de aktuelle kvinnene.

### **Informasjon om reservasjonsavtalen til listepasientene og øvrige innbyggere**

Rådet mener at tilstrekkelig og lett tilgjengelig informasjon må være en forutsetning for at ordningen kan fungere etter sin hensikt.

Forslaget legger opp til at fastlegen skal ha plikt til å informere sine eksisterende listeinnbyggere om avtale straks den er inngått. Videre at kommunen har et særlig ansvar for å informere innbyggerne om hvilke fastleger som eventuelt har reservert seg. Denne informasjonen skal også være tilgjengelig sammen med informasjon om hvilke leger som deltar i fastlegeordningen.

Uavhengig av reservasjonsmulighet mener vi kommunene bør legge til rette for at abortsøkende kvinner skal få nødvendig hjelp og kunne komme i dialog med personer de har tillit til/kjenner:

Kommunene plikter å informere på sine hjemmesider om:

- 1) hvilke leger som henviser til abort
- 2) andre ressurspersoner som kan kontaktes ved behov for samtale (helsesøster, Sex og Samfunn (Tidligere klinikk for seksuell opplysning) osv.)
- 3) hvordan (med nøyaktig info om kontaktadresse) man kontakter sykehus direkte ved ønske om abort.

### **Rett til å skifte fastlege ved reservasjon**

Det legges til rette for at kvinner får adgang til å søke seg bort fra en fastlege som reserverer seg. Det er viktig at det gis en slik mulighet, men Rådet vurderer reservasjonslegens «backup» som vel så viktig å klargjøre.

Det legges opp til at jenter ved fylte 16 år som står på liste hos en fastlege som har reservert seg, kan fremsette krav om skifte av fastlege. Rådet mener at dette vil innebære en unødvendig belastning, og ikke minst synliggjøring av et medisinsk behov hos en pasient som er uakseptabel. Dersom dette skal være en reell rettighet som skal ivareta pasienten, mener vi at retten til å bytte fastlege må gjøres gjeldende for både gutter og jenter fra 14 år, og at denne må gjelde generelt. Rådet vil også påpeke at det ikke kan oppstilles et krav om at man begrunner byttet med at legen reserverer seg.

### **Konkrete kommentarer til forskrift om endring i fastlegeforskriften og i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen.**

#### **Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene**

##### **§ 24 a Avtale om reservasjon mot å henvise til abort**

Rådets flertall støtter forslaget om at reservasjonsmulighet kun skal omfatte henvisning til

abort, og at prevensjon og henvisning til kunstig befruktning dermed faller utenfor det man kan reservere seg mot.

Rådet støtter også punktet som lyder «Før avtale om reservasjon kan inngås, må fastlegen legge frem en skriftlig avtale med en annen fastlege i nærheten om at han eller hun forplikter seg til å henvise legens listeinnbyggere til abort»

Vi mener det må uttrykkes tydeligere hvilken adgang leger på felleliste har til å reservere seg, særlig sett på bakgrunn av § 11: *Fastlegens listeansvar ved felleliste*  
*Fastleger med felleliste har felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen. Personer som står på felleliste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.*  
*Reglene om listelengde og reduksjon av lister gjelder tilsvarende ved fellelister.*

Det bør også avklares om turnuslege bør ha reservasjonsadgang.

#### **§ 24 b: Kommunens ansvar for tilgang til fastleger som ikke har reservert seg**

Denne paragrafen sammenholdt med foreslått § 6 i Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen gir rom for betydelig skjønn, hvilket antakelig er riktig. Presiseringen i merknaden til § 6 er kuriøs, idet fastlegens reservasjonsadgang gjøres avhengig av billettpriser i kommunen. Oslo har for tiden kun en kollektivsone, og vi synes vel at innen samme bydel hadde vært mer adekvat.

§24 c. Her har vi ingen kommentarer.

#### **§ 24 d Tilbud om konsultasjon hos en annen fastlege.**

Neste virkedag er vanskelig å praktisere og bør etter vår vurdering endres til neste kontordag/praksisdag.

#### **§ 24 e: Kommunens ansvar for informasjon**

#### **§ 24 f. Prioritering av pasienter fra lege som har reservert seg**

Se kommentar § 24 d.

#### **§ 24 g: Avslutning av avtale om reservasjon av samvittighetsgrunner**

Ingen kommentarer.

### **Forskrift av 29. august 2012 nr. 843 om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen**

Foreslått nytt annet ledd i § 5

Ved fylte 16 år treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. *Jenter mellom 14 og 16 år som står på liste hos en fastlege som har reservert seg mot å henvise til abort av samvittighetsgrunner, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24 a, treffer selv avgjørelse om valg av fastlege.*

Rådet mener det er uakseptabelt at dette kun skal gjelde jenter mellom 14 og 16 år. Det vil i de tilfellene bli åpenbart hvorfor hun vil bytte fastlege, og dette må regnes som en merbelastning som ikke kan være ønskelig. Videre, slik det er formulert, flyttes «myndighetsalderen» i enkelte henseender for jenter. Dette er diskriminerende i forhold til gutter, og Rådet mener at som en konsekvens bør alle ved fylte 14 år ha rett til å velge fastlege uten å involvere foresatte og uten innsynsmulighet for foresatte. Det kan ikke stilles krav til begrunnelse for ønske om bytte av fastlege, og retten bør innføres for alle fra fylte 14 år.

I § 6 foreslås et nytt andre ledd:

*Personer som står på liste hos en fastlege som har reservert seg av samvittighetsgrunner mot å henvise til abort, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24 a, har rett til å skifte til en fastlege i nærheten som ikke har reservert seg. Et slikt skifte skal ikke regnes som et skifte etter regelen i første ledd om rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året.*

Slik det er formulert, gis det kun rett til å skifte til en fastlege i nærheten. Vi foreslår at «i nærheten» tas ut. «Backuplegen» må imidlertid ha praksis i nærheten, og vi foreslår følgende formulering:

*Personer som står på liste hos en fastlege som har reservert seg av samvittighetsgrunner mot å henvise til abort, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 24 a, har rett til å skifte til en fastlege som ikke har reservert seg, og som har praksis i rimelig nærhet. Et slikt skifte skal ikke regnes som et skifte etter regelen i første ledd om rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året.*

Vi stiller også spørsmål ved om det vil stilles krav til begrunnelse for skifte av fastlege for at dette skal regnes som et «ekstra» bytte. Som nevnt mener Rådet at det vil være uakseptabelt å måtte begrunne et fastlegebytte med at vedkommende reserverer seg mot å henvise til abort. Dette må påregnes å være en belastning på pasienten som ikke kan være ønskelig.

I § 6 foreslås nytt tredje ledd:

Dette leddet mener Rådet er svært problematisk. Rådet viser til kommentarene ovenfor, å foreslå at første setning lyder

Ved fylte 14 år fremsetter barnet selv krav om å skifte fastlege.

#### **Avsluttende kommentar**

Forslaget til forskriftens § 24 a kan gi inntrykk av det er lagt opp til at kommunene kan gjøre politiske vedtak om hvorvidt det skal gis mulighet for reservasjon eller ikke. Rådet mener det må være lik praktisering av lov og forskrift i hele landet, og at det må være kommunens forpliktelser etter kommunal helse- og omsorgstjenestelov som må legges til grunn..

Kommunene må ut fra lokale forhold vurdere om de ønsker og om det er mulig å gjennomføre slike avtaler.

### **1.3.3 Høring – forslag om å fjerne henvisning fra fastlege når kvinne 14/3054 begjærer abort**

Spørsmålet om legers reservasjonsadgang har gjennom offentlig debatt i ulike medier vist seg å være et svært kontroversielt tema, hvor det ikke har latt seg gjøre å konkludere med at noe er rett og noe annet er galt. På denne bakgrunn fremstår det foreliggende høringsutkast

som et forsøk på et kompromiss som har til hensikt å sikre kvinners rettigheter og samtidig legge til rette for at leger med samvittighetskvaler kan utøve fastlegerollen på en ryddig måte.

Rådet ser positivt på tydeliggjøringen av kvinnens mulighet til å direkte ta kontakt med sykehuset, og styrkingen av informasjons- og veiledningstilbudet.

Det er også positivt at fastlegens og kommunens ansvar tydeliggjøres.

Rådet vil påpeke viktigheten av at fastlegens individuelle ansvar ikke pulveriseres ved bruk av felleslister. Forslaget til ny formulering i § 11 mener vi kan oppfattes som nettopp det. Bestemmelsen bør i større grad bidra til en tydeliggjøring av den enkelte fastleges ansvar, i samsvar med det som skisseres i forslaget forøvrig.

Rådet vil også påpeke at kommunikasjon som ferdighet og kvalitet underkommuniseres i forslaget. Rådets erfaring er at god kommunikasjon stadig blir en viktigere ferdighet, ikke minst i saker av denne karakter. Fastlegers kompetanse til å kommunisere med alle typer mennesker i ulike livssituasjoner bør styrkes, og i større grad fremheves som en sentral del av yrkesutøvelsen.

Rådet ser forøvrig betydelige utfordringer med hele første ledd i § 11, både opprinnelig og ny formulering, og er bekymret for hvordan denne vil bli anvendt i praksis. Vi vil understreke at gode forarbeider og kommentarer til bestemmelsen vil være av avgjørende betydning for at den skal kunne etterleves i samsvar med det vi oppfatter er intensjonen med spesifiseringen i annen setning.

#### **1.3.4 Høring – forslag for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak**

Rådet for legeetikk behandlet høringen i møte 28. august. De fleste forhold er av fagmedisinsk karakter. Vi vil imidlertid komme med enkelte merknader.

Likebehandling er en hjørnestein i norsk helsevesen. For å oppå dette, er det viktig at alle pasienter blir møtt og behandlet korrekt ut fra de helseproblemene de presenterer.

Vi mener somatiske akuttmottak er et uheldig begrep, og vi vil foreslå at man kun betegner det akuttmottak.

Vi har følgende hovedbekymringer:

Pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser har mer somatisk sykdom enn gjennomsnittsbefolkningen. Likevel opplever de ofte at somatisk sykdom blir oversett. Akuttmottak må innrettes slik at dette ikke skjer. Det innebærer at somatisk sykdom må avklares forsvarlig også for disse pasientgruppene.

Psykisk sykdom kan gi uttalte somatiske symptomer og også illudere alvorlig somatisk sykdom. Et eksempel er angstlidelse/hjertelidelse. Når somatisk sykdom er avkrefte, må det sørges for at pasienten får adekvat oppfølging i første- eller annenlinjetjenesten.

### **1.3.5 Høring – evaluering av EAT- samarbeidet**

13/5630

Landsstyret 2014 besluttet enstemmig at evaluering av Legeforeningen som strategisk samarbeidspartner i EAT-forum skal sendes på høring i organisasjonen. Sentralstyret behandlet et førsteutkast til evaluering av Legeforeningen som strategisk samarbeidspartner i EAT-forum på sentralstyremøtet 21. august. Før endelig ferdigstilling og vurdering av mulig fremtidige samarbeidsformer, ønsker sentralstyret å få innspill fra foreningsleddene på evalueringen og alternativer for fremtidig samarbeid med EAT.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk hadde saken til behandling på Rådsmøte 21. – 22.10. 2014. Rådet er tvilende til om dette samarbeidet er i tråd med Legeforeningens policy med tanke på samarbeid med kommersielle aktører.

Rådet mener videre at saksbehandlingen vedrørende samarbeidet er mangelfullt, og vil særlig peke på at presidentens rolle er uklart beskrevet. Rådet legger til grunn at det er personen og ikke presidenten i Legeforeningen som er medlem av advisory board.

Rådet mener det i foreliggende dokumenter ikke er redegjort godt nok for at dette er arbeid foreningen skal gå inn i og bruke medlemmenes midler på. Vi vil peke på at Legeforeningen har Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse som er en naturlig aktør internasjonalt. I tillegg er Legeforeningen medlem av WMA som også er en tydelig internasjonal aktør.

Rådet anbefaler derfor at Legeforeningen i tråd med alternativ 3 avslutter samarbeidet med EAT. Hvis det skulle bli aktuelt å vurdere liknende samarbeid for fremtida, bør Legeforeningen ha en mye mer grundig prosess i forkant. Om legeforeningsrepresentanter finner at det er faglig nyttig å delta på seminar arrangert av EAT uten noen form for binding, er det etter Rådets vurdering uproblematisk.

### **1.3.6 Høring – endring av profesjonsstudiet i medisin ved NTNU**

14/4489

Høringsnotatet ble behandlet på rådsmøte 21. – 22. oktober.

Etikk kan lett bli et honnørord i en travel hverdag. Vi registrerer at etikk og etiske problemstillinger er tatt med mange steder i studieplanen og vil gi honnør for det.

Etikk er alltid et aspekt ved utøvelsen av legeyrket, og Rådet mener det er viktig at det tydeliggjøres i større grad. Særsilt vil vi peke på tabellen på side 9 i rapporten «En fornyet og fremtidsrettet legeutdanning ved NTNU». Denne tabellen er også med i referanse 11 som redegjør for etikk i nåværende studieplan. (Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:2104 – 6). Vi savner ett punkt:

Den gode lege skal:

- Ha evne til etisk refleksjon

For en nyutdannet medisinsk kandidat fra NTNU vil dette si:

- Kunne identifisere og reflektere rundt etiske dilemmaer i ulike medisinske kontekster

For at studentene skal kunne utøve god profesjonsetikk, mener Rådet at studenter må gjøres kjent med Etiske regler for leger og på ulike tidspunkt i studiet få trening i å bruke dem.

### 1.3.7 Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

Rådet har drøftet utredningen i møte 2. desember 2014 og i påfølgende mail-utveksling.

#### **Forslag til nye kriterier**

**Helsetapskriteriet** skal erstatte alvorlighetskriteriet. I helsetap ligger så vel tap av leveår som tap av livskvalitet. Dette kan sammenfattes ved hjelp av begrepet QALY. Utvalget har foreslått en referanseverdi på 80 gode leveår. Forventet gode leveår er beregnet til hhv 69,3 og 66,3 år for jenter og for gutter. Dvs. at alle vil ha forventet helsetap over livsløpet. Helsetap anslås ut fra forventet helsetap ved gjeldede behandlingstilbud. Helsetap vurderes som moderat dersom det er < 15 år, stort dersom det er 15 – 30 år og meget stort dersom det er 30 – 45 år. Helsetapet vil avhenge av varigheten av redusert kvalitet og hvor mange leveår som tapes. Alder vil således indirekte ha betydning for helsetapet. Å få hjerteinfarkt som 30-åring vil kunne gi et større helsetap enn om en 60-åring får infarkt. Tilsvarende vil også helsetapet kunne bli større dersom en tidligere frisk får hjerteinfarkt enn om en med helseplager får hjerteinfarkt. Slik fungerer det når man beregner medisinsk invaliditet hos en person som allerede har fått tilkjent en viss invaliditet. Dette vil kunne virke urettferdig, og derfor er det viktig at også historisk helsetap regnes med.

- *Rådet er kritisk til at QALY brukes som utgangspunkt i prioriteringsarbeidet. QALY kan ha nytte på makronivå, men det er vanskelig å tenke seg at det skal være styrende på individnivå. Rådet er også redd for at alder i for stor grad blir utslagsgivende i prioritering.*

**Helsegevinstkriteriet:** I dette ligger både vunne år og vunnet helse. Dette skal kunne tallfestes ved hjelp av begrepet QALY (Quality adjusted Life years).

- *Rådets innvendinger vedr. helsetap vil også gjelde helsegevinst.*

**Ressurskriteriet** tar hensyn til hvor mye ressurser tiltaket trenger (Økonomisk og andre)

- *Rådet støtter vurderingen om at det begrepet er bedre egnet enn nåværende kostnad-nyttebegrep, men er i tvil om det vil forenkle prioriteringsarbeidet og tror at kostandene ved å innføre et nytt begrep vil overstige gevinsten.*
- *Rådet mener at de foreslåtte begrepene er vanskelig tilgjengelig og ser ikke nytten av å erstatte begrepene etablert i Lønning II og i dagens lovgivning. Vi mener at man i denne sammenheng også må se på transaksjonskostnadene man må påregne ved å endre etablerte kriterier.*

#### **Graderte egenandeler:**

*Rådet støtter bruk av differensierte egenandeler, men de må være samordnet og mer konsekvente enn det tilfellet er i dag. Eksempelvis vil en som får skuldra operert, først få inngrepet utført som dagkirurgi til spesialistegenandel, evt. som innlagt uten egenandel og dernest vil vedkommende få fri fysioterapi i seks måneder. Dersom man for samme lidelse velger konservativ behandling (Fysioterapi), påløper fysioterapiegenandeler opp til tak 2.*

*Dersom ordning med to egenandelstak videreføres, er dette særlig viktig. Innbyggerne må også få bedre kunnskap om rettigheter, evt at automatisk frikort videreutvikles til også å gjelde tak 2, samt at det utarbeides et system der innbyggere med store medisinnuttak på hvit resept gjøres oppmerksom på sine rettigheter ihht bidragsparagrafen, f.eks. som varslings via mineresepter.no.*

***Rådet vil særlig kommentere følgende:***

*Boks 5.2 omtaler Liverpool Care Pathway (LCP) som er utviklet for å ivareta døende pasienter. NSF mener dette bør innføres over alt i helsevesenet. LCP er primært utviklet for kreftomsorg, men er i stor skala tatt i bruk på norske sykehjem. Dette krever imidlertid at det er kompetent fagpersonale, ofte leger, som tar viktige avgjørelser, og legedekningen er dårlig på norske sykehjem der nær 50 % av dødsfallene skjer. Vi mener det er viktig både med opprusting av legetjenesten og at LCP evalueres og valideres for bruk i slik kontekst.*

***Yrkesetiske regler***

*Under punkt 12.2.3 sier utvalget at de foreslåtte kriteriene også kan vurderes tatt inn i de yrkesetiske retningslinjene for ulike helsepersonellgrupper.*

*Våre etiske regler kap I § 12 omtaler dette:*

*«En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige, eller overflødige kostbare metoder må ikke anvendes.»*

*Rådet er av den oppfatning at dette i tilstrekkelig grad ivaretar prioritering, og mener det vil være uhensiktsmessig og urealistisk å utdype dette nærmere eller inn ta de konkrete kriteriene for prioritering. Rådet ser det ikke som hensiktsmessig å pliktfeste prioritering på individnivå, hverken gjennom lovgivning eller yrkesetiske retningslinjer.*

\*\*\*

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

### **1.1    Offentlig debatt/Debatt mellom kolleger**

Rådet har ikke mottatt eller merket seg saker som har handlet om deltagelse i offentlig debatt eller vært debatt mellom kolleger i perioden.

### **1.2    Tvister mellom leger**

#### **2.2.1    Klage på kollega**

13/4466

Klager ønsker å klage på en kollega an mener har opptrådt kritikkverdig. Han hevder at han merket en negativ holdning fra innklaget lege fra han tiltrådte stillingen som kommuneoverlege, og at det etter kort tid kom mailer fra ham med «instrukser» om hva han burde konsentrere seg om, hva han hadde forsømt og at han burde «legge opp arbeidet som kommuneoverlege». Mailene gikk i kopi til alle ansatte ved legekantorene. Han reagerte mest på en mail som ble sendt til utvalgte politikere, inkludert ordføreren og helse- og sosialleder på den «ene siden av fjorden», uten at det ble sendt i kopi til noen på «den andre siden av fjorden». E-posten omhandler hva klager har «fått til» i sin tid som

kommuneoverlege, bl.a. «null bruk av legeskyssbåt» og at legevaktlegen er plassert slik at beboere på den andre siden må belage seg på rutegående ferge eller rutegående hurtigbåt til legevakt, og at legen på vakt må krysse fjorden i ferge.

Vedlagt klagen fulgte flere e-poster, med en tydelig opphetet diskusjon mellom klager og innklagede lege.

Innklaget lege har bl.a. kritisert klager for ikke i tilstrekkelig grad å gripe fatt i de utfordringer man sto overfor og for ikke å være tilstrekkelig til stede som leder. Innklaget lege beskriver en u håndterlig arbeidsbelastning, hvor han var utkjørt, bekymret for pasientene, og selv redd for et epileptisk anfall. Han forteller om gjentatt kontakter med klager, men at han ikke nådde frem med sin bekymring. Han fikk ingen veiledning, opplevde ikke å bli hørt og beskriver at han var «fortvilet og lei og redd for pasientens velvære, og da jeg ikke fikk forståelse fra [klager] om dette valgte jeg å si opp for å gi klar beskjed om at det gikk utover min overbevisning». Han skriver at «min intensjon var hele tiden å jobbe for kommunens helse og til det beste for pasientene. De gangene jeg henvendte meg til kommuneoverlegen ble jeg møtt med taushet». Innklaget lege valgte å fratse sin stilling.

Klager på sin side beskriver det langvarige motsetningsforholdet mellom de to sidene av fjorden. Videre hvordan han overtok ansvaret som kommuneoverlege, laget ny organisasjonsplan for legetjenesten og tilpasset bemanningen. Han skriver at han tidlig merket at han ikke var velkommen, og at det mest sannsynlig har sammenheng med hvor han var bosatt og hans politiske engasjement. Han anfører at han forsøkte å få en god relasjon til innklagede lege, men at det ble vanskelig.

Innklaget lege beklager måten han gikk fram på i de seneste mailen, og skriver at han har tatt lærdom av denne saken.

Rådet **vedtok** å uttale:

På grunn av de inntrufne omstendighetene ble det lagt et stort ansvar på en nyutdannet lege. Han mistet sin mentor og veileder. Det fremgår at han har følt et stort ansvar for pasienter og for drift av legekantor og helsetjeneste, og ikke opplevd å få støtte i dette arbeidet. Dette er en viktig oppgave for en leder og erfaren kollega.

Etiske regler for leger kap. II § 1 lyder:

*En lege skal vise kolleger respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem.*

Rådet mener særlig omtalte mail har fått en form som er uheldig, noe også innklaget lege har erkjent og beklaget. Dette er brudd på § 1 men Rådet finner ikke grunn til å uttale kritikk.

I Etiske regler for leger Kap II § 2 står det:

*Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun frøst ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning.*

*Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Dnlfs organer eller vedkommende helsemyndighet.*

Rådet mener innklaget lege har forsøkt nettopp å varsle om det han opplevde som svikt hos sin leder. Han har vært opptatt av pasienters ve og vel og at helsetjenesten i kommunen skulle fungere. Han synes å ha opplevd liten støtte fra sin leder i dette. Når han ikke har nådd fram hos sin leder, har han tatt sine bekymringer opp med administrativt overordnede. Dette er etter Rådets vurdering ikke brudd på § 2.

I Etske regler for leger Kap II § 5 står det:

*Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan.*

Rådet mener meningsutvekslingen på mail ikke er å anse som en offentlig debatt. Uttalelser i nevnte e-post må oppfattes som usaklige og dermed brudd på § 5. Innklaget lege har beklaget dette og Rådet finner således ikke grunn til å uttale kritikk.

I Etske regler for leger Kap II § 7 står det blant annet at *Leger skal kommunisere åpent og tillitsfullt med hverandre.*

Kommunikasjon er en vanskelig kunst, også mellom kolleger. Det er leders oppgave å legge til rette for god kommunikasjon samtidig som alle deltakere må bidra positivt. Rådet mener det burde vært lagt til rette for faglige/administrative møter der leger og medarbeidere kunne diskutere og avklare felles utfordringer. Å føre en god dialog på mail er krevende, noe e-post kommunikasjonen i saken klart viser. I denne saken kunne dialogen vært bedre, noe Rådet mener begge parter må ta ansvar for. Rådet finner ikke grunn til å uttale kritikk.

### **2.2.2 Klage på øyelege – kommunikasjon**

14/2521

En optiker klaget inn en øyelege for uttalelser han skal ha fremsatt overfor en felles pasient..

Saken er denne:

Pasienten var til en synsundersøkelse hos klager, hvor det «ut fra optometriske målinger [ble funnet] et samsynsproblem som konvergens insufficiens». Det ble også funnet liten grad av langsynthet. Behandling ble gitt som ferdigbrille og databasert synstreningsprogram. Henvisning til øyelege ble gitt etter pasientens mors ønske.

I følge pasientens mor skal øyelegen under konsultasjonen ha uttalt at behandlingen gitt hos optiker var helt feil, og at optikeren kun var ute etter penger og drev med kvakksalveri. Det er videre skrevet i pasientens epikrise at «Pas. har bet. store summer». Pasienten ble henvist til ortoptist for videre undersøkelser, men denne fant ingen grunn for behandling.

Klagen retter seg mot kommunikasjon ovenfor felles pasient, særlig utsagnet om «kvakksalveri». Videre at pasienten ble henvist videre. Klager mener at øyelegen burde konferert med optiker om behandlingsgrunnlaget, slik at dette kunne foregått på en

profesjonell måte og at pasienten og hennes mor ikke ble usikre på behandlingsrekkefølgen.

Innklagede øyelege besvarer klagen med at det for hans del er «svært ok at denne klagen bringes opp på et høyere nivå og fint om man kan avslutte en viss praksis fra enkelte optikere». Han viser til optikere som starter med å gi barn med noe/ingen strabisme briller, og når foreldrene reagerer på store summer sendes de til øyelege for vurdering og godkjenning slik at det kan søkes om refusjon. Han påpeker at hverken øyelege eller ortoptister har økonomisk interesse i å selge briller, i motsetning til optikere, slik at det svært viktig at slike saker foregår i riktig rekkefølge. Han «håper at Rådet for legeetikk tar tak i denne malpraksisen og hindrer fremtidig utnyttelse av pasienter».

Rådet **vedtok** å uttale:

Klagen retter seg mot utsagn pasientens mor har referert at innklaget lege skal ha sagt under konsultasjon hos ham. Innklaget lege mener at han først og fremst har ansvar for pasientene, og ønsker fokus rettet mot optikers praksis i denne sammenheng.

Rådet vil bemerke at dersom utsagnene klager har referert til faktisk har blitt uttalt ovenfor pasienten og hennes mor, er det i strid med Etske regler for leger kap. II §§ 1 og 2, som lyder:

#### **§ 1**

*En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem.*

#### **§ 2**

*Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning.*

*Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Dnlf's organer eller vedkommende helsemyndighet.*

*Dersom en lege oppdager tegn på sykdom eller misbruk av rusmidler hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun tilby hjelp.*

Rådet vil også påpeke at vi ser det betenkelige i den beskrevne praksis, men vurderer at det er utenfor Rådets mandat å ta stilling til eller følge opp dette videre, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2. Vi vil derfor anbefale at innklagede lege tar dette opp med Norsk øyelegeforening og Norsk optikerforbund.

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

### **3.1. Markedsføring**

#### **3.1.1 Klage på markedsføring**

13/4768

Rådet mottok klage på en annonse i Aftenposten, og ba om en uttalelse til denne. Leder ved innklaget senter uttalte seg til klagen.

Saken er denne:

Klager stiller spørsmål ved om aktuelle annonse er akseptabel. I annonsen står det bl.a. «Risiko for prostatakreft? Har du forhøyet PSA?» Videre at senteret «er Skandinavias mest avanserte utredningscenter for prostatakreft» og «Riktig diagnose gir trygghet for riktig behandling»

De skriver i sitt tilsvarende at de er Skandinavias eneste diagnostiske senter for prostatakreft som har et tverrfaglig team. Teamet består av en erfaren prostata MR-spesialist, nuklærmedisiner, urolog og onkolog. Videre at tilbudet er «enestående i Scandinavia og kan derfor betegnes som Skandinavias mest avanserte utredningscenter for prostatakreft».

Rådet **vedtok** å uttale:

Innledningsvis vil Rådet bemerke at vi ikke har mandat til å ta stilling til de medisinskfaglige aspektene av denne saken, men har fått opplyst at klagen i den sammenheng er sendt til Norsk urologisk forening for vurdering.

I Ethiske regler for leger kap III, § 1 står det bl.a. at:

*Avertisement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:*

- *virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon,*
- *praksistype, spesialitet (kft. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)*
- *diagnostiske og terapeutiske metoder*
- *priser.*

*(...)Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.*

*Avertisement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.*

*Den totale utforming av avertisement eller annen informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående»*

Rådet for legeetikk finner at annonsen og uttrykket «er Skandinavias mest avanserte utredningscenter for prostatakreft» er i strid med at "Avertisement eller annen informasjon (...)skal ikke omtale(...) tjenestens kvalitet"

Videre benyttes det i annonsen en formulering som er egnet til å skape et behov og gi inntrykk av at undersøkelsen er nødvendig, og at man ikke bør unnlate å måle sin PSA dersom man er i risikogruppen. Rådet mener at utformingen av annonsen også er egnet til å skape angst for sykdom hos friske menn.

Videre er det i strid med kap III, § 2 at den medisinske ansvarlige leges navn ikke fremgår. Bestemmelsen lyder:

*«Ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges»*

Rådet finner at annonsen bryter med Etske regler kap III, §§ 1 og 2 og gir kritikk for måten de har annonsert sine tjenester på. Rådet forventer at de innretter seg etter denne kritikken og at fremtidig annonsering vil være i samsvar med Etske regler for leger.

### 3.1.2 Klage på markedsføring

13/4446

Rådet for legeetikk ble gjort oppmerksom på en annonse, og ba om en uttalelse til denne. Senteret har uttalt seg til henvendelsen.

Saken er denne:

Senteret reklamerer med et ”oktober-tilbud” på mammografi, med en prisreduksjon på 15 % i forhold til vanlig pris på undersøkelsen. I annonsen står det også at henvisning fra fastlegen er nødvendig: ”Husk; du trenger henvisning fra din fastlege.” Rådet har henvendt seg til senteret om annonsen og opplyst at det vil vurdere om annonsen kan være i strid med Etske regler for leger om henvisningspraksis, jf. kap II § 6, samt etiske regler for markedsføring og kap III §§ 1 og 2.

Rådet har mottatt svar fra medisinsk sjef, som redegjør for årsaken til henvisningskravet ved mammografi, som er en konsekvens av Strålevernloven. I henhold til Strålevernloven er det ikke anledning til å utføre mammografi som helsekontroll uten henvisning fra lege.

Når det gjelder nytteverdien av mammografi-undersøkelser av friske kvinner uten symptomer på brystkreft, er dette et medisinsk-faglig spørsmål som ligger utenfor Rådets mandat å ta stilling til.

Rådet **vedtok** å uttale:

Etske regler for leger har et eget kapittel om avtissement og annen informasjon om legetjenester. I dette kapitlet (kapittel III) heter det i § 1: ”Avtissement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon, samt praksistype, spesialitet og tittel, samt diagnostiske og terapeutiske metoder, samt priser.”

Videre heter det at: ”Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.”

Hensikten med denne etiske regelen er å fordre nøkternhet og saklighet når det gjelder legers annonsering av egen virksomhet. Slik Rådet ser det, er dette ikke tilfelle når det gjelder aktuelle verdikupong-annonse, som frontes med et stort fotografi av en iøyenfallende og delikat blonde-behå, samt en ”løp og kjøp”-aktig verdikupong som gir 15 % rabatt på mammografi i oktober 2013. Behåen tiltrekker seg oppmerksomheten, og ved første øyekast kan den se ut som en annonse for tilbud på, nettopp, en behå. Som en oppsummering har annonsen setningen: ”Vi tar livets viktigste bilder”, en opplysning som verken er nøktern eller saklig. Hva som fortjener betegnelsen livets viktigste bilde vil variere for den enkelte.

Den som leser (hvis hun er kvinne) skal få en følelse av at hvis hun ikke slår til på månedens tilbud, går hun glipp av det viktigste i livet. På denne litt subtile måten søker annonsen å skape frykt hos kvinner som avstår fra tilbudet.

Annonsen forholder seg ikke til det offentlige helsevesenets program for mammografi-screening, og oppfordrer dermed til hyppigere kontroller enn anbefalt. En fastlege som får forelagt annonsen fra en kvinnelig pasient som ønsker henvisning, vil bli satt under press for å henvise henne, selv om hun for eksempel har vært til mammografi-undersøkelse et halvt år tidligere, eller dersom hun faller utenfor screening-gruppen.

Etter Rådets vurdering bryter annonsen med Etske regler for leger om markedsføring, og gir kritikk for dette.

### 3.1.3 Klage på markedsføring 13/4983

Rådet mottok klage på en annonse, hvor lager ber om en vurdering av hvorvidt annonsens form og innhold holder seg innenfor Legeforeningens etiske og kollegiale retningslinjer for en institusjons tilbud om helsetjenester generelt, og om avertisementet er i samsvar med gjeldende regler for annonsering av spesialister og deres tjenester.

Leder har uttalt seg til klagen, og påpeker i sitt tilsvarende at de følger Norsk urologisk forenings anbefalinger vedrørende PSA-testing. Videre at de er det eneste senteret i Skandinavia hvor alle pasienter med bekreftet forhøyet PSA får en utredning med urologisk vurdering, MR prostata, og om nødvendig MR veiledet 3 D ultralyd/MR-fusjonerte biopsier. Ved funn av prostatakreft gjøres det en tverrfaglig vurdering av pasientens behov for behandling. De hevder å være eneste diagnostiske senter for prostatakreft som har et tverrfaglig team. Teamet består av en erfaren prostata MR-spesialist, nuklærmedisiner, urolog og onkolog. Videre at tilbudet er «enestående i Scandinavia og kan derfor betegnes som Scandinavias mest avanserte utredningssenter for prostatakreft».

Rådet **vedtok** å uttale:

Innledningsvis vil Rådet bemerke at vi ikke har mandat til å ta stilling til de medisinskfaglige aspektene av denne saken, men har fått opplyst at klagen i den sammenheng er sendt til Norsk urologisk forening for vurdering.

I Etske regler for leger kap III, § 1 står det bl.a. at:

*Avertisement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:*

- *virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon,*
- *praksistype, spesialitet (kft. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)*
- *diagnostiske og terapeutiske metoder*
- *priser.*

*(...)Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.*

*Avertisement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.*

*Den totale utforming av avertisement eller annen informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående»*

Rådet for legeetikk finner at annonsen og uttrykket «er Skandinavias mest avanserte utredningssenter for prostatakraft» er i strid med at ”*Avertisement eller annen informasjon (...)skal ikke omtale(...) tjenestens kvalitet*”

Videre benyttes det i annonsen en formulering som er egnet til å skape et behov og gi inntrykk av at undersøkelsen er nødvendig, og at man ikke bør unnlate å måle PSA dersom man er i risikogruppen. Rådet mener at utformingen av annonsen også er egnet til å skape angst for sykdom hos friske.

Videre er det i strid med kap III, § 2 at den medisinsk ansvarlige leges navn ikke fremgår. Bestemmelsen lyder:

*«Ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges»*

Hva gjelder formuleringen « – helse og omsorg hele livet» kan vi ikke finne at det strider mot Etske regler.

Rådet mener at annonsen og formuleringer i denne bryter med Etske regler kap III, §§ 1 og 2 og gir kritikk for måten de har annonsert sine tjenester på. Rådet forventer at innretter seg etter denne kritikken og at fremtidig annonsering vil være i samsvar med Etske regler for leger.

### **3.1.4 Klage på markedsføring**

14/719

Rådet mottok klage på annonse som klager mener bryter med Legeforeningens etiske regler om annonsering og annen informasjon om legetjenester. Administrerende direktør/sjeflege har uttalt seg til klagen.

Saken er denne:

Annonsen som klages inn for Rådet, har som blikkfang et fotografi av en sunt utseende og smilende kvinne. Kvinnen er fotografert fra midjen og opp, hun er naken, men dekker brystene med armene. Under bildet står følgende tekst: *Jeg er sunn og frisk, så vidt jeg vet.*

Resten av teksten i annonsen lyder som følger:

*Rådene om en sunn livsstil er mange. Av oss skal du få ett til: Ta en årlig sjekk av helsa! Ikke bare for din egen del, men like mye for de du er glad i. Med erkjennelsen av at man ikke lenger er pur ung, kommer også forståelsen av at kropp og helse trenger litt mer oppfølging enn tidligere. Derfor tilbyr vi en helsekontroll som ivaretar nøyaktig ditt behov. Hos oss møter du spesialister og fagpersoner med fokus på nettopp din situasjon og alder. De skal*

*bistå deg i det viktigste av alt; å holde deg frisk. Som du sikkert skjønner, møter vi deg på en litt annen måte enn andre aktører i helsevesenet. Bruk oss fast eller når det ordinære helsetilbudet ikke strekker til. Det er bedre å komme en gang for mye enn en for lite. Vårt løfte til deg er uansett det samme. Vi skal være til hjelp. Alltid.*

Rådet **vedtok** å uttale:

I Etiske regler for leger kap III, § 1 står det bl.a. at:

*Avertisement og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:*

- *virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon,*
- *praksistype, spesialitet (kfr. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)*
- *diagnostiske og terapeutiske metoder*
- *priser.*

*(...) Annonser som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.*

*Avertisement eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester eller tjenestenes kvalitet.*

*(...) Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.*

*Den totale utforming av avertisement eller annen informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.*

Rådet for legeetikk finner at annonsen klart er i strid med de etiske reglens krav til nøkternhet i utformingen av annonser for egen virksomhet. Rådet reagerer særlig på følgende:

1. Annonsen kritiserer indirekte det offentlige helsevesen og gir sitt eget tilbud høyere kvalitet, ved følgende formuleringer: *Som du sikkert skjønner, møter vi deg på en litt annen måte enn andre aktører i helsevesenet. Bruk oss fast eller når det ordinære helsetilbudet ikke strekker til.*

2. Med denne annonsen lover senteret noe de ikke kan holde, nemlig at de alltid kan hjelpe. De benytter følgende formuleringer: *Vårt løfte til deg er uansett det samme. Vi skal være til hjelp. Alltid.* Ingen virksomhet, verken offentlig eller privat, kan påstå at de alltid kan hjelpe.

3. Ved å vise et fotografi av en kvinne som ser sunn og frisk ut, samtidig som billedteksten sier at hun ikke kan være sikker på at hun er nettopp det: *Jeg er sunn og frisk, så vidt jeg vet,* skaper annonsen etter Rådets mening frykt, eller en usikkerhet, for mulig sykdom hos alle som i utgangspunktet føler seg friske, og ser slik ut. Annonsen spiller også på samvittigheten overfor de som står en nær: *Ta en årlig sjekk av helsa! Ikke bare for din egen del, men like mye for de du er glad i.* Det er en grense mellom hva som er fornuftige, medisinske tiltak i et samfunnsmedisinsk perspektiv, og hva som er økonomisk lønnsomt for private aktører som utfører helsekontroller. Etter Rådets mening overskrider den aktuelle annonsen denne grensen. Personer som leser annonsen, men som ikke ønsker, eller har råd til å være kunder

ved dette private legesenteret, kan få forventninger om det de tilbyr - nemlig årlige helsekontroller av friske mennesker, også er noe det offentlige helsevesen burde tilby, uavhengig av indikasjon. Det offentlige helsevesen må forholde seg til prioriteringer når det gjelder bruk av tid og ressurser, noe de ikke må.

Rådet gir sterk kritikk for måten de har utformet annonsen. Rådet forventer at de innretter seg etter denne kritikken og at fremtidig annonsering vil være i samsvar med etiske regler for leger.

## 3.2 Annen informasjon om legetjenester

### 3.2.1 Klage på annonsering

14/1918

En lege har innklaget en kollega for hans egenomtale på hjemmesiden til et privat legesenter.

Saken er denne:

Klagen retter seg mot at egenomtalen av en lege på hjemmesiden til et legesenter «helt opplagt [er] skrevet for å villedde folk til å tro at de kommer til en ØNH-spesialist som har års erfaring og behersker så godt som alle aspekter ved ØNH-faget, i tillegg til erfaring fra flere andre områder innen medisin» Videre at han umulig kan ha utført det antall kirurgiske inngrep som oppgis.

Innklagede lege beklager på det sterkeste at oppsummeringen på siden har blitt tolket slik. Han opplyser at den har blitt endret for flere måneder tilbake, «da en kollega som hospiterte ved sykehuset fikk rede på at det kunne mistolkes». Han påpeker også at det er enkelte feil i klagen, bl.a. bestrider at han ikke lenger opererer ved legesenteret og at det ikke leies inn kirurger for ham. Han reagerer også på at dette ikke ble tatt opp med ham direkte.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger kap. III, § 4 lyder:

*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.*

Etter Rådets vurdering var opprinnelig annonse i strid med dette, slik at det foreligger brudd på kap III, § 4, og gir kritikk for dette. Rådet merker seg at legen endret teksten så snart han ble gjort oppmerksom på det, og finner ikke at den nye versjonen er i strid med etiske regler.

Rådet mener samtidig at klager burde vurdert å ta opp saken direkte med den aktuelle legen før klage ble sendt til Rådet for legeetikk, jf. Etiske regler Kap. II, § 2 hvor første ledd lyder:

*Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende.*

\*\*\*

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

### **4.1 Attestutstedelser**

#### **4.1.1 Klage på lege – legeerklæring**

13/5205

Klager skadet seg på arbeid i oktober 2010 og tok ut egenmelding. Det er også anført i forespørselen fra NAV forvaltning til rådgivende lege. Første journalnotat hos fastlege som omhandler uhellet er fra august 2011. Skademelding fra arbeidsgiver er fra oktober 2011. Klageren anfører i vedlegg til skademeldingen at hun meldte fra til arbeidsgiver fire dager etter skaden inntraff at fraværet skyldes en arbeidsskade.

I oppdraget fra NAV Forvaltning står det at oppdraget er å vurdere om det er årsakssammenheng mellom skaden og sykmeldingen ni måneder etter slik at skaden kunne godkjennes som yrkesskade.

Innklaget lege anfører at hennes rolle som rådgivende lege er klart definert, nemlig å vurdere medisinsk dokumentasjon opp mot lov, forskrift og rettspraksis. Hun beskriver vurderingen som et medisinsk råd, ikke en sakkyndighetserklæring. Dette støttes også av Statens Helsetilsyn i deres brev til Helsetilsynet i fylkene datert 10.04.2003 der det også presiseres at dette heller ikke er en legeerklæring i lovens forstand.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet anerkjenner at en uttalelse fra rådgivende lege ikke er å anse som en legeerklæring i lovens forstand. Rådet mener imidlertid at uttalelsen er å anse som en legeerklæring etter etiske regler Kap III, § 1 som lyder:

*En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand. Legeerklæring omfatter f.eks. utfylte skjemaer til trygdemyndighetene, attester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer.*

Samtidig er uttalelsen et internt notat innen NAV.

Rådet har valgt å vurdere uttalelsen etter Etiske regler kap IV §§ 1,3, 4 og 5.

Etiske regler for leger § 3 lyder:

*En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.*

En rådgivende lege må vurdere om saken er tilstrekkelig opplyst. I en yrkesskadesak må også den trygdede ta ansvar for tilstrekkelig opplysning av saken. Hvorvidt det i dette tilfelle foreligger en yrkesskade eller ikke er en medisinsk vurdering som rådet ikke skal

vurdere.

Rådet mener at det i denne saken ikke er brudd på Kap IV § 3.

§ 4 lyder:

*En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går ut over formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten.*

Rådet anser at uttalelsen er laget i henhold til rådgivende leges mandat og mener den ikke bryter med § 4.

Etiske regler § 5 lyder:

*Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av en legeerklæring. Skriftlige erklæringer skal utformes som et selvstendig dokument og må være datert og underskrevet.*

Rådet mener at også en uttalelse fra rådgivende lege bør tilfredsstillende visse formkrav. Vi vil særlig peke på at det bør være utformet som et selvstendig dokument. Dette innebærer at det bør framgå av dokumentet hvilken rolle legen har og være utstyrt med et brevhode der dette framgår, eventuelt at informasjonen tas inn i et stempel.

Det faktum at det dreier seg om et internt dokument endrer ikke dette. Rådet mener disse manglene er brudd på § 5.

#### **4.1.2 Klage på lege – bekymringsmelding til barnevernet**

13/5483

En advokat har på vegne av sin klient innsendt klage på en lege for en bekymringsmelding sendt til Barnevernet.

Saken er denne:

Advokaten har på klientens vegne klaget til Rådet for legeetikk og Fylkesmannen. Klagen retter seg mot en «legeerklæring/bekymringsmelding» sendt til barnevernet, som de mener er «et bestillingsverk fra mor». Advokaten skriver at det er «min klients oppfatning at legen har latt seg bruke i en foreldrekonflikt av sin egen pasient, som er mor til barna uenigheten dreier seg om. Dette har medført en økning av konflikten (...) Ved at fastlegen gjengir mors beskyldninger, gir han legestempel og en tyngde på opplysningene som han ikke har grunnlag for ut fra sitt kjennskap til saken».

Legen redegjør i sitt tilsvarende utførlig for sin vurdering, som var basert på uttalelser fra hovedsakelig sønnen til klager. Legen opplevde at han stod i en svært bekymringsfull situasjon skapt av hva legen oppfattet var en «intens og pågående konflikt mellom deres foreldre, en konflikt som fortonet seg som vesentlig mer intens enn hva de fleste barn opplever i forbindelse med foreldres samlivsbrudd». Hans selvstendige oppfatning av

situasjonen baserte seg på samtaler med sønnen, gjentatte bekymringer fra mor omkring barnas situasjon og samtale med Familievernkontoret. Han understreker at meldingen ble sendt på bakgrunn av egen vurdering og ikke på bestilling eller oppfordring fra mor, og ikke etter pålegg fra Familievernkontoret, og i samsvar med hans plikt etter helsepersonelloven § 33. Legen har tidligere hatt et møte med far i denne forbindelse, og understreker at han har vært tydelig overfor både barnevern og klager hva som var bakgrunnen for bekymringen. Han mener det ville vært et moralsk og juridisk lovbrudd dersom han hadde latt være å melde en oppriktig bekymring til barnevernet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil innledningsvis bemerke at Rådet normalt sett ikke behandler saker som er under offentlig rettslig eller offentlig administrativ behandling, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2 annet ledd. Slik vi forstår det har advokaten sendt denne saken til Rådet for legeetikk og Fylkesmannen parallelt, og fylkesmannen har konkludert uten at vi er kjent med konklusjonen. Vi understreker i den sammenheng at Rådet og Fylkesmannen har ulikt mandat og regelverk – slik at vurderingene i så måte ikke nødvendigvis vil være sammenfallende.

Rådet har vurdert bekymringsmeldingen, og vil bemerke at den i seg selv fremstår i samsvar med de retningslinjer og regler som gjelder.

Alt helsepersonell er pålagt en oppmerksomhetsplikt og en meldeplikt, jf. helsepersonelloven § 33. Dette innebærer en plikt til å i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Videre inntreer en meldeplikt når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24. Formålet med opplysningsplikten er å tilrettelegge for at barn får nødvendig oppfølging og omsorg ut over behovet for helsehjelp, og er vurdert som en sentral del av legers yrkesutøvelse.

Legers rolle i slike saker er svært utfordrende, og de står ofte ovenfor vanskelige vurderinger. Det vil alltid være en fare for å «bli brukt» av den ene parten, og å bidra til at konflikten eskalerer. Legers vurderinger og erklæringer vil ofte tillegges særlig vekt. Dette er både fordi de besitter en særlig faglig kompetanse, og fordi de mottar informasjon som bare de får, gjerne fra flere involverte.

Legens vurdering kan være utslagsgivende for om en person får gjennomslag for sin sak, enten det gjelder ønske om behandling, erstatning fra et forsikringselskap, ansvar for omsorg for et barn eller utbetalt trygd. Det stilles av disse årsaker svært strenge krav til både faglig integritet og etterprøvbarhet. Det skal være faglig dekning for innholdet og den skal være objektiv og saklig i sin form.

Etiske regler for leger kap IV, §§ 3 og 4 lyder:

§ 3

*En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.*

#### § 4

*En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten.*

Etter Rådets vurdering er meldingen til barnevernet meget god, og i samsvar med gjeldende regelverk. Rådet stiller seg undrende til advokatens påstander.

Det fremgår tydelig hva legen baserer sin bekymring på, hvem som har gitt ham hvilken informasjon, hvilken rolle han har for hvem og han påpeker at han ikke kjenner far og kun baserer seg på opplysninger fra mor og barna. Dette understøttes av hans redegjørelse for vurderingene foretatt i denne sammenheng, som har vært grundige og i samsvar med det han oppfattet som sitt ansvar og lovpålagte plikt.

Det er Rådets klare oppfatning at det ikke foreligger brudd på Etske regler for leger.

#### **4.1.3 Klage på legeerklæring – krenkende**

14/2524

En pasient innklaget fastlegen for utstedelse av legeerklæring som hun opplever som svært krenkende.

Saken er denne:

Klager skriver at hun er «svært krenket og har mistet tiltroen til legestanden totalt». Særlig reagerer hun på at legen skriver i en søknad om uføretrygd at hun er traumatisert slik at hun verken har arbeidsevne, boevne eller mulighet for sosial fungering og tilpasning og at det ikke er noe å gjøre med det.

I aktuell erklæring står det at pasienten «har manglende boevne. Kan ikke fungere i sosiale settinger. Traumatisert. Store konsentrasjonsvansker/ tilpasningsvansker» og under prognose er det angitt «livslang» under både varighet av sykdom, funksjonsnedsettelse og nedsatt arbeidsevne. Legen har skrevet at pasienten ikke bør få kjennskap til innholdet, da «pas tar seg nær av karakteristika som omtaler henne i mindre flatterende ordelag. At hun ikke har boevne og svært redusert funksjonsevne bør hun ikke få vite da det kan gå ut over behandler relasjonen»

Legen skriver i sin uttalelse at en legeerklæring skal være så korrekt som mulig, samt objektiv og varsom. Videre at man kun skal uttale seg om det som er vesentlig for saken. Han mener at diagnosene og vurderingene ham bekjent er korrekte, og at en ny gjennomgang av journal ikke har gitt ham noen indikasjon for å fjerne noen av diagnosene. Han skriver at han oppfatter det som sin plikt å gi en så objektiv vurdering som mulig, minst mulig farget av pasientens subjektive mening, av og til på tross av denne. Han fremhever at de fortsatt har en god relasjon, men at de bør møtes å snakke sammen om saken.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil innledningsvis si at det fremkommer tydelig at denne saken er svært kompleks og vanskelig for begge parter. Sykehistorien er langvarig og omfattende. Klager har sendt inn meget omfattende dokumentasjon, med noe ulike klagepunkter, hvor det fremgår tydelig at klager er i en fortvilet og vanskelig situasjon hvor det er mange ulike instanser involvert.

Vi vil presisere at Rådet fastholder at vi kun kan vurderer de konkrete formuleringene i søknad om uføretrygd opp mot Etiske regler for leger. Øvrige klagepunkter, herunder på legens manglende svar på e-post, deltagelse i møter, spørsmål om fullmakter, utkastelse fra hjemmet og manglende utbetalinger fra kommunen, er alle forhold som Rådet ikke har mandat eller mulighet til å gå inn i.

Etiske regler for leger kap I, §§ 1, 2 og 3 lyder:

#### § 1

*En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.*

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

#### § 2

*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.*

*Legen har ulike roller som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Det må skilles tydelig mellom rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin rolle og formålet med kontakten.*

#### § 3

*Pasienten har rett til informasjon om egen helsetilstand og behandling og i alminnelighet rett til innsyn i eget journalmateriale. Pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det. Opplysninger som kan tenkes å være særlig belastende, skal gis med varsomhet.*

Som Rådet innledningsvis skrev, forstår vi at formuleringene i erklæringen kan oppleves som krenkende, men slik vi ser det, er det like fullt legens faglige vurderinger som vi vanskelig kan overprøve eller gå nærmere inn i.

Etter Rådets vurdering fikk saken en uheldig start idet legen i sin erklæring til NAV anbefalte at klager ikke burde få innsyn i legens vurderinger. Dette i seg selv må sees som en svakhet ved skjemaet som brukes ved søknad om uføretrygd. Prinsipielt har pasienten rett til innsyn i all informasjon om egen helsetilstand, og dette må legen ta i betraktning i journalføring og attestskrivning. Legeforeningens juridiske avdeling vil følge opp denne svakheten ved skjema ovenfor NAV.

Videre vil Rådet påpeke at selvom det primære bruksområdet for pasientjournalen er å være et arbeidsverktøy for legen selv, er det blitt stadig viktigere å ta med i betraktning at pasienten har full innsynsrett og vil kunne lese det som blir skrevet. Tilsvarende skal journalen være et verktøy for annet helsepersonell. Det bør således unngås at man bruker ord og formuleringer som kan misforstås eller som kan oppleves krenkende av pasienten.

Etter Rådets vurdering beror aktuelle sak på en del misforståelser, særlig rundt hva som er legens ansvarsområde og hva som er sagt/gjort opp mot ulike involverte instanser. Rådet vil i den sammenheng bemerke at å føre en slik type dialog via en ekstern instans er krevende og kan være uheldig og lite egnet til å oppklare misforståelser. Vi merker oss at legen har forsøkt å nå pasienten pr. telefon og avtale en samtale. Det kan fremstå hensiktsmessig, for å gjennomgå klagers anførsler, og gi henne en mulighet til å få presentert sin side og oppfatning av saken, og således forsøke å oppklare eventuelle misforståelser direkte.

Rådet finner ikke at det er brudd på etiske regler i denne saken.

#### **4.1.4 Klage på leger – erklæring**

14/760

Klager opplyser at han er en 44 år gammel mann som ikke har arbeidsevne grunnet CFS/ME og ikke har uførerrettigheter i Norge. Klagen retter seg mot innklagede leges uttalelse som rådgivende overlege for NAV. Klager mener denne er bygget på et uholdbart faktum, som ikke er medisinsk, vitenskapelig eller realistisk på noen som helst måte, i tillegg til at han har uttalt seg om forhold klager mener er utenfor legens kompetanseområde. Han vil også poengtere at rådgivende lege aldri har vært i kontakt med ham vedrørende gjeldende forhold, og således ikke kunne vite om noen av motorsyklene var i bruk. Han opplyser videre om situasjonen knyttet til hans motorsykler, og hvor mye disse har vært kjørt de senere år.

Ut fra vedlagte artikkel fra Gold-Wing-klubben fremgår det at konklusjonen det reageres på er følgende:

*«Bruker har vært ute av arbeidslivet siden -04. Etter en gjennomgang av sakens dokumenter, som for øvrig er meget omfattende, ser jeg ingen kontraindikasjon til arbeidsrelaterte tiltak som bør startes nå. Dette er basert på det faktum at bruker er i stand til å holde seg med 6 stykker Honda Goldwing motorsykler som grunnet sin størrelse krever uttalt fysisk styrke for å håndtere. En arbeidsavklaring vil kunne danne grunnlaget for en vurdering av størrelsen på ytelsen».*

Innklagede lege uttaler at han har problemer med å se hvor problemet ligger i saken. Hans konklusjon er kun en liten del av en omfattende sak som har vært behandlet i mange instanser. Han understreker at uttalelsen «helt tom for krefter» ikke samsvarer med at bruker er i stand til å håndtere en sykkel som veier mellom 370 og 410 kg. Videre oppfordrer han klager til å «se gjennom den totale dokumentmasse i saken».

Klager understreker at han oppfatter innklagede leges uttalelse som sentral i avslaget på han søknad om uførepensjon. Videre at han ikke forstår hvordan det faktum at han velger å kjøre motorsykkel til behandlinger, butikken o.l. i stedet for bil, skal være grunnlag for å konkludere med at arbeidsrelaterte tiltak bør iverksettes.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil innledningsvis si at det fremkommer tydelig at klagers sykehistorie er langvarig og omfattende. Det fremgår at det foreligger omfattende dokumentasjon, hvor kun en liten del er fremlagt for Rådet. Saken har blitt behandlet i ulike instanser og pågått over langt tid, og det er tydelig at klager er i en utfordrende situasjon.

Vi vil presisere at Rådet vil begrense vurderingen til de konkrete formuleringene i rådgivende leges uttalelse opp mot Etske regler for leger.

Rådet mener at ordvalget i uttalelsen er uheldig, og vil i den sammenheng vise til Etske regler for leger kap IV. Det er noe uklart hva rådgivende lege i denne sammenheng har basert sin konklusjon på, og vi har forståelse for at pasienten reagerer på formuleringen i erklæringen.

Imidlertid er det like fullt legens faglige vurdering, som også er en del av et omfattende sakskompleks. Slik Rådet ser det er spørsmålet om hvorvidt det å ha motorsykler sier noe om restarbeidsevne et medisinskfaglig spørsmål som Rådet ikke har mandat til å ta stilling til, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2.

#### **4.1.5 Klage på lege**

14/3418

Klagen retter seg mot et notat en lege har skrevet i rollen som rådgivende overlege for NAV. Klager finner notatet sterkt krenkende og injurierende. Han mener at notatet er preget av faktafeil og inneholder momenter som etter klagers oppfatning ikke har noe å gjøre i en medisinsk vurdering.

Notatet inneholder blant annet formuleringer som: *«Etter 4 år ute av arbeid, en situasjon der medlem vegrer seg mot ethvert forsøk på å finne tiltak (...) så må en innse at det ikke er noen restarbeidsevne som en arbeidsgiver eller et attføringstiltak kan lokke frem. Arbeidsevnen synes således varig redusert med minst 50 %, men min oppfatning er fremdeles at de mer skyldes uvilje enn varig sykdom».*

Innklagede lege redegjør kort for sin rolle som rådgivende overlege, og fremholder at klagen er behandlet i NAV-systemet. Videre skriver han at arbeidsevnevurdering er vanskelig, at det noen ganger gjøres bare på medisinsk grunnlag, men at det etter NAV-reformen også vektlegges andre forhold som sosiale og psykososiale faktorer. Han understreker at han ikke har tilgang til journal og må uttale seg generelt, og lister opp en rekke faktorer som han kan ha vurdert i denne saken i september 2013. Han skriver at han ikke mente å være hverken krenkende eller injurierende, og at han har beklaget dette «i den grad det oppfattes slik».

Klager siterer i sitt tilsvare Velferds – og Arbeidsdirektør i NAV, Joakim Lystad og refererer fra svar, undertegnet av avdelingsdirektør Asgeir Helle i NAV, på serviceklagen klager har fått behandlet i NAV i denne saken. I denne gis klager rett i at innklaget lege ikke har omtalt klager med respekt. Klager oppsummerer med at han ikke opplever det aktuelle notatet fra innklagede lege som «en liten glipp eller to, men som en gjennomført trakassering fra A til Å» Vedlagt fulgte klage til NAV og svar på serviceklage.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk mottar og behandler mange klager på uttalelser og vurderinger gjort av rådgivende leger i NAV. Vi har forståelse for at dette er vanskelige vurderinger i komplekse saker, hvor det kan være utfordrende å formulere seg på en god måte. Rådet vil imidlertid påpeke at selv om det primære er å avgi en vurdering til saksbehandler i NAV, er det blitt stadig viktigere å være bevisst på at pasienten har full innsynsrett i samtlige dokumenter. Leger bør også i rollen som rådgiver unngå å bruke ord og formuleringer som kan misforstås eller som kan oppleves krenkende av pasienten.

Som avdelingsdirektør Helle også har påpekt, skal pasienter og brukere behandles med respekt. Å mistenkeliggjøre motiver for brukernes handlinger eller uttalelser slik som aktuelle notat er et eksempel på, er ikke i tråd med å behandle en bruker med respekt. Rådet vil i tillegg påpeke at erklæringer skal være saklige, objektive og nøytrale i sin form.

Rådet mener at innklagede leger har formulert seg uklokt i aktuelle notat, og gir kritikk for det, jf. Ethiske regler for leger kap. IV. §§ 3 og 4