

Årsberetning for Rådet for legeetikk for perioden 1.1. 2019 – 31.12. 2019

Innhold

Årsberetning for Rådet for legeetikk for perioden 1.1. 2019 – 31.12. 2019.....	1
1. Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden	3
1.1 Rådets sammensetning	3
1.2 Saksbehandling	4
1.3 Seminarer	4
1.3.1 Physician-assisted suicide and the Oregon model	4
1.3.2 Seminar om dødsdiagnostikk. Når er man død?	4
1.3.3 Pasienter med ruslidelser får ikke likeverdige helsetjenester!	4
1.4 Publiserte artikler i perioden:	4
1.5 Uttalelser i media	5
1.6 Nordic etikkseminar Bornholm 4. – 6. september	6
1.7 Debatter/foredrag	6
1.8 Annen Virksomhet	7
2. Oppsummering av prinsipielt viktige saker	7
2.1 Screening av friske	7
2.2 Markedsføring	7
2.3 Legers yringsfrihet	7
2.4 Lindrende sedering	7
3. Høringsuttalelser	8
3.1 Endring av abortloven	8
3.2 NOU 2019:10 Åpenhet i grenseland	12
3.3 Veileder om helsetjenester til arrestanter i politiarrest	15
3.4 Høring om forslag til endringer i forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	18
3.5 Høring utkast til Etske retningslinjer for idrettsmedisinsk arbeid (Norges Idrettsforbund)	19
3.6 Høring NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven	20
3.7 Høring – forslag til endringer i bioteknologiloven	20
3.8 Høring - ny forskrift om tilsynsrådet	23
4. Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter etiske regler for leger	24
1 Alminnelige bestemmelse	24
1.1. Generelle problemstillinger i legeetikk	24
1.2 Pasienters klager på leger	34
1.2.1 Klage på lege – kommunikasjon	34

1.2.2	Bekymring/informasjon om lege.....	35
1.2.3	Klage vedrørende sekretær med hodeplagg.....	35
1.2.4	Bokanmeldelse	36
Kap. II	Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere.....	37
2.1	Offentlig debatt/Debatt mellom kolleger	37
2.2	Tvister mellom leger	37
2.2.1	Klage på varsel om uetisk oppførsel.....	37
Kap. III	Markedsføring og annen informasjon om legetjenester	38
3.1	Markedsføring og annen informasjon om legetjenester	38
3.1.1	Helsetilbud og markedsføring (Austad diagnostikk)	38
3.1.2	Forslag om forbud mot markedsføring av kosmetiske inngrep	41
3.1.3	Markedsføring på sosiale medier	41
3.1.4	DrDropin Cash Point	42
Kap. IV	Regler for legers utstedelse av attester og legeerklæringer.....	45
4.1	Utstedelse av attester og andre legeerklæringer.....	45
4.1.1	Klage på lege - legeerklæring.....	45
4.1.2	Bekymringsmelding til barnevernet	46

1. Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

1.1 Rådets sammensetning

Etter valg på landsstyremøtet i Ålesund i mai 2017 hadde Rådet for legeetikk slik sammensetning for perioden 1.1.2018 – 31.12.2022:

Leder Svein Aarseth, allmennlege
Nestleder Siri Brelin, overlege, PhD
Morten Andreas Horn, overlege
Thore Andre Henrichsen, overlege (trådte ut 01. august 2019)
Tilde Broch Østberg, overlege

Varamedlemmer

1. Jan- Henrik Opsahl
2. Elisabeth Swensen

Thore Andre Henrichsen valgte 1. august å trekke seg, slik at første vara Jan-Henrik Opsahl er nytt medlem og Rådet har fra 1. august følgende sammensetning;

Leder Svein Aarseth, allmennlege
Nestleder Siri Brelin, overlege, PhD

Morten Andreas Horn, overlege
Jan-Henrik Opsahl, medisinsk rådgiver
Tilde Broch Østberg, overlege

Advokat/spesialrådgiver Stine K. Tønsaker var Rådets sekretær til 31.8. 2019. Rådgiver Ida Øygard Haavardsholm er Rådets sekretær fra 1.9.2019.

1.2 Saksbehandling

Rådet har i 2019 avholdt 6 møter og ferdigbehandlet 53 enkeltsaker.

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 53 sakene ble 21 av sakene vedtatt å ikke ta til behandling; 2 av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet etter sitt mandat ikke behandler, 2 var rent juridiske og kunne ikke vurderes i lys av etiske regler, 1 omhandlet både juridiske og medisinsk faglige forhold, og i 7 av klagen var det åpenbart ikke brudd. 3 saker ble avvist fordi de var under offentlig/administrativ behandling. I tillegg fikk Rådet 1 anmodninger om ny vurdering.

1.3 Seminarer

1.3.1 Physician-assisted suicide and the Oregon model

11. februar 2019 sammen med senter for medisinsk etikk

<https://www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sme/arrangementer/guest-lecture-physician-assisted-suicide.html>

1.3.2 Seminar om dødsdiagnostikk. Når er man død?

21. mai 2019 på Litteraturhuset

Rådet for legeetikk sammen med Norsk nevrologisk forening, Norsk ressursgruppe for organdonasjon og Senter for medisinsk etikk.

<https://www.facebook.com/events/1838275382939577/>

1.3.3 Pasienter med ruslidelser får ikke likeverdige helsetjenester!

Litteraturhuset 17. oktober 2019

[https://www.legeforeningen.no/contentassets/397ed0c3467a433cbf0f11f4f315f8b2/program-seminar-20-](https://www.legeforeningen.no/contentassets/397ed0c3467a433cbf0f11f4f315f8b2/program-seminar-20-9.pdf?fbclid=IwAR2Ti9G7rUJd8Ds7JgYUynNRUPRqMZc8YT4b0HVh7matiU2HbVa6PGFzXHU)

[9.pdf?fbclid=IwAR2Ti9G7rUJd8Ds7JgYUynNRUPRqMZc8YT4b0HVh7matiU2HbVa6PGFzXHU](https://www.legeforeningen.no/contentassets/397ed0c3467a433cbf0f11f4f315f8b2/program-seminar-20-9.pdf?fbclid=IwAR2Ti9G7rUJd8Ds7JgYUynNRUPRqMZc8YT4b0HVh7matiU2HbVa6PGFzXHU)

Rådet var arrangør sammen med Rådet for sykepleieetikk, Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin faggruppe Rusmedisin og Norsk Forening for Rus- og Avhengighetsmedisin

1.4 Publiserte artikler i perioden:

Tidsskrift for den norske Legeforening, **Etikken i estetikken**, Aarseth S: 25. Februar

Tidsskrift for den norske legeforening; **Leger og sosiale medier**, Aarseth S. 23. september

Menstruasjon, skam og kvinnehelse (Lederartikkel 7. mars 2019) Tidsskr Nor Legeforen 2019 doi: 10.4045/tidsskr.19.0158 Østborg TB

Bruk ordet fosterantallsreduksjon (Språkspalten, Tidsskr Nor Legeforen 2019 doi: 10.4045/tidsskr.19.0409 Østborg TB, Barra og Augestad)

Horn MA "Kan vi være til nytte for ALS-pasientene?", 15.8.2019

<https://tidsskriftet.no/2019/08/leder/kan-vi-vaere-til-nytte-als-pasientene> Horn M

Dagens medisin 14. september 2019: **Hva med et register for legetjenester, Høie?** Aarseth S

Dagens medisin 24. september 2019: **Nye regler for leger i sosiale medier**, Aarseth S

Verdidebatt.no 4. september 2019: **Uverdige spill om barna**, Svein Aarseth:

Dagbladet 16. April 2019: **La helsepersonell gjøre jobben sin!**

Svein Aarseth, lege og leder av Rådet for legeetikk, Karine Nordstrand, lege og president i Leger Uten Grenser, Eli Gunhild By, sykepleier og leder i Norsk Sykepleierforbund og Tor Levin Hofgaard, president i Norsk Psykologforening

La lommeboka ligge igjen hjemme!", VG 8.3.2019,

<https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/9vpAwp/la-lommeboka-ligge-igjen-hjemme> Horn M

1.5 Uttalelser i media

DM 14. januar [Kritisk til hestehandel om etiske spørsmål](#)

Aftenposten 16. juni [Rådet for legeetikk om Abbasi-utsendelsen: Høres ugreit ut å godkjenne en bevisstløs kvinne «fit for flight»](#)

Dagbladet 14. februar - [Et totalt brudd med etikken](#)

VG 20. mai 2019 [Legeforeningen: Helsemyndighetene må vurdere prinsesse Märtha](#)

VG 10. juni 2019 [Komiker Jonas Kinge Bergland får kritikk for utfall mot Ørjan Burøe: – Problematisk og dumt](#)

VG 18. juni 2019: [Legeforeningen vil vurdere Abbasi-saken](#)

VG 24. september 2019: [Nye retningslinjer: Leger bør ikke være Facebook-venn med pasienter](#)

Dagsavisen 9. april 2019 : [Helsepersonell slår alarm om papirløse](#)

Vårt Land 26. juni 2019: [Betenkt over rolleblanding ved utsendelse av utlendinger](#)

Dagens Medisin 26. juni 2019 : [Dr. Dropin får skarp kritikk fra Rådet for legeetikk](#)

Dagens Næringsliv 27. juni 2019: [Dr. Dropin gir Norwegian-poeng for legebesøk – får refs fra Rådet for legeetikk](#)

Vårt land 10. juli 2019. Morten Horn. [Retten overstyrte moren: Nå må sønnen din få dø](#)

Stavanger Aftenblad 10. oktober 2019. [Drop-in lege lokker med bonuspoeng på flyreiser](#)

Stavanger Aftenblad 24. september: [Nye retningslinjer: Leger bør ikke være Facebook-venn med pasienter](#)

Stavanger Aftenblad 27. desember 2019: [Langvarig konflikt skal avgjøres i Helsedepartementet](#)

TV2 12. februar. Eutanasi (samtale med datter der moren fikk assistert selvmord i Washington)

NRK Dagsrevyen 14. mars Om nødvendig helsehjelp til papirløse migranter

Dagsnytt 18 11. april. Endringer i abortloven (debatt om fosterantallsreduksjon)

Dagsnytt 18 10. juli 2019 Dr Dropin (Debatt med leder for DrDropin, Daniel Sørli)

Dagsnytt 18 11. oktober 2019. Leger og Sosiale medier. (Debatt om forsiktighet med å ha pasienter som Facebookvenner)

1.6 Nordic etikkseminar Bornholm 4. – 6. september

Program

4. september

15:00-18:00 Welcome and national reports

5. september

9:00-10:30 NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing) Tilde Borch Østborg

11:00-12:00 Overview on circumcision - both FGM and male circumcision (Iceland)

13:00 14:30 cDCD (controlled donation after circulatory death) Morten A Horn

15:00-16:30 Ethical implications of self-paid health care (Finland)

6. september

9:00-10:30 The impersonal health care (mechanization) (Sweden)

10:30-11:45 Physician involvement in age assessment of asylum seekers (Denmark)

11:45-12:00 Feedback discussion

1.7 Debatter/foredrag

- FHI, avdeling for migrasjonshelse 14. februar
- Grunnkurs allmennleger Bodø 27. mars.
 - Allmennlegens roller; allmennleger har mange roller, noen kan være til dels motstridende. Hvordan løser man det?
 - Etikk i praksis – prioritering av fastlegens ressurser
- Legeforeningens tillitsvalgtkurs Modul III, Gdansk
 - Etikk, Ledelse og Juss, Stine Tønsaker og Svein Aarseth
- Arendalsuka. Pasient- og bruker ombudet: Psykisk helsetjeneste – i skjæringspunktet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Fysioterapiforbundet. Rådet for fysioterapietikk 29. Oktober
- "Kverulantkatedralen", Stavanger, 28.3.2019: "Aktiv dødshjelp: License to die?" Morten Horn
- Foredrag om cDCD for Det etiske råd, Danmark, Kolding 24.10.2019
- Filosofisk forum (UiO), foredrag "Diagnose: død om dødsdiagnostikk i medisinsk-filosofisk perspektiv." 8.10.2019 Morten Horn

1.8 Annen Virksomhet

Svein Aarseth har deltatt på WMAs Council Meeting i Santiago og General Assembly i Tblisi

2. Oppsummering av prinsipielt viktige saker

2.1 Screening av friske

Rådet har fått henvendelser fra leger som ønsket å starte screening med helkropp-MR. Rådet mener at slik screening må betegnes som villscreening av friske mennesker. Dette spiller på helseangst, det finnes ikke dokumentasjon av nytteverdi, og det vil skape ekstra belastning for helsevesenet for å avklare funn som ikke representerer sykdom. Tilsvarende har Rådet vurdert klage på helkropp ultralyd. Her har Rådet i tillegg bedt om faglig vurdering av metoden via fagstyret i Legeforeningen.

2.2 Markedsføring

Rådet arbeider kontinuerlig med brudd på etiske regler om markedsføring (Kapittel III). Dette har til nå først og fremst skjedd gjennom klagebehandling. Markedsføring finner stadig nye former: Bruk av sosiale medier, influensere, rabatter og tilgift som Bonuspoeng i luftfartselskap. Siden 2015 kan Rådet nå offentliggjøre vedtak i slike saker – noe om vi ser øker samfunnets oppmerksomhet på legers markedsføring

2.3 Legers ytringsfrihet

Vi får ikke sjelden klager fra enkeltpersoner og organisasjoner på legers uttalelser i media om spesifikke sykdommer og behandlingen av disse. Kap. I § 9 sier at en lege ikke må gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. Ytringsfrihet er en svært sentral verdi i vårt demokrati, og Rådet ønsker ikke å bidra til å innskrenke den. Derfor mener Rådet at legers ytringer må bryte alvorlig med de formkrav som våre Etske regler beskriver, for at Rådet skal gi leger kritikk. I de aktuelle sakene mener Rådet at disse ytringene ikke når en slik grense.

2.4 Lindrende sedering

Lars Johan Materstvedt, Stig Ottesen, Sebastian von Hofacker og Aslak Syse har i Dagens medisin skrevet om "Lindrende sedering - unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt". De utfordrer Legeforeningen "til å gå aktivt ut og informere om retningslinjene for lindrende sedering" og leger til å gi respons på det de presenterer i artikkelen. Rådet for legeetikk oppfordres til å gi innspill til sentralstyret for videre oppfølging, og eventuelt også å respondere på artikkelen. Rådet følger opp dette ved å gjøre en kartlegging av bruk av lindrende sedering i dag, i sykehus, sykehjem og hjemmesituasjon. Dette arbeidet utføres av Siri Brelin med støtte fra kvalitetsfondet.

3. Høringsuttalelser

3.1 Endring av abortloven

Det vises til Høringsnotat av 19.02.2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt intern forespørsel om høringsnotat i Legeforeningen. Rådet for legeetikk er selvstendig høringsinstans, mens høringsvaret også sendes til Legeforeningen der det vil inngå som en del av grunnlaget for Legeforeningens hørings svar.

Uttalelsen er utarbeidet i maildialog mellom medlemmene av Rådet for legeetikk.

Begrepsavklaring og avgrensning

I det følgende brukes begrepet fosterantallsreduksjon, som må ansees som mer presist, og også er anbefalt av Det Etske Råd i Danmark: Det er antallet fostre som reduseres, ikke et av fostrene.

Problemstillingen usektiv fosterantallsreduksjon har mange tilgrensende problemstillinger, som selektiv fosterantallsreduksjon, fosterdiagnostikk m.fl. Lovforslaget omhandler imidlertid ikke disse tilgrensende problemstillingene direkte, og for å gjøre høringsuttalelsen presis og overkommelig i sin utforming vil disse ikke omtales her.

Bakgrunn og gjeldende rett

Gjeldende lov om svangerskapsavbrudd (heretter omtalt som abortloven) trådte i kraft i 1976. Fosterantallsreduksjon var den gang ikke omtalt i medisinsk litteratur, det beskrives først to år senere i tidsskriftet Lancet¹. Justisdepartementets lovavdeling har uttalt seg om fosterantallsreduksjon i 2001 og 2016, som omtalt i høringsnotatet. I den siste vurderingen ble abortloven tolket slik at den åpnet for usektiv fosterantallsreduksjon uten krav om nemndbehandling. Det kom deretter politiske og faglige innvendinger mot denne fortolkningen, samtidig som fortolkningen også fikk støtte fra andre politikere og fagfolk. Denne uenigheten om i hvilken grad gjeldende abortlov hjemler fosterantallsreduksjon og innenfor hvilke rammer er bakgrunnen for det aktuelle forslaget om lovendring.

Høringsnotatet gjør det klart at lovendringen kommer som følge av en politisk avtale mellom de nåværende regjeringspartier. Rådet for legeetikk mener det er riktig at lovverket jevnlig vurderes revidert dersom endringer i samfunn eller teknologi tilsier det. Slike endringer bør skje gjennom grundig gjennomgang, avklaring av faglige og etiske premisser og en ryddig politisk prosess. Rådet mener fosterantallsreduksjon reiser viktige prinsipielle spørsmål som burde vært bedre belyst og bredere drøftet enn det som foreligger nå. Rådet stiller seg kritisk til at abortloven skal endres som resultat av en politisk avtale om regjeringskonstellasjoner, uten den faglige, etiske og politiske debatt som temaet fortjener.

I dag kan en kvinne som er gravid med mer enn ett foster be om fosterantallsreduksjon før utgangen av uke 12 (til og med uke 11+6), og få innvilget dette på lik linje med et fullstendig svangerskapsavbrudd. Dersom begjæringen fremmes fra uke 12+0 eller senere må den behandles i

¹ Åberg, Anders, Felix Mitelman, Michael Cantz, and Jürgen Gehler. "Cardiac Puncture of Fetus with Hurler's Disease Avoiding Abortion of Unaffected Co-Twin." *The Lancet* 312, no. 8097 (November 4, 1978): 990–91.

nemnd, på linje med andre senaborter. Lovverket i dag hjemler imidlertid at dersom begjæring om svangerskapsavbrudd er fremmet før utgangen av uke 12, men inngrepet av medisinske grunner må utsettes til etter uke 12, må ikke begjæringen behandles i nemnd: Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften) presiserer at «[d]ersom nødvendige undersøkelser eller behandling av kvinnen gjør at en må utsette selve inngrepet i kortere tid slik at 12-ukersgrensen overskrides, medfører det ikke at begjæringen må nemndbehandles, dersom legen i utgangspunktet fant at 12-ukersfristen ikke var oversittet.» Det heter videre at «Nemndbehandling kan vanskelig unnlates dersom det er snakk om utsettelse av inngrepet i **over en uke** etter at grensen for selvbestemt abort er overskredet.» (vår utheving).

I Norge gjøres inngrepet kun ved norsk senter for fostermedisin (NSFM) som har uttalt at inngrepet bør utføres i uke 12-14², det vil si etter at perioden for selvbestemt abort er utløpt. Begrunnelsen er at det er først ved denne gestasjonsalderen det er mulig å gjøre god nok fosterdiagnostikk med nåværende teknologi. Man ønsker å hindre at man gjennom tilfeldig/uselektiv fosterantallsreduksjon fjerner et friskt foster, og at et (udiagnostisert) sykt foster blir stående igjen. Fagfolkene ved NSFM går inn for at begjæring om fosterantallsreduksjon skal behandles av en nemnd, i likhet med andre senaborter³. Rådet registrerer at det er ulike syn på hvorvidt det er nødvendig å utsette en ikke-selektiv fosterantallsreduksjon til etter uke 12⁴.

Tidligere uttalelse fra Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk har også tidligere uttalt seg om fosterantallsreduksjon. Den 25.2.2014 samlet Helsedirektoratet medisinskfaglig ekspertise innenfor fostermedisin, nyfødttmedisin, gynekologi og etikk. Nasjonalt senter for fostermedisin (NSFM) i Trondheim, Oslo universitetssykehus (OUS), Haukeland universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord Norge (Tromsø), Legeforeningens Råd for legeetikk og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo var til stede for å drøfte medisinske aspekter ved fosterreduksjon.

Rådet uttalte den gang at fosterantallsreduksjon kan sidestilles med abort.

Dersom fosterantallsreduksjon enten defineres som, eller sidestilles med, et vanlig svangerskapsavbrudd, får det konsekvenser for hvordan man betrakter andre aspekter ved inngrepet. Da vil f.eks. kvinnens rett til selvbestemt abort gjelde, forutsatt at inngrepet begjæres og kan utføres innen utgangen av uke 12. Da vil også unntaksbestemmelsen som handler om fritak for nemndbehandling dersom en begjæring framsatt innenfor fristen for selvbestemt abort ikke kan gjennomføres før etter fristen er utløpt, av medisinske årsaker, kunne komme til anvendelse.

Dersom man derimot mener at det finnes etisk relevante forskjeller mellom et vanlig svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon, åpner det for at sistnevnte kan behandles annerledes. Eksempelvis kunne man da kreve nemndbehandling av begjæring om fosterantallsreduksjon, både for inngrep før og etter utgangen av uke 12.

² <https://stolav.no/behandlinger/fosterreduksjon>

³ https://www.nrk.no/norge/fagmiljo-onsker-ikke-selvbestemt-tvillingabort_-1.14366665

⁴ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/13/forskning-og-fakta-om-fosterreduksjon/>

Argumenter for å sidestille fosterantallsreduksjon med vanlig svangerskapsavbrudd

Kjernen i de etiske avveiningene omkring abort dreier seg om hvorvidt man anser det som tillatelig å terminere fosterliv, og ved hvilken gestasjonsalder man definerer at dette livet har for stor verdi til å termineres. Avveiningene vil gjenspeile hvor sterkt fosterets rett til liv står i forhold til den gravides selvbestemmelsesrett. Uansett om man foretar en abort eller en fosterantallsreduksjon innebærer det en terminering av fosterliv. Uavhengig om det er flere fostre igjen i uterinhulen eller ikke, rører man altså ved kjernen i det etiske spørsmålet. Hvorvidt kvinnen blir «ugravid» eller ikke, endrer ikke det faktum at det er foretatt en terminering av fosterliv, og graviditetsstatus etter inngrepet er således ikke etisk relevant.

Hvis man anser at abortloven regulerer fosterets rettsvern, er det naturlig å slutte at fosterantallsreduksjon nettopp skal dekkes av dette. En videre diskusjon vil være om grensen for selvbestemt abort (uke 11+6) skal opprettholdes, innskrenkes eller utvides, og om søknad innenfor 12-ukers-fristen med gjennomføring etter fristen skal aksepteres.

Argumenter mot sidestilling av fosterantallsreduksjon og vanlig svangerskapsavbrudd

Et vanlig svangerskapsavbrudd innebærer at kvinnen slutter å være svanger/gravid. For kvinnens del har vanlig svangerskapsavbrudd flere viktige konsekvenser, ikke minst mht. den helsemessige belastningen et normalt svangerskap medfører. Abortloven innebærer en avveining mellom hensynet til fosterets rettigheter (som etter norsk lov er mindre enn rettsvernet fødte mennesker har) og hensynet til kvinnens selvbestemmelse og helse. Hensynet til kvinnens selvbestemmelse er tillagt meget stor vekt i norsk abortlovgivning, og skal også spille en betydelig rolle for begjæringer som nemndbehandles. En vesentlig begrunnelse for kvinnens selvbestemmelsesrett er at hun selv bør kunne bestemme om hun vil være gravid eller ikke. Gevinsten ved en fosterantallsreduksjon vil kunne være svært viktig utfra kvinnens egne betraktninger, men hun kan ikke argumentere med at fosterantallsreduksjonen gjør henne ikke-gravid og frigjør henne fra f.eks. de helsemessige konsekvensene av et fullgått svangerskap, slik en vanlig abort gjør. Det er imidlertid færre komplikasjoner for den gravide kvinnen i et enlingssvangerskap sammenliknet med et flerlingssvangerskap. Etter dette synet er det derfor naturlig at svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon vurderes ulikt, ettersom helsemessig nytteverdi for kvinnens del ikke er den samme (om enn potensielt *opplevd* like viktig for individet) ved de to situasjonene.

Potensiale for uønsket glidning mot sortering

I flere andre land utføres usektiv fosterantallsreduksjon fra uke 7 ved hjelp av transvaginal ultralyd^{5,6}. Imidlertid har det internasjonalt, men også i Norge vært en trend mot å utsette fosterantallsreduksjoner til rundt uke 11–12 med følgende begrunnelser: En ønsker å bruke transabdominal tilgang⁷, samt at bedre fosterdiagnostikk er mulig ved denne svangerskapslengden⁸. Hensikten er altså å kunne beholde det «friskeste fosteret». Dette er imidlertid en selektiv fosterantallsreduksjon, og å utsette en usektiv fosterantallsreduksjon for å oppnå seleksjon gjør at

⁵ Yovel, I., Y. Yaron, A. Amit, A. Botchan, M. P. David, M. R. Peyser, and J. B. Lessing. "Embryo Reduction in Multifetal Pregnancies Using Saline Injection: Comparison between the Transvaginal and the Transabdominal Approach." *Human Reproduction* 7, no. 8 (1992): 1173–1175

⁶ Youssef, Hamed, Emad Fawky, Hossam Goda, and Mohamed Elshafei. "Pregnancy Outcome after Multifetal Reduction via Early Transvaginal Embryo Aspiration: Mansoura Fertility Care Unit Experience" 12, no. 3 (2007)

⁷ Salvesen, Kjell Å Blix. "Dersom ønsket er å forby selvbestemt tvillingabort, er det ikke nødvendig å endre loven." *Aftenposten*, April 11, 2018, sec. Debate. <https://www.aftenposten.no/artikkel/ap-7lvag8.html>.

⁸ Salvesen, Kjell Å. "Selvbestemt fosterreduksjon av tvillinger." *Dagens Medicin*, April 4, 2016. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/04/selvbestemt-foster-reduksjon-av-tvillinger/>

prosedyren ikke lenger er en uselektiv fosterantallsreduksjon. Rådet stiller spørsmål ved om en slik utsettelse av prosedyren er det man ønsker å oppnå med lovforslaget.

Dette har ytterligere to viktige implikasjoner:

1. Dersom fosterdiagnostikken blir mer presis i fremtiden, vil fosterantallsreduksjoner antagelig igjen utføres på et tidligere tidspunkt, og man vil komme i en situasjon der et abortingrep som utføres tidlig i svangerskapet likevel må i nemnd. Dette kan sies å bryte med Abortlovens grunnleggende intensjon dersom man legger til grunn at fosterantallsreduksjoner etisk sett er å regne som en abort.
2. Risiko for en utilsiktet glidning mot sortering: Ved å pålegge nemnd for alle fosterantallsreduksjoner vil man fjerne et insentiv til å få utført dette så tidlig som mulig og ved tilfeldig reduksjon, fordi premisset om diagnostikk vil bli førende. Det finnes gode argumenter for å vente på diagnostikk, men det er ikke sikkert at dette alltid vil være det etisk minst problematiske. Lovgivningen bør stå på prinsipielle og minst mulig teknisk bestemte premisser. Dersom fosterantallsreduksjon sidestilles med andre svangerskapsavbrudd som etisk kategori, er det uheldig å innføre særlovgivning som er begrunnet i et tidsspesifikt teknologinivå.

Instruksjon av nemndene

Abortloven gir kvinnen mulighet (og innenfor tidsrommet for selvbestemt abort en rettighet) til selv å velge hvor mange barn hun vil bære fram. Departementets resonnement legger stor vekt på hvor mange barn en kvinne har fra før og bærer på i det aktuelle svangerskapet: Det vil ikke være selvstendig grunnlag for å få innvilget fosterantallsreduksjon til ett foster fra tre, mens det åpnes for at f.eks. trillingsvangerskap kan reduseres til tvillinger:

“At en kvinne er gravid med tvillinger og vil få omsorg for to barn vil ikke i seg selv føre til at vilkårene i bokstav b er oppfylt. Det vil ikke være tilstrekkelig å vise til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn. For å innvilge fosterreduksjon etter bokstav b kreves i tillegg at det foreligger andre forhold som tilsier at kvinnen kan settes i en vanskelig livssituasjon. Det kan for eksempel være at kvinnen allerede har omsorgen for flere barn eller at hun har ansvar for et barn med en alvorlig sykdom. Kvinnens alder og familiesituasjon kan også innebære at fosterreduksjon kan innvilges etter bokstav b.”

Det påpekes at denne instruksjonen til nemndene går utover den instruksjonen nemnden i dag har for å innvilge et ordinært svangerskapsavbrudd på et enling- eller flerlingsvangerskap. Videre legges det som premiss hvorvidt kvinnen har barn fra tidligere. Ot.prp. nr. 38, et sentralt forarbeid til dagens abortlov, skriver riktignok at «For så vidt gjelder vurderingen av kvinnens samlede livssituasjon, vil man nevne følgende momenter som det etter departementets mening er nærliggende å legge vekt på: kvinnens alder, hennes sivile status, antall barn kvinnen har omsorg for, hennes boligforhold, hennes levekår ellers, hennes generelle helsetilstand og sosiale tilpasning.» I denne sammenheng kan man innvende at det burde være enklere å få en fosterantallsreduksjon enn et fullstendig svangerskapsavbrudd – antall barn *kvinnen må forsørge* angis som et viktig argument.

Slik nemndens instruksjon ad bokstav b) er i dag skal kvinnens vurdering av egen situasjon legges til

grunn. En skaper dermed en potensielt ulik juridisk behandling av kvinner som allerede har barn kontra kvinner som fra før er barnløse.

Den foreslåtte lovgivningen medfører at fosterets rettsvern ikke graderes utfra kriteriet om fosterets alder (som gjelder ved vanlig abort), men utfra andre forhold som hvor mange fostre som befinner seg i livmoren, eller hvor mange barn kvinnen eventuelt har fra før (og da med føringene som går ut over den generelle føringen at det å ha omsorg for barn kan være utfordrende for enkelte (se anm. Om Ot.Prp. 38 1974-1975 over)). Det frarådes å gjøre en slik endring, som kan ses som en forskjellsbehandling av fosterets rettsvern basert på kriterier som ikke gjelder fosteret selv.

Avsluttende betraktninger

Abort er et komplekst etisk tema hvor lovgivningen tar sikte på en avveining mellom hensynet til den gravide kvinnen og fosterets rettigheter. Gjeldende lovgivning har stått uforandret i over 40 år, og lovgiver bør fortløpende vurdere revisjon av både abortloven og bioteknologiloven ettersom samfunn og teknologi endrer seg. Rådet for legeetikk stiller seg kritisk til at lovgiver nå vil endre loven basert på en framforhandlet avtale mellom regjeringspartier, uten den brede faglige, etiske og politiske debatt som temaet fortjener. Fraværet av en slik prosess gir en risiko for at lovendringen vil være faglig vanskelig håndterbar, være lite robust mot ventede og uventede teknologiske endringer, føre til utilsiktede etiske utfordringer, og mangle legitimitet blant pasienter, fagfolk og i befolkningen. Dette er kanskje Rådets fremste innvending mot forslaget til lovendring.

Rådet for legeetikk støtter imidlertid en lovendring som tar sikte på å eksplisitt inkludere fosterantallsreduksjon i abortlovens virkeområde. Vi mener loven bør endre navn til Lov om svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon. Loven omtaler i dag svangerskapsavbrudd 19 ganger. Der det er naturlig, bør det i stedet stå "svangerskapsavbrudd eller fosterantallsreduksjon". Dette vil antakelig kreve et mer omfattende lovarbeid.

Rådet for legeetikk er delt i synet på om fosterantallsreduksjon skal sidestilles med (flertallets syn), eller anses som etisk sett forskjellig fra vanlig svangerskapsavbrudd (mindretallets syn). Ett medlem av Rådet mener avsnittene "Potensiale for utglidning..." og "Instruksjon av nemndene..." bør utgå.

3.2 NOU 2019:10 Åpenhet i grenseland.

Rådet for legeetikk har behandlet utredningen i møte 12. juni og senere på e-post.

Sist høst ba Legeforeningen om innspill til utvalget, og Rådet avga en uttalelse datert 12. desember 2018. Der har vi vurdert aktuelle problemstillinger i lys av Etske regler for leger.

Utredningen som er fremlagt er grundig og god og gir en god framstilling av dilemmaene på området. Det er klargjort at rett til yringsfrihet og retten til respekt for privatliv og familieliv, er sideordnet, og der de kommer i konflikt med hverandre, må det gjøres en konkret avveining.

Barn og unge brukere er særlig sårbare ettersom de kan ha vanskeligere for å forstå rekkevidden av det de eventuelt er med på, hvordan bilder og film vil nå ut og hvor lenge

materialet vil være tilgjengelig når det er publisert. Det virker som om utvalget legger til grunn at rettigheter etter FNs barnekonvensjon blir underordnet. Det skaper noen utfordringer.

Det fremgår at et land kan gjøre innskrenkninger i ytringsfriheten dersom det omhandler ett av følgende punkter

EMK artikkel 10

1. nasjonale sikkerhet
2. territoriale integritet
3. offentlige trygghet
4. forebygge uorden eller kriminalitet
5. beskytte helse eller moral
6. verne andres omdømme eller rettigheter
7. forebygge at fortrolige opplysninger blir røpet
8. bevare domstolenes autoritet og upartiskhet

I retten gjelder følgende:

Etter domstoloven er det forbudt å fotografere, filme eller gjøre lydopptak for publisering mens rettsmøtet er i gang. Det er også forbudt å fotografere, filme eller gjøre lydopptak av en som er siktet/tiltalt, både på vei til domstolen, inne i domstolen og inne i rettssalen, hvis han eller hun ikke har gitt tillatelse til det. I sivile saker er det ikke et slikt forbud. Men retten kan også her forby fotografering, filming og lydopptak hvis den mener det er forstyrrende eller at det hindrer at saken blir godt nok opplyst. Man bør altså ikke ta opptak uten rettens tillatelse.

Også annen lovgivning (blant annet personvern, åndsverkloven, retten til eget bilde) kan gjøres gjeldende av personer som ikke ønsker å bli filmet eller få sitt bilde publisert offentlig.

Punktene 5, 6 og 7 er særlig relevante relatert til EMK artikkel 8. Det er imidlertid begrenset lovgivning på dette feltet. Utvalget omtaler at ifølge EMK artikkel 8. har staten plikt til å sikre at private ikke krenker andres privatliv (Positiv plikt) s 42.

Særlig om samtykke

Bruk av opptak av film og bilde i kliniske situasjoner utfordrer praktiseringen av både taushetsplikt og samtykke, for flere parter:

Pasienten

Selv om en pasient har samtykket til opptak kan samtykket være situasjonsbetinget, og pasienten selv kan ha dårlige forutsetninger for å se rekkevidden av en spredning av informasjon om egen helse til tredjepart. I en slik situasjon vil det være ekstra krevende å delta som helsepersonell, hvor man både har ansvar for å respektere pasientens autonomi, samtidig som man sitter på den faglige kompetansen og oversikten over hva situasjonen kan innebære for pasienten. Fra legens ståsted er det derfor ønskelig med restriktive regler for opptak etc., særlig der hvor det helsemessige har en akutt karakter, eller det er emosjonelt ladet innhold som tas opp.

Uavhengig av rammen rundt selve opptaket vil det kunne være utfordrende å ha full kontroll med hva opptaket kan brukes til, særlig hvis opptaket gjøres av tredjepart.

Barn:

Når det gjelder barn, mener Rådet at det er særlige grunner til å beskytte barnet, og at helsepersonell her har en særlig plikt. Selv om foreldre har beslutningskompetanse for barn yngre enn 16 år, mener Rådet at dette er særlig problematisk. Dette gjenspeiles også i Pressens Værvarsom-plakat:

4.8. Når barn omtales, er det god presseskikk å ta hensyn til hvilke konsekvenser medieomtalen kan få for barnet. Dette gjelder også når foresatte har gitt sitt samtykke til eksponering. Barns identitet skal som hovedregel ikke røpes i familietvister, barnevernssaker eller rettssaker.

Ethvert opptak av barn vil være særlig utfordrende. Dette gjelder også hvor samtykke har vært gitt av foresatte, men hvor barnet senere kan reagere hvis opptak gjøres tilgjengelig for en tredjepart. Det synes generelt vanskelig å kunne akseptere samtykke på vegne av barn, i langt de fleste tilfeller der personlige helse spørsmål kan nå ut til en tredjeperson.

Helsepersonell:

Helsepersonell har, som pasienter, krav på personvern. Bilder eller opptak der helsepersonellet er identifiserbart, bør ha som krav at samtykke til opptak er gitt av helsepersonellet på forhånd, og på en slik måte at samtykket er dokumenterbart.

Med alle ulike former for media, inkludert de sosiale, vil personvernet kunne gå tapt dersom det skulle gis en rett til å gjøre opptak der den enkelte helseperson er identifiserbar, men ikke har gitt et uttrykt samtykke til det. Helsepersonell bør derfor ha rett til å trekke seg ut av situasjonen, hvis det gjøres opptak uten at man har samtykket til det. En slik rett kan imidlertid komme i konflikt med plikten til å yte helsehjelp.

Dette kan være særlig utfordrende i akutte situasjoner der det kan være vanskelig å løse pasientens helsebehov på andre måter, se etiske regler for leger kap. I, § 6 som sier at "*Når en pasient trenger raskt og nødvendig legehjelp, skal denne ytes så snart som mulig*".

Faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp

Det at det gjøres opptak, vil på samme måte som andre forstyrrende faktorer, i verste fall føre til forringet helsehjelp til pasienten. I praksis mener vi at legen aller best kan ivareta pasientens helse gjennom å gå imot pasientens samtykke til opptak av foto og film mens behandlingen pågår.

Bevisstheten om at pasientbehandlingen dokumenteres og mulig kan framvises for andre, kan påvirke både legens og pasientens handlemåte og valg. Herunder vil legen kunne føle seg presset til å gi unødvendig omfattende eller avansert behandling, av frykt for å møte kritikk fra andre som ser opptaket utenfra og i ettertid. På denne måten kan føringen i Etiske regler for legers kapittel 1, § 12, komme under press: *En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes.* En annen regel som aktualiseres er kapittel II § 6 som sier at "*Henvvisning og tilbakevisning av pasienter mellom kolleger må bygge på medisinsk faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helsetilbud*". Det kan, som nevnt over, tenkes at

legen føler seg presset til å henvise pasienten til annen instans påvirket av bevisstheten om at legens valg f.eks. filmes og dokumenteres for tredjepart. I situasjoner der helsepersonellet må inn i pasientens intimsfære, f.eks. en psykiatrisk konsultasjon, vil i beste fall konsultasjonen bli helt annerledes enn den ville blitt uten opptak. En dialog under fire øyne vil alltid forløpe annerledes enn en dialog man vet blir dokumentert på film og bilde.

Helsehjelpen skal være forsvarlig og omsorgsfull. Kravet til omsorgsfull helsehjelp kan lett komme i konflikt med ytringsfriheten når ytringsfriheten kan medføre tvitring fra nabosengen, presse/media på besøk eller at visitten streames direkte på Facebook. Lege-pasientrelasjonen vil lett kunne bli lidende.

Rådet for legeetikk støtter åpenhet og mener ytringsfrihet bør innskrenkes minst mulig. Med dagens lovgivning mener vi informasjon og opplæring er veien å gå. Personell i tjenester som utredningen omfatter, bør få opplæring om temaet, med vekt på de kryssende hensyn, gjeldene lovgivning og vilje til å gå i dialog. Arbeidsgivere bør ta ansvar for dette, og institusjonseiere bør lage enkle retningslinjer som allmennheten og bruker oppfordres til å følge.

Vi er likevel bekymret for hvilke konsekvenser konflikten mellom pasientens krav på konfidensialitet, legens yrkesutøvelse og ytringsfrihet vil kunne få for pasientbehandlingen.

3.3 Veileder om helsetjenester til arrestanter i politiarrest

Pga høringsfristen har dette høringsvaret blitt utarbeidet ved maildialog mellom Rådets medlemmer.

Formålet med denne veilederen er å gi informasjon og anbefalinger om helse- og omsorgstjenestetilbudet til arrestanter i politiarrest. Veilederen beskriver sentrale ansvarsforhold og gir spesifikke råd knyttet til særlige utfordringer. Den må forstå i sammenheng med Instruks for bruk av politiets arrest (arrestinstruksen) Rundskriv 2018/011 fra Politidirektoratet.⁹

Målgruppene for denne veilederen er *helsepersonell* ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og i helseforetakene.

Kommentar: Veilederen henvender seg til helsepersonell, det bør tydeliggjøres når det er aktuelt å bruke lege. Rådet mener veilederen er lite matnyttig og at den kunne vært tydeligere med hensyn til:

- Rolleavklaring
- Rettigheter (Helsepersonell/lege)
- Oppdatert på papirløses rettigheter (Ikke kreve forhåndsbetaling)
- Betaling/egenandel for tjenester og medisiner.
- konfidensialitet

Denne veilederen må sees i sammenheng med «Sentral arrestinstruks», der kapittel 6 omhandler helsehjelp.

Om ansvar:

1. Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

⁹ Instruksen er mottatt etter henvendelse til politidirektoratet

2. Fastlegen har ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for pasientene på sin liste, jf. fastlegeforskriften § 10.

Kommentar:

En del personer i arrest har ikke fastlege, eller de har fastlege et annet sted enn der personen sitter i arrest. Da er det kommunen som har ansvar for å sørge for allmennlegetjeneste.

Om arrestantene:

Høringsnotatet lister opp en del helseproblemstillinger som antas å sees hyppig i arresten.

Vi vil anta at det er en betydelig representasjon av utenlandske statsborgere som er i landet på lovlig vis, men som ikke har fastlege. En del vil også være her uten lovlig opphold.

Om å klarlegge behov for legehjelp:

I Arrestinstruksen heter det:

*Vaktsjef skal sørge for nødvendig fremstilling for **helsepersonell** før innsettelse i arrest. Dersom helsepersonellet vurderer det som nødvendig, skal arrestanten fremstilles for **lege** (Vår utheving)..*

Det helsepersonellet arrestanten fremstilles for, trenger altså ikke å være lege, men bør ha en politiuavhengig stilling (Importmodellen). Slik det er beskrevet, skal et eller annet helsepersonell gjøre en vurdering av om arrestanten trenger å bli fremstilt for lege – altså en siling/eller triagering.

Helsehjelp til arrestanter uten lovlig opphold i riket

«Det er etter gjeldende praksis ikke anledning til å kreve forhåndsbetaling for øyeblikkelig hjelp. Også personer som ikke er betalingsdyktige vil dermed få øyeblikkelig hjelp. Det kan i en god del tilfeller være vanskelig å skille klart mellom øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke kan vente. (ref. høringsnotat prioriteringsforskriften)»

I høringsnotatet¹⁰ står følgende:

«Det kan i en god del tilfeller være vanskelig å skille klart mellom øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke kan vente. Departementet mener derfor at det for spesialisthelsetjeneste som ikke kan vente normalt ikke vil være anledning til å kreve forhåndsbetaling. Dette gjelder i alle fall når helseinstitusjon eller tjenesteyter er offentlig finansiert.»

Kommentar: Det kan altså heller ikke kreves forhåndsbetaling ved nødvendig helsehjelp som ikke kan vente.

Samarbeidsrutiner mellom politiet og helse- og omsorgstjenesten

Sivilombudsmannen har i flere tilsyn satt søkelys på mulighet for konfidensialitet.

Noen legevakter har egne rom for undersøkelse av arrestanter der ledsagende politi kan være i tilgjengelig nærhet. De bør ikke ha anledning til å overhøre samtalen lege/pasient. De bør heller ikke observere selve undersøkelsen. En løsning kan være å utstyre politimannen med hodetelefon med musikk.

¹⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endring-av-prioriteringsforskriften/id625912/>

Hensynet til legen kan nødvendiggjøre politiets tilstedeværelse. Da må arrestanten forklares at det er en forutsetning for å kunne yte helsehjelp.

Sivilombudsmannens anbefaling:

☒ Politiet bør ikke kunne høre hva som sies i pasientrommet. Politiet bør heller ikke kunne se inn i pasientrommet, med mindre helsepersonellet i særlige tilfeller selv ber om dette.

Legens roller:

Helsepersonellet/legen må være sin rolle bevisst. Kfr. Etske regler Kap. I, §2

Det er ikke behandlerens oppgave å «godkjenne» pasienten for arrest.

Sivilombudsmannen skriver i rapport fra Bergen 2016¹¹:

«Et nytt tiltak er opprettelsen av en rusakuttpost med sengeplasser på legevakten, underlagt spesialisthelsetjenesten i Helse Bergen. Sterkt berusede pasienter kan få tilbud om en sengeplass der, i stedet for å bli innsatt i arresten. Ifølge politiet har dette medført at arresten ikke lenger mottar personer som kun er sterkt berusede, dersom det ikke er mistanke om straffbare forhold eller voldelig adferd.»

Sivilombudsmannens anbefaling:

☒ Legevakten bør sikre at de aldri utfører medisinske undersøkelser som er, eller oppfattes å være, en godkjenning av selve arrestoppholdet. Politiet bør bidra til at en slik oppfatning ikke spres til arrestantene.

Politiet har tatt i bruk pust- og bevegelsessensor i et pilotprosjekt ved politiarresten i Trondheim, med positivt resultat¹². Slik overvåking skal ikke et premiss for de helsefaglige vurderingene legen gjør.

Betaling

- Veilederen redegjør for betalingsordninger:
I arresten er det folketrygden som skal betale.
- Papirløse må betale selv.
- Arrestanten må kjøpe medisiner for egen regning.
- Arrestantens medisiner blir vanligvis inndratt.

Rådet mener det er uverdigg at personer innsatt i arrest selv må betale for helsetjenester. Det kan lett oppfattes som en tilleggsbelastning.

I fengselshelsetjenesten gjelder følgende¹³:

§ 3. Det ytes stønad etter honorartakstene:

3. Ved behandling av et medlem som er innsatt i fengselsvesenets anstalter, dersom legehjelpen gis ved annet personell enn det som er knyttet til fengselshelsetjenesten.
4. Ved behandling hvor pasientens tilstand er til hinder for at legen kan innkreve egenandelen, f.eks. ved alvorlige sinnslidelser, behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, akutte større skader,

¹¹ <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/bergen-sentralarrest/>

¹² <https://www.regjeringen.no/contentassets/9970470d16794db5b6b212c0563b6b96/horingsnotat-om-endringer-i-straffegjennomforingsloven.pdf>

¹³ <https://lovdata.no/nav/forskrift/2019-06-27-923>

bevisstløshet og dødsfall. Legen må kort begrunne kravet overfor Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer. I tillegg til behandlingstaksten dekkes også utgifter til bandasjemateriell, infusjonsvæsker, oksygen og medikamenter som medgår ved behandlingen etter egen spesifisert regning. Dette gjelder ikke når hjelpen gis ved tilkalt ambulanse.

Politiarrest er antakelig ikke fengselsvesenets anstalter, men det er naturlig å tenke at tilsvarende burde gjelde i arrest.

Barn i arrest

Hvert år settes det barn i arrest.

Ifølge rapport¹⁴ er det om lag 300 barn eller en prosent av de arrestinnsatte som er barn.

Det er viktig at disse barnas rettigheter ivaretas. Barnevernet bør alltid kontaktes. Terskel for å tilby helsehjelp til barn i arrest bør være lav.

3.4 Høring om forslag til endringer i forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

På grunn av kort høringsfrist, har Rådet behandlet denne saken i mailrunde blant Rådets medlemmer. Rådet uttaler seg kun om forslag om økt gebyr ved uteblivelse fra time.

I Statsbudsjettet er det foreslått å øke gebyret for ikke å møte til poliklinisk time uten å ha meldt fra i tide til drøyt 1000 kroner. Gebyret innen rus og psykiatri er fortsatt satt til en egenandel.

Fram til 2015 betalte man et beløp svarende til egenandelen ved no-show, dette ble i 2015 økt til to ganger egenandelen, mens innen psykiatri og rus var gebyret fortsatt en egenandel.

Psykiatri: 2267000 (SSB)

Somatikk 8093000 (SSB)

No show 200000

Dette gir et frafall på ca. 5%.

Vi vet lite om årsaker til at folk ikke møter.

- For langt fram i tid
- Problemet er ikke lenger aktuelt
- Sykehuset har endret tidspunkt
- Får ikke påminnelse
- Vært innlagt akutt i mellomtiden slik at situasjonen er avklart

Vi vet det har vært gjort forsøk på å få ned andel ikke møtt. SMS-varsel er vel nå rutine de fleste steder.

¹⁴ <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/arrest-og-varetekt/arrestforhold-oversittere-og-barn-i-arrest-2017.pdf>

Vi mener økt gebyr ikke er veien å gå for å få ned ikke-møtt-antallet. At man skjerner psykisk helse og rus og avhengighetsmedisin er positivt. Det ligger vel i dette en erkjennelse om at denne pasientgruppen hyppigere unnlater å møte, og at det vel nærmest er en del av sykdommen. Et eksempel på en annen sårbar gruppe det kunne vært tatt hensyn til er pasienter med avanserte nevrologiske sykdommer.

Når barn ikke møter og foreldre ilegges gebyr, kan det indirekte ramme sårbare barn fra familier med dårlig økonomi. Vi antar at sykehusene inndriver dette på vanlig måte, med purring, inkassovarsel og så inkasso. Dette vil ramme de med dårlig råd hardt, og vil kunne medføre en betydelig økonomisk belastning. 1000 kroner er for mange mye penger, og inkassosaker er svært kostbare. Rådet for legeetikk frykter at dette blir en slags straff til dem som allerede har det vanskelig.

Rådet for legeetikk mener økt gebyr ikke er veien å gå. Målsetningen må være at flest mulig møter til timen, og spørsmålet er da hvordan sikre det. I stedet for å pålegge en stor økonomisk byrde til de som ikke kommer bør man finne årsakene til uteblivelsene, og gjøre noe med dem.

3.5 Høring utkast til Etske retningslinjer for idrettsmedisinsk arbeid (Norges Idrettsforbund)

Rådet for legeetikk takker for muligheten til å gi høringssvar. Vi ser at man har tilpasset de etske retningslinjene til Legeforeningens etske retningslinjer.

Legeforeningens etske retningslinjer er overordnede etske retningslinjer for alle leger som er medlemmer av legeforeningen og tillegges også normativ vekt i andre, offentlige sammenhenger.

Norsk forening for Idrettsmedisin og fysiske aktivitet har egne retningslinjer. Disse gjenfinnes ikke på foreningens nettsider, men er offentliggjort i medlemsbladet. Disse retningslinjer er førende for spesialforeningens medlemmer.

Vi forstår det slik at Etske retningslinjer for idrettsmedisinsk arbeid i idrett vil være førende for alt helsepersonell som yter tjenester til idrettsutøvere i regi av NIF. Rådet mener det er positivt at slike retningslinjer lages.

Rådet har synspunkter til §1 som lyder:

1. Helsepersonell skal verne utøvernes helse, gjennom å forebygge sykdom og skade og å hjelpe syke eller skadde utøvere til å gjenvinne sin helse. Behandlinger som utelukkende har som mål å øke idrettsprestasjoner ligger ikke innenfor helsepersonellets oppgaver.

WMA DECLARATION ON PRINCIPLES OF HEALTH CARE FOR SPORTS MEDICINE SIST BEKREFTET I 2010ⁱ, SLÅR FAST FØLGENDE:

The physician must thus oppose and refuse to administer or condone any such means or method which is not in accordance with medical ethics, and/or which might be harmful to the athlete using it, especially: (Som punkt 5): **Measures which artificially change features appropriate to age and sex.** (Tiltak som kunstig endrer funksjoner som passer til alder og kjønn.)

Dette er blitt aktualisert i forbindelse med IAAFs Eligibility Regulations on DSD (Athlete with Differences of Sexual Development). WMA skriverⁱⁱ:

The World Medical Association has called on physicians around the world to take no part in implementing new eligibility regulations for classifying female athletes.

Rådet for legeetikk vil anbefale at dette punktet innarbeides i de etiske retningslinjene.

3.6 Høring NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven

Rådet for legeetikk har i møte 9. oktober 2019 behandlet forslaget og vil kort anføre følgende:

NOU-en er et omfattende dokument der de fleste avveiningene er av juridisk og allmenntisk karakter. Rådet støtter ønsket om å begrense tvang innen helse- og omsorgstjenesten. Vi ser dette som en tydeliggjøring av menneskerettsperspektivet. Dette er i overensstemmelse med Ethiske regler Kap I, §1 og 2

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.

Samtidig vil det medføre at det kan oppstå situasjoner som allmennheten oppfatter som vanskelige, og der man ser at enkeltpersoner treffer valg som kan synes å medføre det man generelt vil vurdere som at personen lever under forhold som oppfattes som uverdige. På samme måten vil man kunne oppleve at personer unnlater å ha kontakt med helse- og omsorgstjenester og derved ikke får behandling og tilbud man mener de ville ha nytte av.

Så er det slik at om tvang ansees som en dårlig løsning, vil den likevel i noen tilfelle framstå som den beste løsningen.

Rådet vil også påpeke at dersom tvangsparagrafene tas ut av gjeldende lover, vil terskelen for bruk av tvang automatisk bli høyere.

3.7 Høring – forslag til endringer i bioteknologiloven

Rådet for legeetikk viser til høringsbrev til forslag til endringer i bioteknologiloven av 15. mai 2019, samt komitébehandling og stortingsbehandlingen av St.meld 35 (2016-2017). Rådet for legeetikk drøftet saken i møte 12.6.2019, og i etterfølgende e-post korrespondanse.

Rådet for legeetikk vedtok å uttale:

Lovens formål er "...å sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle. Dette skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på de etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv"

Rådet bemerker at loven ikke har vært revidert siden 2003. I et felt som utvikler seg i det tempo som

bioteknologi gjør, bør en foreta hyppige revisjoner av loven, eller bestrebe å ha en lovgivning som er generell nok til å beholde sin relevans på tvers av teknologisk utvikling.

Rådet stiller derfor spørsmål ved om det er hensiktsmessig å inkludere tekst som f.eks. kronebeløp (§9).

Det er også en rekke temaer som ikke er omtalt i aktuelle forslag, som assistert befruktning til enslige og eggdonasjon, som gjør vurderingen av dette forslaget utfordrende.

Rådet erfarer at det forekommer en utstrakt bruk av tjenester i andre land som sannsynligvis vil øke dersom spriket mellom samfunnets normoppfattelse og lovens tekst blir for stor.

I det følgende vil lovendringene som Rådet anser vil ha en etisk relevant endring utover presisering behandles først, og deretter vil vi kommentere lovendringer som ikke er en del av lovendringsforslag som ansees å stå i relasjon til resten av Granavoldenplattformen.

Lovendringsforslag som er etisk relevante:

§ 2-3a Aldersgrense ved assistert befruktning

Kvinne som skal motta assistert befruktning må ikke være eldre enn 45 år.

Det har ikke tidligere vært angitt noen øvre begrensning i kvinnens alder i loven. Det er flere grunner til at en slik retningslinje kan være hensiktsmessig. Risikoen ved å gjennomføre et svangerskap øker med økende alder, men formålet må tenkes å være at barnet skal ha overveiende sannsynlighet for å beholde sin mor til vedkommende er voksen.

Samtidig har vi en samfunnsstruktur hvor kvinner lever stadig lenger og får barn senere. Det er også mange aspekter som kan påvirke forventet levetid hvor kronologisk alder kun er en av mange faktorer. Alder i seg selv ansees ikke som et selvstendig kriterium for annen helsehjelp, og å lovfeste en aldersgrense fratrar klinikere muligheten for å gjøre en individuell vurdering av kvinnens totale helsetilstand slik det skisseres i forslaget til ny § 2-6, dersom hun skulle være over 45 år.

§ 2-6 Avgjørelse om behandling

Beslutning om å foreta behandling med sikte på assistert befruktning treffes av lege. Avgjørelsen skal bygge på medisinske og psykososiale vurderinger av paret. Det skal legges vekt på parets omsorgsevne og hensynet til barnets beste. Den som søker assistert befruktning skal legge frem en barneomsorgsattest som nevnt i politiregisterloven §39.

Legen kan innhente den informasjon som er nødvendig, for å foreta en helhetsvurdering av paret. Nødvendig informasjon kan være parets alder, helse, vandel, økonomi, bolig og hvor lenge paret har bodd sammen. Ved innhenting av opplysninger som er underlagt lovbestemt taushetsplikt kreves samtykke fra den opplysningene gjelder.

Dersom det er forhold ved paret som gjør at legen er i tvil om parets omsorgsevne, kan legen be om en vurdering av omsorgsevnen fra en instans bestemt av departementet. Etter å ha mottatt vurderingen, fatter legen vedtak om paret skal få behandling med assistert befruktning.

Det synes hensiktsmessig med barneomsorgsattest, men Rådet stiller spørsmål ved hvorvidt innhenting av informasjon om vandel utover dette er nødvendig for barnets beste. Rådet advarer

mot en lovgivning som oppleves elitistisk: Omsorgsevne og -vilje behøver ikke korrelere med økonomisk status eller bolig utover enkel standard. ...?

§ 2-7 Foreldres opplysningsplikt og barnets rett til opplysninger om sæddonor

Foreldre som har fått barn ved hjelp av sæddonasjon, skal så snart det er tilrådelig informere barnet om dette.

Den som er født etter assistert befruktning ved hjelp av donorsæd har ved fylte 15 år rett til å få opplysninger om sædgivers identitet. Et donorregister skal bistå barnet med dette.

Den som er født ved hjelp av sæd som er donert før (sette inn dato for lovendringens ikrafttreden) har ikke rett til opplysninger om donors identitet før etter fylte 18 år.

Informasjon kan være et gode dersom den er ønsket, men også en byrde dersom den påføres. Barnets beste må ligge til grunn når slik informasjon håndteres. Ungdomstiden kan være en utfordrende tid, og rådet regner det som sannsynlig at foreldrene selv er de beste til å finne et egnet tidspunkt for å informere barnet om dets tilblivelse.

Videre stiller Rådet seg undrende til hvorledes en slik informasjonsplikt skal håndheves og om en slik plikt til å informere barnet kan være en uforholdsmessig stor inngripen i privatlivets fred.

Dersom det ikke skal være til byrde for barnet eller et pålegg overfor foreldrene, kan man også se for seg en løsning hvor informasjon om unnfangelse kan ligge under AltInn slik det nå ligger informasjon om fødselsvekt m.m. Barnet selv kan logge seg inn når det har nådd en gitt alder for innsyn og se informasjon om hvorvidt det er unnfanget ved donor.

Det er et faktum at det er barn i Norge unnfanget ved eggdonasjon. Disse bør ha samme rett til å kjenne sitt genetiske opphav. Rådet foreslår derfor at "donorsæd" endres til "donor" i §2-7.

Det anbefales at retten til å få kunnskap om at man er født etter assistert befruktning ved hjelp av donor skal inntre ved fylte 15 år. Rådet mener denne aldersgrensen og aldersgrensen for å få vite at man er adoptert, bør være den samme.

Av endringsforslag som er utelatt, jf. Granavoldenplattformen og den etterfølgende debatten vedrørende flerlingsvangerskapsreduksjoner, stiller Rådet spørsmål ved at hverken eggdonasjon eller IVF for enslige er tatt inn i lovendringsforslaget eller drøftet nærmere i høringsnotatet. Kfr pkt 5.2 i høringsnotatet. I saken " Evaluering av bioteknologiloven" gjorde Stortinget følgende vedtak: Vedtak 718

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte for å åpne for assistert befruktning også for enslige.

Rådet vil peke på at all den tid disse behandlingene i dag skjer i utlandet vil de kunne foretas i land med mindre kontroll m.t.p. antall embryo som settes inn. Dermed vil det øke risikoen for at fosterantallsreduksjon begjæres.

Rådet mener at alle kvinner bør ha rett til å lagre ubefruktede eggceller. Der det ikke foreligger medisinske årsaker, bør dette ikke være en offentlig oppgave. Firmaer som yter tjenesten, må gi god informasjon om nytten av tiltaket/sannsynligheten for vellykket resultat ved bruk av lagrede eggceller.

3.8 Høring - ny forskrift om tilsynsrådet

Justis- og beredskapsdepartementet sender med 23. september på høring forslag til en ny forskrift om tilsynsrådet for tvangsreturer og utlendingsinternatet. Høringsfristen er 1. januar.

Rådet for legeetikk har over år engasjert seg i problemstillinger knyttet til legers rolle ved tvangsutsendelse av migranter.

Det er politiets utlendingsenhet som er ansvarlig for dette. De har også ansvar for drift av utlendingsinternatet på Trandum og Familieinternatet i Hurdal inkluderte helsetjenester. Dette er regulert i Utlendingsinternatforskriften. Bakgrunnen for forslaget er Europaparlaments- og Rådsdirektiv 2008/115/EF om felles standarder og prosedyrer i medlemsstatene for retur av tredjelandsborgere med ulovlig opphold (returdirektivet) artikkel 8 nr. 6, som pålegger medlemsstatene å ha et effektivt system for kontroll av tvangsreturer.

Nåværende tilsynsråd er hjemlet i utlendingsinternatforskriften §17. Det hjemler ikke tilsyn med helsetjenester til de internerte, ved pågrepelse, fit-to-fly-vurderinger og bruk av helsepersonell ved transport.

Denne paragrafen foreslås tatt ut av forskriften, og i stedet at det lages en ny forskrift om tilsynsråd for tvangsreturer og utlendingsinternatet. Fortsatt er det slik at forskriften ikke hjemlet tilbud med helsetjeneste og helsepersonells involvering ved tvangsutsendelse. Det er med andre ord en svakhet ved gjeldende forskrift som videreføres i ny forskrift.

I årsrapporten for 2018 skriver tilsynsrådet: "Tilsynsrådet vurderer fortsatt at det ligger utenfor rådets mandat å ha noen formening om hvordan helsetjenesten på internatet skal organiseres, og Tilsynsrådet har fokusert på hvordan det i praksis fungerer for de internerte." Videre heter det: "Etter det Tilsynsrådet kan forstå, tilbys de internerte tilfredsstillende helsehjelp ut fra hvilke rettigheter de har. De internerte har i utgangspunktet ikke krav på henvisning til spesialist eller lignende, men enkelt får likevel helsehjelp utover sine lovfestede rettigheter etter en konkret vurdering av internatets lege." Dette står i kontrast til Utlendingsinternatforskriften § 5. Rett til helsetjenester:

Politiet skal sørge for at utlendingen kan motta helsehjelp som vedkommende har rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a og § 2-1b og smittevernloven § 6-1. Politiet skal sørge for at utlendingen får helsehjelp utover det han har lovfestet rett til dersom helsepersonell som undersøker eller behandler utlendingen, henviser til slik behandling. Utlending med påtrengende behov for tannlegehjelp skal få slik hjelp.

Rådet mener det er helt nødvendig at Tilsynsutvalget også får et tydelig mandat til å vurdere helsepersonells funksjon som sakkyndige og ved bistand ved pågrepelse, fit-to-fly-vurderinger og eventuell ledsagelse ved uttransportering, samt helsetjenester som ytes på Internatene, herunder også helsepersonells funksjon etter Utlendingslovens § 107 5. ledd, og at utvalget har medlemmer med nødvendig helsefaglig kompetanse. Dette bør fremgå av §3 i forskriften.

Avslutningsvis er det underlig å konstatere at til tross for at høringen gjelder forskriftsendring, er det nødvendig med endringer i Utlendingsloven for å ha hjemmel for den nye forskriften. Det burde vært reflektert i tittelen på høringsnotatet.

4. Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter etiske regler for leger

1 Alminnelige bestemmelser

1.1. Generelle problemstillinger i legeetikk

1.1.1 Klage på lege – involvering i organisasjon

Klager ber i brev av 22.1.2019 Rådet for legeetikk om å "se på innklaget leges rolle i pasientorganisasjonen Recovery Norge og vurdere om han bryter Etiske regler for leger" Rådet for legeetikk vurderte saken i møte 3.4.2019, og **vedtok** å ikke ta saken til behandling, og uttale:

Rådet for legeetikk erkjenner at tilstanden CFS/ME og hva som er årsak og rett behandling, er omstridt. Det er uenighet mellom grupperinger blant fagfolk og pasienter.

Diskusjonen om diagnose, konsekvens og behandling av sykdommene CFS/ME er en meget viktig medisinsk faglig og, slik sykdommen omtales i media, også en viktig samfunnsmessig og politisk debatt, ikke minst fordi det etablerte medisinske miljøet utfordres.

Rådet for legeetikk oppfordrer leger til å delta i offentlige debatter om medisinske spørsmål. Leger har som alle innbyggere ytringsfrihet, og i tillegg et særlig ansvar for at allmenheten opplyses om medisinske spørsmål, jf. Etiske regler Kap I § 11: «*En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål(...)*». Rådet mener leger har et spesielt ansvar for å bidra til å skape realistiske forventninger og fornuftig bruk av helsetjenester ved å delta i den offentlige samtalen med informasjon og nyansering av ulike medieoppslag.

Sentralt i klagen er spørsmålet om innklagede lege promoterer en behandling som er en "kommersiell alternativ behandlingsform" som mangler grunnlag i etablert vitenskap, jf. kapittel I § 9.

Rådet vil bemerke at det ikke er bred faglig enighet om at lightning process representerer «behandling som mangler grunnlag i etablert vitenskap», og at dette spørsmålet beror på en faglig vurdering som det ligger utenfor mandatet til Rådet for legeetikk å ta stilling til, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk § 2.

Rådet for legeetikk kan ikke se at innklaget lege har brutt etiske regler for leger.

I en tilsvarende sak:

Rådet for legeetikk har mottatt en klage fra klager som reagerer på måten innklaget lege uttaler seg i sosiale medier. Hun mener han legger ut offentlige beskyldninger og løgner om henne, og at hans fremtoning på nett er i strid med Etiske regler for leger. Brevet var også sendt til tilsynsmyndighetene.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Tidligere i år var Rådet for legeetikk forelagt en lignende sak, og uttalte da: "Rådet for legeetikk er kjent med at det er uenighet både mellom pasientorganisasjoner og en del medisinske fagfolk om hvordan man skal betrakte tilstanden kronisk tretthetssyndrom/myalgisk encephalopati (CFS/ME). Striden er polarisert, og aktører fra begge sider er til dels aktive i det offentlige ordskiftet med sitt syn. Rådet vil oppfordre partene i denne striden til å opptre saklig og med tilbørlig respekt for

meningsmotstanderen. Utover dette kan ikke Rådet for legeetikk gi noen generell vurdering av ordskiftet, eller svare generelt på spørsmålene som stilles. Rådet kan imidlertid vurdere konkrete saker og enkeltlegers uttalelser, som vi også har gjort i flere saker.

Generelt vil Rådet for legeetikk fremheve at ytringsfriheten er sentral, og at vi oppfordrer leger til å delta i offentlige debatter om medisinske spørsmål, jf. Etske regler for leger kap. I § 11, som bl.a. sier at «En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål».

Vi mener diskusjonen om diagnose, konsekvens og behandling av sykdommene CFS/ME er en meget viktig medisinskfaglig debatt, og slik sykdommen omtales i media, også en viktig samfunnsmessig og politisk debatt, ikke minst fordi det etablerte medisinske miljøet utfordres."

Det registreres at klagen også er sendt til tilsynsmyndighetene, og det fremstår som uklart hvorvidt saken også er til behandling der. Etter Reglement for Rådet for legeetikk § 2, siste ledd, behandler Rådet ikke saker som er, eller skal til administrativ behandling. Rådet tar ikke stilling til de konkrete utsagnene som er lagt ved klagen, men vil heller gjenta oppfordringen i uttalelsen over om å opptre saklig og med tilbørlig respekt for meningsmotstanderen.

1.1.2 Anmodning om vurdering - etablering av privat tilbud

Rådet for legeetikk mottok 12.12.2018 ønske om vurdering av Rådet for legeetikk av planlagt privat helsetilbud og helkropps-MR-screening for kreft.

Rådet for legeetikk vurderte saken i møte 6.2.2019, og har i møtet og etterfølgende mail-korrespondanse vedtatt å uttale:

Rådet for legeetikk takker for henvendelsen om etisk vurdering av et planlagt privat helsetilbud med helkropps-MR-screening for å avdekke kreft. Det planlagte helsetilbudet og de etiske utfordringer det kan medføre, er beskrevet i et åtte siders notat, inklusive 28 litteraturhenvisninger. Legegruppen bak prosjektet ønsker særlig belyst fire spørsmål av etisk natur:

- Er helkropp MR bra nok på de fire viktigste krefttypene?
- Falske positive funn, hvor mye kan det offentlige belastes?
- Vil helkropp MR sykeliggjøre pasienter?
- Vil helkropp MR gi pasienter en falsk trygghet?

Rådet for legeetikk gjør oppmerksom på at det ligger utenfor Rådets mandat å vurdere spesifikke fagmedisinske problemstillinger, men vil fokusere på de etiske utfordringene prosjektet medfører. Rådet for legeetikk vil ikke alltid kunne gi en forhåndsvurdering av tenkte helsetjenester. Den aktuelle problemstillingen gir imidlertid muligheten til en utdypende analyse som også kan ha prinsipiell betydning.

I. Kort beskrivelse av prosjektet, med de aspekter Rådet for legeetikk vektlegger i den etiske drøftingen:

Legegruppen, som p.t. består av tre radiologer og en barnelege (i tillegg en advokat og en investor) vil opprette et privat helsetilbud der brukerne (i skrivet omtalt som «kundene») bestiller helkropps-MR-undersøkelse, direkte hos tilbyder, uten krav om henvisning fra lege. Undersøkelsen starter med en legesamtale «primært for å avdekke viktige hendelser i sykehistorien, samt avklare forventninger

til MR og ønsket form for oppfølging». Deretter blir det gjort en helkropp-MR-undersøkelse som tar 45-60 minutter, i utgangspunktet uten bruk av kontrastmiddel.

Ved gransking av MR blir funnene plassert i tre kategorier:

1. Patologiske funn uten relevans for kreft og som ikke krever behandling eller tiltak. Eksempler er gallestein, skiveprolaps, åpenbart godartede svulster, cyster, etc.
2. Patologiske funn av usikker betydning.
3. Patologiske funn som krever umiddelbar henvisning. Eksempler er først og fremst ondartede svulster, men også multipel sklerose og aneurismer.

Oppfølging av funnene vil være slik:

Kunder med funn i kategori 3 vil snarest bli henvist til det offentlige for videre utredning og behandling. Funn i kategori 1 vil ikke bli meddelt kunden. Funn i kategori 2 må revurderes av annen radiolog og avgjørelse om videre tiltak gjøres i hvert enkelt tilfelle.

Det er planlagt at første bolk med undersøkelser vil omfatte to MR-undersøkelser med 3-4 mndrs. mellomrom, dette særlig for å redusere mengden av usikre funn (kategori 2). Funn i kategori 2 som etter undersøkelse nr. 2 fortsatt ikke er avklart vil i hovedsak bli henvist, slik som for funn i kategori 3. Legegruppen vil anbefale brukerne årlige MR-undersøkelser, bl.a. med den begrunnelse at repeterte undersøkelser og relevante bilder til sammenligning vil gjøre det lettere å vurdere senere bilder; det hevdes at sensitiviteten for tidlige forandringer (underforstått, suspekt på kreft, som er hovedformålet med undersøkelsen) vil bedres på dette viset. I avsnittet om brystkreft anføres det også at serielle undersøkelser bedrer spesifisiteten for MR-undersøkelsen, dvs. at risikoen for falske positive funn kan reduseres på denne måten.

Det er ikke angitt hvor mye MR-undersøkelsen vil koste. Rådet for legeetikk legger til grunn at et tilbud om to helkropp-MR-undersøkelser av opp mot en times varighet hver seg, med forutgående legekonsultasjon og omfattende granskingsarbeid, og uten refusjon fra myndighetene, vil være kostbart for brukeren. Det ville vært gunstig for vurderingen med et kostnadsanslag, men i mangel av dette legger Rådet for legeetikk til grunn at helsetilbudet vil være så kostbart at det er sannsynlig at prisen vil være til hinder for at folk flest vil kunne benytte seg av det, altså at prisen alene vil bidra til å selektere brukere av tilbudet.

II. Rådet for legeetikk sin vurdering:

1. Screening

Formålet med helsetilbudet er, som legegruppen selv oppgir, screening for kreft. Brukerne av tilbudet forutsettes ikke å ha symptomer eller kliniske funn som tyder på kreft; formålet er å bruke MR til å avdekke tidlige, presymptomatiske eller uerkjente krefttilstander for å kunne behandle disse på et tidlig stadium, med forventning om bedre resultat.

Som legegruppen angir (s. 3, nederst), vil det også dreie seg om såkalt. «vill-screening»: Det er ingen systematisk screening av befolkningsgrupper basert på demografiske karakteristika eller risikoprofil. Grunnlaget for at en person blir screenet er at brukeren selv ønsker screening, og er villig til å betale det det koster å få utført screeningen.

Screening for å avdekke sykdom hos personer uten individuelle symptomer på sykdom er i seg selv etisk utfordrende, både hva gjelder bruk av helseressurser (sjansen for at undersøkelsen vil gi relevant informasjon om sykdom avtar når den tilbys til personer uavhengig av klinisk mistanke om sykdom), nytte/ulempe-aspektet for pasienten, problematikk knyttet til sensitivitet og spesifisitet, positiv prediktiv verdi og falske positive.

Hvis screening skal være til nytte, både på samfunnsnivå og på individnivå, må en rekke forutsetninger ligge til grunn:

- Undersøkelsen må ha en rimelig sjanse til å oppdage sykdom, det må være færrest mulig falske negative
- De funnene som gjøres må i størst mulig grad være ekte positive funn (slik at screeningen ikke medfører enten uro hos personen og/eller medfører behov for unyttige tilleggsundersøkelser)
- De tilstandene man screener for bør være tilgjengelige for effektiv behandling, dvs. at screeningen kan føre til bedret behandling eller andre positive utfall for personen utover det å stille en diagnose
- Screeningens bør i størst mulig grad oppdage det man er på leting etter og som deltakerne i screeningen forventer å få ut av den, dvs. at det bør være minst mulig «overskuddsinformasjon» som skaper egne utfordringer for personen
- Det bør være rimelig balanse mellom screeningens evne til å oppdage sykdom og legge til rette for behandling, ulempene i form av falske positive og andre uønskede funn, og ressursbruken screeningen medfører. Av disse grunner er det flere potensielle screeningprogrammer som, helhetlig sett, ikke kan rettferdiggjøres.

Vill-screening forsterker denne problematikken ytterligere, fordi det kan øke risikoen for at de som screenes ikke er de med høyest risiko for sykdom. Personer som søker seg til screening kan være mennesker som, alt i utgangspunktet, har en livsstil eller andre karakteristika som medfører bedre helse enn gjennomsnittet, og som dermed har lavere teoretisk utbytte av screeningen, enn om den var rettet mot en uselektert befolkning.

I det aktuelle eksemplet må det antas at faktorer som helse-opptatthet og privatøkonomi (evt. gjennom private helseforsikringer) kan være faktorer som selekterer brukere til å søke seg til denne screeningen. Denne seleksjonen kan bidra til økt bruk av tjenesten blant personer med lavere risiko for sykdom, slik at nytte-ulempe-forholdet blir mer ugunstig enn for en systematisk screening. For slike individer vil det positive utbyttet av screeningen bli dårligere, mens effekten av negative bieffekter vil bli relativt sett større.

Legegruppen har (s. 3, nederst) et argument Rådet for legeetikk ikke finner overbevisende: Her hevdes det at kost-/nyttevurderingene blir annerledes når man snakker om individuell screening, i motsetning til screening på befolkningsnivå. Rådet for legeetikk kan ikke være enig i denne vurderingen: Det gjelder for enhver form for screening at screeningen er nyttig for personer som får oppdaget behandlebar sykdom, mens den er skadelig for den som kun blir påført uro eller komplikasjoner som følge av screeningen. Sannsynligheten for at samme individ vil oppleve at positive effekter av screeningen oppveier negative effekter er lav, dersom positive og negative effekter opptrer uavhengig av hverandre. Dette gjelder f.eks. dersom screeningen leter etter relativt sjeldne tilstander (f.eks. tidlige stadier av kreft hos asymptotiske individer), mens de negative konsekvensene av screeningen handler om relativt utbredte tilfeldige funn eller normalvarianter som krever videre utredning før man kan slå seg til ro.

Rådet for legeetikk mener at villscreening, slik legegruppen har lagt opp til, og screening med en antatt kostbar metode som kan selektere brukere på grunnlag av kjøpekraft, kan virke vridende på brukergruppen, er etisk problematisk. Screening for sykdom bør rettes mot klart definerte brukergrupper, og bør baseres på etablerte kriterier for screeningsprogrammer.

Rådet for legeetikk viser i denne sammenheng til WHO's policydokument «Screening in Europe» (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/screening-in-europe>), artikkel fra tidligere råd i Tidsskrift for den norske legeförening (<https://tidsskriftet.no/2007/10/og-imot/informasjonen-screening>), samt en serie debattinnlegg i Aftenposten fra 2014 (se bl.a. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/61ae/Screening-er-et-etisk-dilemma>).

2. Helkropp-MR som screeningmetode

Det faller utenfor mandatet til Rådet for legeetikk å ta stilling til de faglige sidene ved bruk av helkropp-MR-undersøkelse som screeningmetode, jf. § 2 i Reglement for Rådet for legeetikk: «Rådet behandler ikke saker som gjelder den faglige delen av medisinsk virksomhet eller juridiske spørsmål.»

Rådet for legeetikk kan derfor ikke besvare legegruppens spørsmål 1, «Er helkropp MR bra nok på de fire viktigste krefttypene?». Rådet vil likevel påpeke at dette er et avgjørende spørsmål som legegruppen må besvare, før de evt. iverksetter et screeningtilbud. Etske regler for leger, kapittel I § 9 sier: «Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring.» Basert på alminnelig fagkunnskap, og med utgangspunkt i legegruppens egen redegjørelse vil Rådet for legeetikk peke på noen konkrete punkter som kan gi grunn til bekymring:

- I diskusjonen om screening med MR for lungekreft har legegruppen bl.a. vist til en tysk studie som sammenlignet lavdosert CT og MR i en høyrisiko-populasjon (deres referanse 6). Rådet for legeetikk viser til at det legegruppen nå planlegger er MR som villscreening, dvs. at erfaringen fra en høyrisiko-populasjon ikke er overførbare hva gjelder positiv prediktiv verdi og falske positive.
- I diskusjonen om screening med MR for tarmkreft bør legegruppen ta hensyn til at det allerede pågår en diskusjon om nytteverdi av screening for tarmkreft og hvilken screeningmetode som er mest hensiktsmessig til dette formålet. Dersom helsetilbudet med helkropp-MR skal være til nytte for brukerne, må det ses i sammenheng med nytten av andre screeningtilbud som evt. etableres i offentlig regi. Se bl.a. <https://www.kreftregisteret.no/screening/Tarmscreening/>
- For screening for brystkreft bør legegruppen være kjent med at det allerede pågår en omfattende faglig debatt om fordeler og ulemper ved screening, der særlig problematikken med falske positive, og/eller funn av ufarlige svulster, har vært tema. Rådet for legeetikk vil i den forbindelse påpeke at legegruppen selv oppgir at MR har dårligere spesifisitet hva gjelder brystkreft enn den eksisterende screeningmetoden (kombinasjon av mammografi og ultralyd). Rådet er særlig bekymret over måten legegruppen vil bøyte på dette problemet på: nemlig gjennom å tilby serielle MR-undersøkelser, som det hevdes vil bedre spesifisiteten. Det etisk utfordrende med dette er at brukerne i en slik situasjon kan bli bundet til å følge anbefalingen om repeterte, jevnlig undersøkelser hos legegruppen, dersom de skal unnsnippe problemet med dårlig spesifisitet.
- For prostatakreft gjelder samme problematikk med lav spesifisitet av undersøkelsen. Rådet for legeetikk kan ikke vurdere hvorvidt MR er en egnet metode for screening eller supplerende diagnostikk av prostatakreft, men påpeker at legegruppens redegjørelse

mangler en diskusjon rundt ulempen falske positive prøvesvar kan medføre, især i konteksten av en vill-screeningsstrategi.

3. Falske positive og tilfeldige funn

Rådet for legeetikk er bekymret over forholdet mellom det legegruppen oppgir vedr. lav spesifisitet og risiko for falske positive funn ved helkropp-MR, og en tilsynelatende mangel på konsekvenstenkning rundt hvilke negative effekter slike funn kan ha for brukerne. Det er interessant at legegruppen kan vise til en tysk studie fra 2016 som ser på effekter av å gjennomgå MR-screening. Rådet for legeetikk mener likevel dette er helt avgjørende momenter som krever en grundigere vurdering før det er etisk forsvarlig å tilby slik screening.

Basert på den tyske studien foreslår legegruppen å ikke informere brukerne om funn som legene mener ikke utgjør patologi som trenger videre oppfølging. Rådet for legeetikk mener dette er en problematisk løsning, både ut fra pasienters rett til å få informasjon om sin helsetilstand (Etiske regler kapittel I § 3). Som tilleggsmoment kommer realismen i hvorvidt slike funn vil kunne holdes skjult for brukerne. Rådet for legeetikk vil peke på at MR-undersøkelser tatt privat ikke sjelden blir innhentet av andre institusjoner, og at det da vil kunne avdekkes at legegruppen har fortiet anatomiske varianter som først da blir gjort kjent for pasienten. Dette kan potensielt bidra til å svekke pasientens tillit til helsevesenet og legestanden (jf. Etiske regler for leger, kapittel I §§ I og II). Uten å gå inn på en faglig diskusjon rundt dette vil Rådet for legeetikk påpeke at det ikke nødvendigvis er entydig eller konsensus om hva som utgjør en anatomisk variant og hva som kan ha klinisk betydning for en pasient med en konkret problemstilling. Legegruppen har selv redegjort for at det kliniske grunnlagsmaterialet før MR-undersøkelsen vil være tynt; brukerne har selv bestilt time uten henvisning fra lege, og den forutgående legesamtalen vil primært ta sikte på å avdekke «viktige hendelser i sykehistorien», ikke gjøre en heldekkende klinisk vurdering av brukerens helse.

I kategoriseringen av funn har legegruppen oppført i kategori 3 funn som ikke er primærmålet for MR-undersøkelsen (avdekking av kreft), men som er tilfeldige funn som krever «umiddelbar henvisning» for videre utredning, deriblant multippel sklerose og aneurismer. Rådsmedlemmet som er nevrolog oppfordrer legegruppen til å konsultere det nevrologiske fagmiljøet for å diskutere dette punktet, da det er alment kjent innenfor nevrologien at både MR-messig mistanke om MS og tilfeldige påviste aneurismer er utgjør et betydelig håndteringsproblem på nevrologiske poliklinikker. Det medfører også stor engstelse hos pasienter i påvente av avklaring. Rådet for legeetikk har ikke mandat til å uttale seg om slike ulemper oppveies av nytten av den foreslåtte screeningen, men vil framholde at en slik avveining bør skje i samråd mellom de som tilbyr screeningen og de spesialitetene som håndterer eventuelle funn. Dette gjelder i prinsippet for alle slags tenkelige tilfeldige funn som kan gjøres i alle de berørte organsystemer, en utfordring som blir desto større ettersom det her foreslås MR av hele kroppen.

Legegruppens spørsmål «Falske positive funn, hvor mye kan det offentlige belastes?» er viktig og interessant, men det er vanskelig for Rådet for legeetikk å svare på. Legegruppen beskriver sitt prosjekt som en «forretningsmodell», og har åpenbart tenkt på dette som et kommersielt helsetilbud. De har som ledd i dette lagt planer for hvordan ikke bare ekte positive krefttilfeller skal håndteres, men også hvordan uønsket eller utilsiktet overskuddsinformasjon skal håndteres – da med henvisning til den offentlige helsetjenesten. Det er ikke urimelig å beskrive dette som at legegruppen ønsker å drive butikk, og vil la den offentlige helsetjenesten «rake kastanjene ut av ilden» for dem.

Etiske regler for leger kapittel I § 12 slår fast at «En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes». Legegruppen bør i sin vurdering av prosjektet sikre robuste analyser av i hvilken

grad deres virksomhet faktisk vil belaste den offentlige helsetjenesten pga. falske positive eller tilfeldige funn. Rådet for legeetikk vil utfordre legegruppen på om det er riktig at en slik avveining gjøres av en kommersiell aktør, eller om det heller bør være opp til den offentlige helsetjenesten å ta stilling til hvilke screeningprogrammer som skal iverksettes – også ut fra at det gjerne er det offentlige som får byrden med å rydde opp i slike uønskede bieffekter av screeningtiltak.

4. Kommersielt tilbud om screening for kreft

Rådet for legeetikk er bekymret for helsetilbud som kan skape engstelse og sykелighet i befolkningen, og minner om Etiske regler kapittel I § 1: «En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den».

Satt på spissen kan det hevdes at «friske» mennesker bare er premorbide eller presymptomatiske syke, eller syke som ikke er undersøkt godt nok. Men i praksis forholder norsk helsevesen og den norske legestanden seg til en inndeling av mennesker i syke og friske, hvor friske er de som p.t. ikke har symptomer og/eller kliniske funn som tilsier at de er syke. Leger bør gjerne bidra til å oppdage sykdom i tidlige stadier, særlig der dette har terapeutiske konsekvenser, men bør ikke bidra til sykelligjøring av individer som p.t. er friske.

Angst for sykdom, og kanskje særlig angst for uoppdaget kreft, er et velkjent problem i befolkningen, ikke minst takket være impulser fra media og i noen grad også aktører i offentlig og privat helsetjeneste. Det foreslåtte helsetilbudet henvender seg til brukere uten andre kvalifikasjoner enn at de er opptatt av helse eller bekymret for sykdom, dvs. en brukergruppe som potensielt kan romme individer med helseangst. Fordi man legger opp til et brukerstyrt system med direkte bestilling, uten henvisning fra lege, vil tjenesten nødvendigvis måtte markedsføres. Rådet for legeetikk har vanskelig for å se hvordan man kan markedsføre et slikt helsetilbud uten å spille på eller styrke fenomenet helseangst i befolkningen.

Rådet for legeetikk vil i den forbindelse vise til kapittel III i Etiske regler for leger, som omhandler markedsføring av legetjenester. Kapittel III § 1 er av særlig relevans for det foreslåtte prosjektet (våre uthevinger):

«Markedsføring 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

*Opplysningene må reflektere **medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder**. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. **Markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme**. Markedsføring 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**. Markedsføring og informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.»*

Det er et interessant spørsmål hvorvidt det er «rasjonelt» eller «angstdrevet» å være bekymret for å utvikle kreft, all den tid kreft er en sykdomsform som tar mange liv i Norge. Men dette tilbudet legger ikke opp til noen form for seleksjon av pasienter ut fra kliniske eller demografiske kriterier, annet enn deres bekymring for sykdom og deres betalingsevne. Det er i den forbindelse relevant å trekke inn en observasjon om menneskers atferd overfor testing for sykdom, bl.a. omtalt i et debattinnlegg om screening i Aftenposten (<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/61ae/Screening-er-et-etisk-dilemma>):

At individer søker seg til helseundersøkelser for å få en bekreftelse på at alt er i orden, samtidig som helseundersøkelsene i sin natur er rettet mot å fange opp situasjoner der noe er galt. Rådet for legeetikk er ikke overbevist om at legegruppens forretningsmodell er riktig innrettet for å håndtere denne utfordringen.

Etiske regler for leger kapittel I § 7 sier at «En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar». Rådet for legeetikk mener at legegruppen med dette tilbudet risikerer å spille på betalingsvillige personers helseangst, og dermed komme i skade for å utnytte dem økonomisk, med uavklart nytte for individet som betaler for tjenesten.

Som før nevnt er det ekstra utfordrende at helsetilbudet er lagt opp ikke bare som en engangsundersøkelse: Det ligger klare føringer for at brukerne bør komme til repeterte (årlige) undersøkelser for å få fullt utbytte av tilbudet. Dette er til og med anbefalt for å redusere faren for at tilbudet skal være til skade (reducere problemet med dårlig spesifisitet og dermed falske positive). Denne faktoren kan bidra til å låse brukerne i et avhengighetsforhold til tilbyder, der de blir «fanget» i et system der de føler seg presset til å fortsette å benytte tjenesten for å opprettholde nytten. Dette er et generelt problem med helseundersøkelser. I dette tilfellet har legegruppen ikke ført opp beregninger for hvorfor f.eks. årlige MR-undersøkelser er et passende intervall, når det gjelder relevant temporal utvikling av forstadier til kreft og utviklingen av kroppslige prosesser man vil studere med MR. Er dette faglig basert?

Det kan tenkes at slik screening med helkropp-MR har en nytteverdi for brukerne av tjenesten, ved at kreft påvises i tidlige stadier, og brukeren får en bedre prognose enn man ellers ville fått. Dette er imidlertid også problematisk, utfra tanken om rettferdighet i helsetjenesten. Etiske regler for leger kapittel I § 1 sier at «Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn». Kapittel I § 12 sier at «Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel».

I den grad helsetilbudet totalt sett er til nytte for brukerne, er det etisk problematisk dersom det gir betalingssterke brukere en fordel ved at de får oppdaget alvorlig sykdom tidligere enn brukere som ikke kan betale for tjenesten, og at de også får en fordel i form av tidligere henvisning til offentlig helsetjeneste og et bedre tilbud enn andre pasienter. Det at betalingssterke individer skal få en helsemessig fordel sammenlignet med betalingssvake kan vanskelig sies å være i samsvar med almene etiske normer i det norske helsevesenet eller samfunnet.

5. De etiske grunnprinsipper

Avslutningsvis vil Rådet for legeetikk vise til de fire etiske grunnprinsippene som styrer helsetjenesten og Rådets tenkning rundt legeetiske spørsmål: Velgjørenhet/beneficence, ikke-skade/nonmaleficence, autonomi og rettferdighet.

Velgjørenhet: Det er et faglig spørsmål og utenfor Rådet for legeetikk sitt mandat å vurdere om screening med helkropp-MR er reelt velgjørende. Rådet for legeetikk anbefaler legegruppen å gå i dialog med fagmiljøer med kompetanse på screeningmetoder for kreftsykdom og fagmiljøene som håndterer disse krefttilstandene: Er det faglig belegg for at helkropp-MR-undersøkelse faktisk kan sies å oppfylle kravet til velgjørenhet?

Ikke-skade: Rådet for legeetikk er bekymret for at tilbudet om vill-screening med helkropp-MR kan være til skade for pasienter, pga. problematikken med screening av friske, suboptimal spesifisitet, falske positive og tilfeldige funn annet enn kreft. Rådet for legeetikk savner en grundigere drøfting av denne problematikken, og da fortrinnsvis i samspill med de kliniske fagmiljøene som naturlig er involvert i disse problemstillingene.

Rådet for legeetikk er også bekymret for at markedsføringen av et slikt helsetilbud, brukerstyrt og utenom henvisningskjeden fra klinisk lege, vil bidra til å nøre opp under allerede eksisterende helseangst og frykt for kreft i befolkningen. Ordningen med tilbud om årlige helkropp-MR-undersøkelser er særlig utfordrende i så måte.

Autonomi: Rådet for legeetikk er usikker på hvor godt det er lagt til rette for reell pasientautonomi i legegruppens forretningsmodell. Det framstår som svært utfordrende å gi brukerne realistisk og forståelig informasjon rundt sensitivitet, spesifisitet, problematikk med falske positive og tilfeldige funn, slik at de kan fatte genuint autonome valg. Det er grunn til å frykte at angst for sykdom, mer enn rasjonelle valg, vil prege brukernes atferd. Det er meget problematisk at legegruppen har lagt opp til at en stor gruppe «funn» på MR skal holdes tilbake overfor pasientene, noe som kan svekke tilliten til helsetjenesten og underminerer pasientens autonomi.

Rettferdighet: Forretningsmodellen synes å henvende seg særlig til betalingssterke individer, som primært basert på god privatøkonomi eller evt. helseforsikringer vil kunne kjøpe seg bedre helse enn svakerestilte individer. Denne modellen bryter med kravet til rettferdighet i helsetjenesten. Samtidig er det en risiko for at helsetilbudet kan medføre merbelastning på den offentlige helsetjenesten, i form av behov for utredning og avklaring av falske positive og tilfeldige funn. Dette vil fortrenge eller forsinke pasienter som er henvist til helsetjenesten med positive funn og reell sykdom. I den grad modellen skaper et behov for reelt sett unødig bruk av helseressurser pga. falske positive funn, ser det ut til at det offentlige er tiltenkt byrden med å håndtere dette. Dette forverrer problemet med at betalingssterke brukere kan kjøpe seg et bedre helsetilbud, samtidig som merkostnadene dette medfører delvis må dekkes av den offentlige helsetjenesten som svakerestilte brukere må ta til takke med.

Oppsummering:

Rådet for legeetikk stiller seg sterkt kritisk til den forretningsmodell legegruppen har lagt opp til. Det beskrives et helsetilbud i form av kostbar villscreening rettet mot betalingssterke pasienter, som kan spille på og forsterke helseangst, og hvor det virker uavklart hvor godt forankret metoden er i vitenskapelig dokumentasjon hva gjelder sensitivitet og spesifisitet og nytteverdi versus andre metoder for å oppdage kreft og annen alvorlig sykdom.

Legegruppen som står bak prosjektet risikerer å opptre i konflikt med en rekke punkter i Ethiske regler for leger og medisinsk-etiske grunnprinsipper, dersom dette blir realisert slik det er skissert.

1.1.3 Anmodning om vurdering estetisk kirurgi; honorering

Norsk plastikkirurgisk forening v/ leder Kjersti Ausen ber Rådet for legeetikk om "en prinsipiell uttalelse angående forhold ved utøvelse av estetisk kirurgi", konkret knyttet til:

- 1. Hvorvidt leger som tilbyr estetisk kirurgi kan ha kontrakter med arbeidsgiver hvor inntekt kun er tilknyttet utførte operasjoner.*
- 2. Hvorvidt privatpraktiserende plastikkirurg kan legge seg på konsultasjonshonorarer på et nivå betydelig lavere enn for andre privatpraktiserende legespesialiteter? Man antar at lave konsultasjonshonorarer kan senke terskelen for at personer vil oppsøke estetisk kirurgi.*

Rådet for legeetikk vurderte saken i møte 3.4.2019, og **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil innledningsvis berømme Norsk plastikkirurgisk forening for sitt engasjement og arbeid på dette feltet.

Private helsetjenester er et voksende marked, hvor konkurranse og inntjening preger og skaper et behov for å markedsføre og "pushe" tjenestene på en helt annen måte enn helsetjenester tradisjonelt har vært markedsført og tilbudt til befolkningen. Dette er egnet til å utfordre tilliten til helsetjenesten generelt, og tilbyderne spesielt.

For behandling som skiller seg fra tradisjonell legevirksomhet ved at hensikten ikke er å behandle eller forebygge sykdom, men i en eller annen forstand forbedre en frisk kropp, mener Rådet at det må stilles særlig strenge krav til virksomheten, særlig hva gjelder markedsføring, vurdering, informasjon og samtykke.

Rådet viser i denne sammenheng til Etske regler for leger kap. I, §§ 2, 3, 7, 8, 9, 10 og 12 og kap. III om markedsføring og annen informasjon om legetjenester. Rådet vil også vise til rapport utarbeidet av Nuffield Council on Bioethics on Cosmetic procedures: ethical issues¹⁵, Etske retningslinjer for Norsk forening for estetisk plastikkirurgi¹⁶ samt Faglige anbefalinger for utøvelse av intimkirurgi i Norge utarbeidet av Norsk forening for estetisk plastikkirurgi og Norsk gynekologisk forening¹⁷.

En avtale som innebærer at legen kun får inntekt om vedkommende gjennomfører en operasjon, vil åpenbart være egnet til å skape uheldige vridningseffekter. Det vil være en fare for at økonomi påvirker den faglige vurderingen, og blir drivende for hvem som tilbys behandling. Det er egnet til å skape et behov for å markedsføre tjenesten på nye, "lokkende" måter, som lett vil kunne være i strid med etiske regler for leger kap. III.

Rådet for legeetikk ønsker at leger skal markedsføre sine tjenester på en nøktern måte og i overensstemmelse med Etske regler for leger. Det er viktig for legitimiteten og tilliten til legestanden og i et prioriterings – og samfunnsøkonomisk perspektiv. Hovedpoenget med de strenge reglene er tydelig å signalisere at leger ikke skal bidra til å skape unødig helseangst og urealistiske forventninger til hva legetjenesten kan bidra med.

Rådet mener at pris på tjenesten bør reflektere legens utdannelse, tilbudet og kvalitet på behandlingen, og at gratis/lave konsultasjonshonorarer er egnet til å svekke tilliten til bransjen som helhet og særlig den konkrete klinikk/lege. Det er også egnet til å virke drivende på indikasjonen, og vil lett kunne sees som et "lokketilbud". Særlig uheldig vil dette fremstå når det knyttes opp mot økonomiske insentiver for operasjon og inngrep som det ikke er medisinsk indikasjon for. Sett i sammenheng med ovennevnte, hvor legen vil få betalt kun om pasienten gjennomfører behandling/operasjon basert på råd gitt under gratis vurdering/konsultasjon, mener vi dette er

¹⁵ <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Cosmetic-procedures-full-report.pdf>

¹⁶ <http://www.nfep.no/for-pasient/generell-informasjon/etiske-retningslinjer/>

¹⁷ <http://www.nfep.no/for-pasient/generell-informasjon/intimkirurgi/>

uheldig.

Vi understreker at det her må skilles mellom gratis konsultasjon i forkant av en behandling, og det som må regnes som naturlig oppfølging/etterbehandling/korreksjon i etterkant av gjennomført behandling.

Rådet for legeetikk vil i denne sammenheng også berømme foreningen for forbudet mot gratiskonsultasjoner, som vi støtter.

1.1.4 LP som behandlingsform for ME

NN har henvendt seg til Rådet for legeetikk for å få en avklaring av om leger følger sine etiske retningslinjer *"når de gjennom år gjentar sine påstander, generaliseringer og overbevisninger ovenfor en pasientgruppe som de mistror"*.

Konkret spør hun om *"disse fagfolkene"* følger etiske regler *"ved denne form for å fremme egne interesser? Det vil si gjennom år å gjenta sine påstander, generaliseringer og overbevisninger i offentlig meningsutveksling gjennom kronikker i aviser?"*, om det er etisk av *"fagfolk å generalisere - og å kalle en hel pasientgruppe for aggressive?"*, hvorfor fagfolk ikke forholder seg til *"Helsedirektoratets vedtak om at ME er en fysisk sykdom"*, hvordan leger kan anbefale behandling av mennesker som ikke har en helsefaglig bakgrunn, og om det er etisk å ikke forholde seg til nyere forskningsresultater og om det ikke er en kardinalfeil å ikke være åpen for ulike forskningsresultater.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk er kjent med at det er uenighet både mellom pasientorganisasjoner og en del medisinske fagfolk om hvordan man skal betrakte tilstanden kronisk tretthetssyndrom/myalgisk encephalopati (CFS/ME). Striden er polarisert, og aktører fra begge sider er til dels aktive i det offentlige ordskiftet med sitt syn. Rådet vil oppfordre partene i denne striden til å opptre saklig og med tilbørlig respekt for meningsmotstanderen. Utover dette kan ikke Rådet for legeetikk gi noen generell vurdering av ordskiftet, eller svare generelt på spørsmålene som stilles. Rådet kan imidlertid vurdere konkrete saker og enkeltlegers uttalelser, som vi også har gjort i flere saker.

Generelt vil Rådet for legeetikk fremheve at ytringsfriheten er sentral, og at vi oppfordrer leger til å delta i offentlige debatter om medisinske spørsmål, jf. Etiske regler for leger kap. I § 11, som bl.a. sier at «En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål».

Vi mener diskusjonen om diagnose, konsekvens og behandling av sykdommene CFS/ME er en meget viktig medisinskfaglig debatt, og slik sykdommen omtales i media, også en viktig samfunnsmessig og politisk debatt, ikke minst fordi det etablerte medisinske miljøet utfordres.

Vi gjør oppmerksom på at det ligger utenfor Rådets mandat å ta stilling til faglige spørsmål rundt CFS/ME, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk § 2 fjerde ledd.

1.2 Pasienters klager på leger

1.2.1 Klage på lege – kommunikasjon

Klager klager på lege (Innklaget) for å ha uttalt at "Dette er kreft", før biopsi var tatt.

Saken er denne:

Klagen retter seg mot at innklaget lege har uttalt "Dette er kreft. Vi vet ikke om den har gått fra prostata og inn i tarm eller omvendt", før biopsi var tatt. Denne viste senere ingen maligne celler. Innklaget lege redegjør i sitt tilsvar for informasjonen han hadde, og hva han baserte vurderingen på. Han kjenner seg ikke igjen i pasientens fremstilling, og påpeker at han alltid legger frem de forskjellige faktorene som PSA, digital rektal eksplorasjon og MR funn. Videre at i dette tilfellet var MR-funnet en utbredt og tydelig PIRADS 5 lesjon som pasienten ble informert om at mest sannsynlig var prostatakreft, men at det måtte tas biopsier for å være sikker. Han ble også informert om at MR-beskrivelsen sa at det evt. kunne være rektumcancer.

Rådet for legeetikk vurderte saken i møte 3.4.2019, og **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk kan ikke etterprøve hva som konkret ble sagt under konsultasjonen, da partene har ulik forklaring på dette. Kommunikasjon er en vanskelig kunst, og særlig slike vanskelige beskjeder kan være vanskelig både å motta og å formidle på en god måte. Vi vil uttrykke stor forståelse for belastningen en slik beskjed innebærer, og understreke viktigheten av at slike beskjeder formidles med varsomhet, jf. Etske regler for leger § 3. Rådet for legeetikk finner imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med brudd på Etske regler for leger.

1.2.2 Bekymring/informasjon om lege

Rådet for legeetikk hadde i møte 27.8.2019 vedtatt å ta en henvendelse vedrørende lege Gunnar Fæhn med seg i sitt videre arbeid. Rådet hadde på bakgrunn av denne henvendelsen og medieomtale invitert lege Gunnar Fæhn til møtet 9.10.2019 for å høre om hans arbeid som lege på oppdrag fra Politiets utlendingsenhet. Gunnar Fæhn stilte til møtet og informerte om sitt arbeid.

Advokat Erik Vatne har, på vegne av sine klienter familien Abassi, klaget inn lege Gunnar Fæhn til Rådet for legeetikk. Det bes om en vurdering av om Fæhn brøt Etske regler for leger da han bisto Politiets utlendingsenhet i forbindelse med uttransportering av familien Abassi 15.6.2019. Denne saken er også klaget inn for Fylkesmannen og skal behandles i tilsynssystemet. I tillegg bes det om en vurdering av hvorvidt Fæhns arbeid ved Trandum asylmottak og hans uttalelser i SoMe er i strid med Etske regler for leger. Sistnevnte problemstilling er tidligere tatt opp med lege Gunnar Fæhn, se årsberetning for 2017 sak 2.1.1. Både klager og innklaget har fått informasjon om at denne delen av saken ikke behandles på nytt.

Rådet for legeetikk **vedtok**:

Rådet for legeetikk har fått en informasjon om helsetjenestene som, etter avtale med Politiets utlendingsenhet, ytes ved Trandum asylmottak. Rådet kommer til å ha oppmerksomhet på etiske problemstillinger knyttet til legearbeidet som ytes her.

Rådet for legeetikk vil avvente behandling av den konkrete klagen til saken er ferdig behandlet hos Fylkesmann og eventuelt Statens helsetilsyn, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2 fjerde ledd.

1.2.3 Klage vedrørende sekretær med hodeplagg

Klager hadde klaget inn lege (Innklaget) for måten han hadde blitt behandlet ved et besøk på legekantoret.

Saken er denne:

Ved innklagedes legekantor var det ansatt en helsesekretær som bar hijab. Klager ville ikke la seg betjene av en person med hijab, og ba om annet personell. Han fikk beskjed om at dette ikke lot seg gjøre, og at han heller kunne komme tilbake på et annet tidspunkt dersom han ikke ville la

helsesekretæren med hijab betjene seg. I etterkant var saken klaget inn for Fylkesmannen som konkluderte med at det ikke var brudd på noen bestemmelser i helsepersonelloven. Innklaget omtalte saken i anonymisert form i lokalavisen Varden, og gav der uttrykk for at han mente dette var en form for hverdagsrasisme.

Rådet for legeetikk anså saken som godt nok opplyst og **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har i møte 9.10.2019 vurdert klage av 15.9.2019 på innklaget leges håndtering av situasjonen der klager ikke ønsket å la seg betjene av helsesekretær med hijab, samt innklaget leges etterfølgende omtale av denne situasjonen i lokalavisen. Rådet for legeetikk har ikke innhentet ytterligere informasjon fra innklaget lege fordi saken var ansett som godt nok opplyst gjennom klagen fra klager.

Rådet for legeetikk har vurdert at det ikke foreligger brudd på Etske regler for leger. Rådet for legeetikk kan ikke finne at innklaget leges håndtering av saken burde vært gjort på noen annen måte, sett hen til Etske regler for leger. Det bemerkes særlig at gjengivelsen av saken i media var gjort i anonymisert form. Bare de personer som hadde kjennskap til saken på forhånd ville kunne vite hvem dette dreide seg om. Kravene til taushetsplikt anses derfor som overholdt.

1.2.4 Bokanmeldelse

To klagere hadde, uavhengig av hverandre, kontaktet Rådet for legeetikk og bedt om en vurdering av hvorvidt en bokanmeldelse skrevet av innklaget lege var i strid med Etske regler for leger. Rådet for legeetikk vedtok i møte 9.10.2019 å ta saken til behandling etter Etske regler for leger kapittel I §§ 1, 2 og 11, og kapittel IV § 3.

Dette er saken:

Innklaget har i et blogginnlegg publisert en slags bokanmeldelse av boken "Huset brenner – om en familie og et klima i krise" av Malena Ernmann. Innklagede gir i innlegget uttrykk for sitt syn på boken og forfatteren, og antyder også diagnoser han mener kunne vært satt på sistnevnte.

Begge klagerne i saken gir uttrykk for at de reagerer på ordbruken og formuleringene sett hen til at innklaget titulerer seg som lege.

Innklaget uttaler i sitt tilsvar at han ikke uttaler seg som fagperson, og derfor "ikke bryter med de etiske retningslinjene som jeg som lege har forpliktet meg til å følge". Han tar likevel selvkritikk for den krasse formen han benytter flere steder i blogginnlegget.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk mener at blogginnlegget 17.9.2019 i Nettavisen vedrørende boken "Huset brenner – om en familie og et klima i krise" av Malena Ernmann er å anse som en uttalelse fra en lege. Det vises her til tittelen øverst i innlegget der det fremgår at forfatteren er "Psykiater. Overlege i psykiatri. Godkjent veileder i psykodynamisk psykoterapi. Utdannet i rettspsykiatri, underviser i voldsrisikovurdering". Når det skrives et blogginnlegg under denne tittelen, oppfattes det som en uttalelse fra en fagperson, og meningene tillegges vekt deretter. Det tilsier en forsiktighet i denne typen innlegg, særlig når det gjelder uttalelser relatert til den aktuelle medisinskfaglige bakgrunnen.

Det vises til Etske regler for leger:

Kapittel I § 1: "Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn."

Kapittel I § 11: "En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får

saklig informasjon om medisinske spørsmål."

Rådet for legeetikk mener det fremstår som en form for "fjerndiagnostikk" når diagnosen Munchausens syndrom by proxy trekkes frem i teksten. Til tross for at det er skrevet som et slags spørsmål, fremstår det som en medisinsk vurdering. Fjerndiagnostikk er i strid med § 1 fordi det ikke vises tilstrekkelig respekt for den andre personens rett til personvern og integritet, og at det på den måten ikke kan anses som å være rettferdig overfor den som utsettes for det.

Rådet for legeetikk mener uttalelsene i innlegget også er i strid med § 11 fordi en del av uttalelsene fremstår som lite saklige. Det er Rådets klare mening at legen her ikke bidrar til at allmennheten får saklig informasjon om medisinske spørsmål.

Rådet for legeetikk **vedtok** på dette grunnlaget å gi kritikk for brudd på Etske regler for leger kapittel I §§ 1 og 11.

Kap. II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere

2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kolleger

2.2 Tvister mellom leger

2.2.1 Klage på varsel om uetisk oppførsel

Klager hadde klaget på at seks navngitte leger og psykologer (Innklagede) ved avdeling for rusmedisin, varslet om hennes kritikkverdige oppførsel som pårørende til en pasient.

Rådet for legeetikk vurderte saken i møte 12.6.2019, og vedtok da å ta saken til behandling, jf. Etske regler for leger kap. II, §§ 1, 2 og 7.

Dette er saken:

Broren til klager var på forsommeren 2018 innlagt ved Askøy behandlingssenter. Dette tilhører Helse Bergen, der klager er ansatt. I forbindelse med utskrivning av hennes bror, kontaktet klager lege XX. XX mente klager hadde tilegnet seg hennes private telefonnummer gjennom interne systemer hun hadde tilgang til på bakgrunn av sitt eget ansettelsesforhold. Fordi dette opplevdes som uriktig bruk av slik tilgang varslet XX sammen med øvrige innklagede om dette som et kritikkverdig forhold. Saken ble behandlet i internt møte i Avdeling for Rusmedisin og ble så sendt videre til klagers arbeidsgiver, som tok forholdet opp med henne.

Klager påpeker i sin klage til Rådet for legeetikk (mottatt 10.5.2019) at hun reagerer på måten saken ble tatt opp. Hun ville ønsket at dette ble tatt opp med henne direkte, og ikke som en varslings sak overfor hennes arbeidsgiver.

De innklagede legene kommenterte klagen i brev 22.8.2019 og uttaler her at "*I denne saken oppfattet vi at klager benyttet sin rolle som ansatt i Helse Bergen for å få særfordeler som pårørende. Det at hun er ansatt i Helse Bergen, skal ikke gi henne særfordeler ift andre pårørende. Vi varslet til foretaket om dette. Foretaket behandlet saken videre.*

Dersom klager ønsker å klage på hvordan hun ble behandlet som pårørende, kan hun selvsagt sende klage til Fylkeslegen om dette."

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har i møte 9.10.2019 vurdert klage fra lege klager på de innklagede legene. For Rådet for legeetikk er spørsmålet om de innklagede legene brøt Etske regler for leger ved at de varslet internt i sykehuset/helseforetaket om kritikkverdige forhold, og ikke tok saken opp med legen selv først.

Det fremgår av Etske regler for leger kapittel II § 2 at

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

Rådet for legeetikk konstaterer at denne bestemmelsen i dette tilfellet ikke ble fulgt. Det er Rådet for legeetikks klare holdning at denne bestemmelsen bør etterleves, og ser ikke at denne konkrete saken var av en slik karakter at det var grunn til å varsle arbeidsgiver uten først å ta seg tid til å ta det opp med den aktuelle kollegaen. Dersom Etske regler for leger var blitt fulgt kunne saken fått et bedre forløp for alle berørte parter.

Kap. III Markedsføring og annen informasjon om legetjenester

3.1 Markedsføring og annen informasjon om legetjenester

3.1.1 Helsetilbud og markedsføring (Austad diagnostikk)

Rådet for legeetikk tilskrev Austad diagnostikk v/ medisinskfaglig ansvarlig lege Tor Austad 23.4.2019. Henvendelsen ble purret opp i brev 29.8.2019, med frist for å komme med en uttalelse innen 20.9.2019. Austad ba i brev 30.9.2019 om forlenget svarfrist. Rådet for legeetikk vedtok i sitt møte 9.10.2019 å gi to ukers frist for å svare. Austad har ikke svart innen fristen og rådet tok saken til behandling.

Saken er denne:

Austad diagnostikk AS tilbyr «Helsesjekk med ultralyd». Tilbudet framstår som en omfattende ultralyd-undersøkelse av en rekke kroppsdelene og organer. Tilbudet er markedsført som en metode som kan påvise tidlige stadier av kreft, samt tegn til aterosklerose som markør for hjerneslag og hjerteinfarkt, samt utvidelse av hovedpulsåren.

Det fremgår ikke av nettsidene www.austaddiagnostikk.no hvem som er medisinsk ansvarlig lege. Tor Austad, som på nettsidene er profilert som en slags overordnet lege, er ikke medlem av Legeforeningen. Det er i tillegg til Tor Austad 19 leger i bedriften. Rådet for legeetikk informerer derfor med dette samtlige leger som arbeider for Austad diagnostikk om sin vurdering.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har blitt oppmerksom på Austad diagnostikks markedsføring av "Helsesjekk med ultralyd". Tilbudet framstår som en omfattende ultralyd-undersøkelse av en rekke kroppsdelene og organer. Tilbudet er markedsført som en metode som kan påvise tidlige stadier av kreft, tegn til aterosklerose som markør for hjerneslag og hjerteinfarkt, samt utvidelse av hovedpulsåren. Rådet anser et slikt tilbud som villscreening. I Rapporten "For mye, for lite eller akkurat passe", defineres dette som følger:

"Villscreening innebærer en uorganisert undersøkelse av store, udefinerte grupper i den hensikt å oppdage sykdom på et tidlig stadium. Villscreening kan oppstå på basis av pasientens eller legens ønsker. Helsekontroller av friske personer kan anses som

villsscreening, men dersom det tas prøver basert på en risikovurdering, defineres dette som sykdomsjakt (case-finding)."

Rådet reagerer både på metoden som blir benyttet (villsscreening) og markedsføringen av helsesjekken. Rådet reagerer også på at Austad Diagnostikk anbefaler å repetere undersøkelser hvert annet år for å opprettholde nytteeffekten av tilbudet.

Rådet for legeetikk vurderer det slik at tilbudet om helkroppss ultralyd og markedsføringen av dette bryter med en rekke bestemmelser i Etske regler for leger, både i kapittel I Alminnelige bestemmelser og i kapittel III Markedsføring og annen informasjon om legetjenester.

Kapittel I § 7 slår fast at *"En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte."*

Rådet for legeetikk mener tilbudet spiller på og kan forsterke helseangst gjennom falske positive funn eller normalvarianter som oppdages ved undersøkelsen og som må utredes videre. Rådets syn forsterkes av at det fremheves at pasientene bør komme til gjentatte undersøkelser, for at de skal kunne føle seg trygge for at de ikke har (utviklet) sykdom. Det er derfor rådets klare mening at en slik helsesjekk ved villsscreening bryter med forbudet mot å utnytte pasienter økonomisk.

Kapittel I § 9 slår fast at *"En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier."* Videre fremgår det at *"Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring."*

Rådet for legeetikk påpeker at villsscreening anses som en ikke anerkjent metode. Rådet tar, iht. Reglement for Rådet for legeetikk § 2, likevel ikke stilling til om Austad Diagnostikks tilbud om helsesjekk med ultralyd bygger på metoder med grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. Rådet for legeetikk ber derfor Norsk Radiologisk Forening om en uttalelse av de faglige sidene ved dette tilbudet.

Kapittel I § 12 slår fast at *"En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødvige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes."* Videre fremgår det at *"Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel."*

Screening-tilbudet til Austad Diagnostikk er kostbart. Det er grunn til å tro at bruken vil dreies i retning av økonomisk bedrestilte pasienter. Ved falske positive funn og normalvarianter som krever utredning, vil det kunne medføre dreining av ressursbruk til, og potensielt favorisering av, ressurssterke pasienter, i strid med kapittel I § 12.

Kapittel III § 1 slår fast at *"Markedsføring 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

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Markedsføring 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.

Markedsføring og informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående."

Etter Rådets vurdering er markedsføringen av helsesjekk på Austad diagnostikks nettside i strid med flere av punktene i denne bestemmelsen – særlig ved at man spiller på helseangst og omtaler tjenestens kvalitet.

Utviklingen av kreft og aterosklerotisk sykdom beskrives slik på Austad diagnostikks nettside:

"En kreftsvulst lager ikke smertefibre og vokser gjerne i flere år før den gir seg til kjenne. Ultralyd kan oppdage kreftsvulster lenge før de gir symptomer eller plager. Det er en fordel å finne en kreftsvulst så tidlig som mulig; behandlingen blir som regel enklere, og prognosen (sjansen for å overleve) blir også bedre. Utvikling av kalk- og fett påleiringer i åreveggen begynner flere år før forandringene gir seg til kjenne som angina, hjerteinfarkt og hjerneslag. Ultralyd kan vurdere tilstedeværelse og grad av påleiringene og slik si om du er i risikosonen for utvikling av sykdom som hjerteinfarkt og hjerneslag." Om hjerte og karsykdommer står det at "Hjerte og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken i Norge. Mange har økt risiko – uten å vite det. Ultralyd kan påvise kolesterolavleiringer og åreforkalkninger og si om du er i risikosonen." Disse beskrivelsene gjør at leseren kan frykte at de bærer på uoppdaget sykdom, samt at de kan befinne seg i et tidsvindu der de kan gjøre noe før sykdommen bryter ut og de har lidd prognosetap. Rådet for legeetikk mener denne beskrivelsen er i strid med Etiske regler for leger fordi det gis inntrykk av at man setter sin egen helse i fare dersom man ikke benytter seg av helsetilbudet.

Nettsidene til Austad Diagnostikk omtaler flere steder tjenestens kvalitet. To eksempler: *"Så langt i 2018 har vi god grunn til å være fornøyd med tilbakemeldingene fra brukerne av våre tjenester, da hele 99 % som har vært hos oss har angitt at de er enten svært fornøyde eller fornøyde!"* Teksten er ledsaget av grafikk som viser hvordan responsen fra 1108 brukere fordeler seg, hvor 99 % beskrives som fornøyde. Andre steder skrives det at *"Ved å benytte leger med stor faglig kompetanse innen ultralyddiagnostikk, fortløpende evaluering av helsesjekken og gjennom bruk av ultralydapparater av svært høy kvalitet fokuserer man derimot kontinuerlig på å gjøre undersøkelsen best mulig."* Dette er uttalelser som etter Rådet for legeetikks vurdering er i strid med kap III § 1 fordi man her beskriver kvaliteten på tjenestene.

Kombinasjonen av beskrivelsene som kan nøre opp under helseangst, og omtalene av tjenestens kvalitet, forsterker opplevelsen av at man risikerer helsetap ved å ikke benytte tjenestene.

Som nevnt tidligere skal Rådet for legeetikk ikke vurdere om opplysningene i markedsføringen reflekterer allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Rådet anmoder Norsk Radiologisk Forening om en uttalelse på dette punktet.

Kapittel III § 2 slår fast at *"Ved markedsføring av og informasjon om legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges."*

Som nevnt innledningsvis fremgår det altså ikke på nettsidene hvem som er medisinsk faglig ansvarlig lege noe som i seg selv innebærer et brudd på Etsiske regler for leger.

3.1.2 Forslag om forbud mot markedsføring av kosmetiske inngrep

Rådet for legeetikk viser til forslaget fra Unge Høyre vedtatt av Høyres Landsstyre, om å "innføre et forbud mot markedsføring av kosmetiske inngrep", og vedtok å tilskrive forslagsstiller med følgende: Rådet for legeetikk har de siste årene behandlet en rekke klager på ulike former for markedsføring. Klagenes behandles etter Reglement for Rådet for legeetikk, og ender ofte med kritikk for brudd på reglene om markedsføring. Flere aktører har i sine uttalelser påpekt at det er "for tilfeldig" hvilke brudd Rådet får kjennskap til, slik at det rammer aktørene skjevt og at det er utfordrende å drive markedsføring på et privat marked i samsvar med Etsiske regler for leger.

Rådet for legeetikk ønsker at leger skal markedsføre sine tjenester på en nøktern måte og i overensstemmelse med Etsiske regler for leger. Det er viktig for legitimiteten og tilliten til legestanden, og i et prioriterings – og samfunnsøkonomisk perspektiv. Hovedpoenget med de strenge reglene er tydelig å signalisere at leger ikke skal bidra til å skape unødige helseangst og urealistiske forventninger til hva legetjenesten kan bidra med.

Markedsføring av estetisk plastikkirurgi har vært et tilbakevendende tema, hvor vi over tid har behandlet en rekke enkeltsaker hvor vi har påpekt flere brudd, i tillegg til at vi har drøftet dette mer prinsipielt med flere aktører.

Rådet opplever en utfordring med at det er mange eksempler på markedsføring i strid med Etsiske regler, og vi har dessverre ikke kapasitet til å gjennomgå alle og konkretisere hva som på hver enkelt klinikk sine sider, bryter med kap. III.

3.1.3 Markedsføring på sosiale medier

Klager klaget i e-post av 18.10.18 på markedsføringen som praktiseres av lege innklaget lege i sosiale medier.

I møte 6.2.2019 **vedtok** Rådet for legeetikk å ta saken til behandling etter Etsiske regler for leger kap. I, § 9 og kap. III, §§ 1,4 og 5, og ba i brev av 19.2.2019 om en uttalelse fra innklaget lege. Han uttalte seg i brev av 25.2.2019.

Saken er denne:

Klagen retter seg mot "klare fremstillinger av før og etter bilder av kosmetisk behandling; Botox behandling og brystforstørrelser". Innklaget lege uttaler at "Bilder som blir lagt ut på Instagram ær ikke kunderna, men ær exemplar på kunder som tatt denna behandling i USA før og visa effekt". Videre at han sammen med sin kosmetiske sykepleier har gjennomgått sosiale medier og hjemmesiden, hvor de har slettet der det står "Botox" og endret innhold. Videre at han har fjernet "PRP behandling som tilbud", og tatt ned hjemmesiden.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk mener markedsføringen til innklagede leger er i strid med Etske regler for leger kap. I, § 1 og kap. III, §§ 1, 2 og 5. Videre vil Rådet for legeetikk oppfordre innklaget lege til å tenke gjennom og ha et bevisst forhold til hvordan han ønsker å profilere seg som offentlig person og lege, herunder ivareta tilliten til legestanden og helsetjenesten generelt, og han som lege spesielt. Hva gjelder bruk av før og etter- bilder mener Rådet at dette kan være i strid med forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep § 5. Rådet behandler imidlertid ikke juridiske spørsmål, og vil videreformidle dette til Fylkesmannen i Oslo og Viken, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk § 12 tredje ledd.

3.1.4 DrDropin Cash Point

På grunnlag av flere henvendelser tok Rådet for legeetikk opp markedsføringen til legefirmaet DrDropin. DrDropin hadde inngått avtale med flyselskapet Norwegian, slik at deres pasienter kunne opptjene CashPoints (bonus) ved legebesøk hos DrDropin. Saken ble behandlet i møter 3. april, 29. august og 9. oktober.

3.1.4.1 Rådets behandling i møtet 3.4.2019

På bakgrunn av flere henvendelser om reklamen "Tjen CashPoints på ditt neste legebesøk hos DrDropin" tilskrev Rådet for legeetikk DrDropin v/medisinsk ansvarlig lege den 23.4.2019.

"Rådet for legeetikk reagerer på dette, og mener det er i strid med Etske regler for leger kap. III.

Private helsetjenester er et voksende marked, hvor konkurranse og inntjening preger og skaper et behov for å markedsføre og "pushe" tjenestene på en helt annen måte enn helsetjenester tradisjonelt har vært markedsført og tilbudt til befolkningen.

Rådet for legeetikk ønsker at leger skal markedsføre sine tjenester på en nøktern måte og i overensstemmelse med Etske regler for leger. Vi mener det er viktig for legitimiteten og tilliten til legestanden og i et prioriterings – og samfunnsøkonomisk perspektiv.

En avtale om å opptjene poeng til flyreiser for å oppsøke leger, mener Rådet er egnet til å utfordre tilliten til helsetjenesten generelt, og tilbyderne spesielt. Vi mener denne type markedsføring bidrar til en uheldig sammenblanding, skaper et useriøst inntrykk og kan være egnet til å unødvendig bruk av legetjenester.

Rådet for legeetikk vil gi Dr.Dropin pålegg om å rette aktuelle kritikkverdige forhold, og fjerne sin kobling mellom helsetjeneste og mulighet for opptjening av poeng til flyreiser, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk § 12. Vi vil også påpeke at siden mangler angivelse av medisinsk ansvarlig lege i strid med Etske regler for leger kap. III, § 2 og ber om at dette også rettes, jf. § 12.

Rådet for legeetikk vil også oppfordre innklaget klinikk v/medisinsk ansvarlig lege til å foreta en vurdering av hvilke signaler de ønsker å sende, og hva slags bedrift de ønsker å bli oppfattet som i markedet."

Medisinsk ansvarlig lege Daniel Sørli besvarte ikke vår første henvendelse, men uttalte seg til Dagens Medisin 26. juni:

"Han vil foreløpig ikke endre praksisen det reageres på.

– Vi ønsker å komme i dialog med Rådet for legeetikk og Legeforeningen, og tar innspillet på alvor. Det er viktig for oss med etisk og forsvarlig praksis, og vi vil derfor gjerne ha mulighet

til å redegjøre for vår vurdering av at saken er i tråd med god legeetikk, og ikke skiller seg fra vanlig praksis i bransjen, sier Sørli.

Og han legger til:

– Det er viktig at alle helseaktører behandles likt og at vurderingene rådet gjør er tilpasset dagens realiteter. Enn så lenge fortsetter tilbudet, som evalueres løpende som en del av dialogen med rådet for legeetikk."

3.1.4.2. Rådets behandling i møtet 29.8.2019:

Dr.Dropin v/Daniel Sørli svarte slik på Rådets henvendelse i brev av 2.7. 2019 DrDropin har inngått avtale med Norwegian som del av deres "markedsføring for å tilby en rabattert pris – som vil gjøre at noen vil foretrekke Dr.Dropin fremfor andre alternativer når de trenger å se en lege". Han er uenig i Rådets vurdering, og mener Rådet "undervurderer pasientene", og at ingen har oppsøkt Dr.Dropin uten reelt behov for legehjelp. Han stiller spørsmål ved hvor Rådet for legeetikk forankrer sin avgjørelse, og ber om konkret angivelse av bestemmelse. Han ber om å få presentere saken muntlig for sentralstyret om det sendes anmodning om eksklusjon. Hva gjelder manglende angivelse av medisinsk ansvarlig lege opplyser de at dette er rettet opp.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har drøftet saken på nytt, og funnet grunnlag for å opprettholde kritikken og pålegget om å fjerne koblingen mellom helsetjeneste og mulighet for opptjening av poeng til flyreiser.

Rådet for legeetikk mener markedsføringen til Dr.Dropin er i strid med Etske regler for leger kap. III, § 1 første ledd som lyder: [vår utheving]

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

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

Rådet for legeetikk understreker at regelen uttømmende regulerer hva markedsføring av legetjenester kan inneholde, og at markedsføringen til Dr.Dropin er i strid med denne bestemmelsen, da den inneholder informasjon utover dette.

Rådet for legeetikk mener generelt, og har i flere saker uttalt, at leger bør avstå fra å gi kvantumsrabatt, gavekort, rabatter eller andre insentiver knyttet til legetjenester. Det å oppsøke lege bør være noe du gjør når og fordi du har behov for det, ikke fordi du har et gavekort eller tilbys annen rabatt. Rådet mener slik markedsføring vil ha en "forlokkende effekt", som kan føre til unødvendig bruk av tjenesten. Vi mener også at det bidrar til å svekke tilliten til tjenesten konkret, og helsetjenesten og legestanden generelt.

Rådet for legeetikk mener Dr. Dropins tilbud om CashPoints er egnet til å svekke tillit til tjenesten, fremstår som lite profesjonell og kan av kolleger oppfattes som uverdigg.

Rådet for legeetikk vil også vise til vedtak fattet i en sammenlignbar sak:

Selskapet hadde en kampanje og annonsering av tilbudet «Få bedre syn og 30 000 ekstra poeng» «Tenkt på å ta en øyelaser? Velg ***, så får du poeng til en Paris-reise»

Rådet for legeetikk tilskrev klinikken og påpekte brudd på Etske regler for leger kap. III. Innklagede bekreftet i sin tilbakemelding at aktuelle annonse ikke er i samsvar med Etske regler for leger kap. III. Videre at «*dette oppsto på grunn av miskommunikasjon med en samarbeidspartner og er ikke en formulering som vi ønsker å bruke. Vi takker for at dere gjorde oss oppmerksomme på dette, og vi kommer ikke til å anvende denne formuleringer i vår markedsføring fremover*».

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk merker seg at selskapet bekrefter at aktuelle annonse strider mot Etske regler for leger kap. III, og at de ikke kommer til å anvende denne formuleringen i videre markedsføring.

Rådet gjør oppmerksom på at den medisinskfaglig ansvarlige har ansvar for at Etske regler for leger følges, inkludert kap. III om markedsføring, også i samarbeid med andre aktører. Rådet for legeetikk gir kritikk til selskapet for å ha markedsført sine tjenester i strid med Etske regler for leger kap. III, og legger til grunn at de vil overholde Etske regler i videre markedsføring.

Rådet for legeetikk merker seg at Dr.Dropin ikke er enig i Rådets vurdering av at deres markedsføring er i strid med Etske regler, eller bidrar til å svekke tilliten til tjenesten konkret og helsetjenesten generelt. Vi merker oss også at Dr.Dropin mener det påståtte bruddet ikke er "godt nok forankret" i Etske regler. Vi vil se nærmere på behovet for å tydeliggjøre forbudet mot kvantumsrabatt, gavekort, rabatter eller andre insentiver knyttet til legetjenester i regelverket.

Rådet for legeetikk vil gjenta pålegget om å rette aktuelle kritikkverdige forhold, og fjerne koblingen mellom helsetjeneste og mulighet for opptjening av poeng til flyreiser, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk § 12.

Vi ber om konkret tilbakemelding innen **4.10.2019** om Dr.Dropin v/ medisinskfaglig ansvarlig lege vil følge opp pålegget.

3.1.4.3 Rådets behandling i møte 9.10.2019:

Rådet for legeetikk drøftet saken på nytt i møte 9.10.2019 og **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk ser positivt på at Dr.Dropin ønsker å etterleve Etske regler for leger. Disse reglene er vedtatt av Landsstyret i Den norske legeförening, foreningens øverste organ, og kan kun endres gjennom forutgående prosess i foreningen og kvalifisert flertallsvotum i Landsstyret. Det til enhver tid sittende Rådet for legeetikk har gjennom valg i Landsstyret blitt gitt tillit til å tolke og håndheve regelverket. Det er ingen ankeinstans for Rådets vedtak.

Som nevnt i vårt brev 12.9.2019 reguleres all markedsføring av legetjenester av Etske regler for leger kap. III, § 1 første ledd som lyder: [vår utheving]

*Markedsføring 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*

Rådet for legeetikk understreker at regelen uttømmende regulerer hva markedsføring av legetjenester kan inneholde, og at markedsføringen til Dr.Dropin er i strid med denne bestemmelsen, da den inneholder informasjon utover dette. Helt konkret er det koblingen til CashPoints for legebesøk som her anses som å være informasjon utover det som er opplistet i bestemmelsen. For ordens skyld nevnes at vi er kjent med at det finnes ulike rabattordninger på legetjenester som en medlemsfordel i ulike sammenhenger. Vi presiserer at denne praksisen ikke er vurdert av Rådet for legeetikk i forbindelse med denne saken. Det å få rabatt hos en lege som en medlemsfordel er prinsipielt noe annet enn at du får et gode (som for eksempel Cash Points) med på kjøpet når du går til legen.

Rådet for legeetikk anerkjenner at kap III § 1 er en streng regel, og registrerer at regelen i dag i praksis brytes av flere aktører. Dette er uheldig og noe Rådet for legeetikk har ambisjoner om endre.

Det er et ønske om å være en mer synlig aktør og ha en mer aktiv rolle. Det må imidlertid bemerkes at Rådets rolle tradisjonelt har vært å ta til behandling de klager som mottas, og at dette også i fremtiden vil være den primære arbeidsmetoden. Vi vil nevne at Reglement for Rådet for legeetikk § 10 nylig er endret slik at vedtak om brudd på de etiske reglene knyttet til markedsføring som hovedregel ikke er unntatt offentlighet. Denne endringen ble gjennomført nettopp med tanke på muligheten for å i større grad kunne synliggjøre vedtak om brudd på disse reglene, og slik bidra til økt kjennskap og innsikt i disse.

Behovet for like vilkår trekkes frem i deres brev 4.10.2019. Rådet for legeetikk har forståelse for opplevelsen av ulik behandling ved at man ser andre aktører bryte de reglene man selv pålegges å følge, men dette kan naturligvis ikke endre hverken Rådets vurdering eller pålegget om endring av markedsføringen. Rådet for legeetikk vil igjen understreke at den primære arbeidsmetoden er å vurdere innsendte klager. Ved en slik vurdering av en konkret sak vil det ikke kunne være et argument i vurderingen hvorvidt andre aktører bryter de aktuelle reglene. Vurderingen Rådet gjør vil kun knytte seg til hvorvidt det aktuelle i klagen er i strid med Etske regler for leger. Det bes igjen om en bekreftelse på at Dr.Dropin i fremtiden ikke vil markedsføre tilgifter, altså at man får andre goder med på kjøpet, ved kjøp av legetjenester hos dere. Vi ber om konkret tilbakemelding innen **1.11.2019** på om Dr.Dropin v/ medisinskfaglig ansvarlig lege vil følge opp pålegget.

3.1.4.4 Det ble avtalt møte mellom DrDropin og leder + sekretær i Rådet for legeetikk. Dette møtet ble gjennomført etter nyttår 2020.

Kap. IV Regler for legers utstedelse av attester og legeerklæringer

4.1 Utstedelse av attester og andre legeerklæringer

4.1.1 Klage på lege - legeerklæring

Klager klaget i brev av 7.10.18 på lege (Innklaget) for erklæring utstedt 22.6.18, samt "fastlegens personkarakteristikk og ufordelaktige omtale av meg som kollega".

Rådet vurderte saken i møte 5.12.2018, og vedtok å ta saken til behandling etter Etske regler for leger kap. II, §§ 1, 2, 4 og 7 og kap. IV, §§ 1,3 og 4.

Innklagede lege uttalte seg i brev av 16.1.19, og klager kommenterte dette i brev av 10.2.19.

Saken er denne:

Klagen retter seg mot en legeerklæring innklagede lege utstedte i forbindelse med en NAV-sak, datert 22.6.18. Klager mener denne "fremstår mangelfull og er på flere punkter feilaktig hva gjelder beskrivelse av pasientens tilstand. Erklæringen forvrenger det u.t. ha sagt på en slik måte at mitt budskap og vurderinger fremstår annerledes enn hva som var tilfellet. I erklæringen fremsetter fastlegen grove og ubegrunnede påstander om u.t. personlige integritet, ego og faglighet. Han insinuerer også at u.t. ikke jobber lovlig". Klager skriver at pasienten reagerte på innholdet, og tok det med til klager, særlig ettersom det "inneholdt grove negative beskrivelser av [klager] i møtet". Han skriver også at pasienten har tatt dette opp med innklaget, men at "fastlegen tok ingen selvkritikk på at erklæringen burde vært utformet på en annen måte, på tross av pas reaksjon". Innklaget lege skriver at erklæringene hans "normalt sett inneholder en beskrivelse av pasientens plager, samt funksjonsvurdering. I dette tilfellet var legeerklæringen nødt til å inneholde en beskrivelse av dialogmøtet, for det er den eneste situasjonen hvor det har vært forsøkt å få dialog omkring funksjonsvurdering og arbeidsevne. Det er ikke noen av uttalelsene i erklæringene som ikke er korrekte. Jeg er nøye med å sitere uttalelser korrekt." Han opplyser om at han ikke hadde noen

informasjon om forholdet mellom klager og NAV i forkant av møtet, og aldri hadde truffet klager før det aktuelle møtet. Han erkjenner at ordbruken i erklæringen er "noe uheldig iblant", og at han kan ha feiltolket situasjonen. Samtidig at han heller aldri har opplevd å «møte noen mennesker som oppfører seg slik overfor en annen ansatt i helsevesenet/NAV, og uttaler at "jeg kan godt skrive en uttalelse som kan gi pasienten uføretrygd".»

Klager har kommentert dette igjen, med vedlagt notat fra "oppklaringsmøte" møte mellom NAV og klager med bakgrunn i aktuelle erklæring.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil innledningsvis avklare at det er utenfor Rådets mandat å ta stilling til det medisinskfaglige i aktuelle sak, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2 fjerde ledd.

Rådet for legeetikk vil vise til Etske regler for leger kap. II, §§ 1, 2, 4 og 5, hvor relevante utdrag lyder:

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

"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"

"En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye".

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

Videre er det slik at en legeerklæring 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. kap. IV § 4.

Det står ord mot ord om en rekke av påstanden som er fremsatt, og Rådet for legeetikk kan ikke ta stilling til hva som konkret ble sagt under dette møtet. Ut fra referater og det som fremgår i saken, fremstår det som om klager har engasjert seg veldig i pasientens sak, og som beskrevet i notat fra 24.8.18 "gått for langt i rollen som pasientens advokat". Det er ikke unaturlig at fastlegen reagerte på dette, og hadde et behov for å formidle dette. Det åpenbart at det her vært dårlig kommunikasjon og et dårlig samarbeidsklima, hvor kolleger ikke har lyktes med å kommunisere "åpnet og tillitsfullt med hverandre".

Rådet for legeetikk mener at aktuelle erklæring ikke er objektiv og nøytral i sin form, og dermed i strid med Etske regler for leger kap. IV § 4. Kommunikasjon og debatt om kritikkverdige forhold i helsetjeneste, kritikk av kollega/samarbeidsparter, bør skje i egnede fora, ikke innblandet i erklæringer, henvisninger, journalnotat eller annen pasientsentrert informasjon.

Videre vil vi påpeke at innklaget lege burde tatt dette opp med aktuelle psykiater før han skrev legeerklæringen, men også at klager burde tatt dette opp med innklaget lege før han klaget ham inn for Rådet for legeetikk, slik at begge har opptrådt i strid med Etske regler for leger kap. II § 2.

4.1.2 Bekymringsmelding til barnevernet

Rådet for legeetikk mottok 24.6.2019 en klage på lege (Innklaget) , fra advokat på vegne av sin klient (klager), for å ha skrevet en bekymringsmelding til barnevernet hvor han "i betydelig grad blandet rollen som pårørende til XX og barna, med sin rolle som helsepersonell". Rådet vedtok i sitt møte 27.8.2019 å ta saken til behandling, og begge parter har etter dette uttalt seg om sitt syn på saken.

Dette er saken:

Innklaget har i brev 9.10.2018 meldt sin bekymring vedrørende hans nevøer til Barnevernet. I brevet går det frem at han er lege, og han underskriver som "onkel/lege". Brevet inneholder vurderinger av mors helsetilstand, og delvis også av det ene barnets helsetilstand.

Klager i saken anfører "at innklaget har blandet sammen sine roller som lege og pårørende", og at han har "kommet med "diagnoser" i forhold til XX, som det ikke finnes faglig grunnlag for." Innklagede anfører at dette "er en bekymringsmelding og ikke en legeerklæring eller sak der undertegnede har rollen som sakkyndig". Videre mener han det fremgår tydelig at han uttaler seg som pårørende, men at han som helsepersonell har en særlig plikt til å melde fra når han frykter for barns helse. Han var klar over problematikken med sammenblanding av roller og "bestrider at det er fremsatt diagnoser i bekymringsmeldingen". Han hevder beskrivelsene av sykdomstegn som han gjengir i bekymringsmeldingen har blitt fremsatt av andre i familien, og at dette var et bevisst utvalg. Han understreker også alvorligheten av hans bekymring for barna og den situasjonen de sto i. Han beskriver at det opplevdes som et dilemma der man så en gradvis negativ utvikling for barnet, og man måtte velge mellom å "passivt se på at barnet ble det vi oppfattet som sykere" eller å varsle barnevernet.

I sine kommentarer til innklagets tilsvare bemerker advokaten "er innklaget fordi han valgte å bruke sin posisjon som lege til å gi inntrykk av at han var i en posisjon hvor han hadde mulighet til å vurdere mors psykiske helse, for på den måten å "styrke klagen"."

Rådet for Legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har forståelse for at det i en slik sak som dette er vanskelig å sjonglere rollene som pårørende og lege, og at det oppleves utfordrende å skulle uttale seg som pårørende uten å samtidig gi til kjenne at man er lege.

Likevel mener Rådet det er grunnlag for å gi kritikk for måten rollene her er håndtert.

Det vises til Etske regler for leger **kapittel IV § 1** som sier at "En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand."

Rådet for legeetikk mener bekymringsmeldingen som ble sendt til barnevernet 9.10.2018 er å anse som en legeerklæring. Hensynet bak bestemmelsene om legeerklæringer er at dersom man som lege uttaler seg om personers helsetilstand, vil dette tillegges stor vekt av mottakeren på grunn av den faglige tyngden man har som lege. Det er derfor viktig at alle uttalelser om personers helse som gjøres av leger, oppfyller kravene i Etske regler for leger kap IV.

Kapittel IV § 2 slår fast at "en lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet." Rådet for legeetikk mener legen her åpenbart er inhabil til å uttale seg om klagers helsetilstand fordi legens bror står i en konflikt, i form av barnefordelingssak, med henne.

Kapittel IV § 3 slår fast at "*en lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.*" Rådet forstår det slik at innklagede også selv erkjenner at han ikke hadde tilstrekkelig informasjon eller hadde gjort tilstrekkelige undersøkelser til å kunne avgi en erklæring om klagers helsetilstand.

Kapittel VI § 4 krever at "*en legeerklæring skal (...) være objektiv og nøytral i sin form*" Uttalelsene til Barnevernet bærer preg av å være ensidig, uten at Rådet for legeetikk tar stilling til innholdet noe utover dette.

Rådet for legeetikk har derfor **vedtatt** å gi kritikk for innholdet i bekymringsmelding til Barnevernet

9.10.2018.

Fordi det er forståelse for at denne typen saker er vanskelig, vil Rådet for legeetikk gi uttrykk for hvordan man mener dette burde vært håndtert. Plikten til å melde fra til Barnevernet omfatter kun informasjon man får i rollen som helsepersonell. I denne saken er det åpenbart at legen har mottatt informasjon som privatperson, som bror og onkel. Da foreligger kun en moralsk forpliktelse til å melde fra. Etter Rådets vurdering burde uttalelsen vært gitt som onkel, uten å gi uttrykk for at man var lege. Det burde ha vært beskrevet for Barnevernet hva man oppfattet som bekymringsverdig hos barnet, men latt det være opp til dem å undersøke nærmere.

ⁱ <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-principles-of-health-care-for-sports-medicine/>

ⁱⁱ <https://www.wma.net/news-post/wma-reiterates-advice-to-physicians-not-to-implement-iaaf-rules-on-classifying-women-athletes/>