Årsberetning for Rådet for legeetikk for 2020

Årsberetning for Rådet for legeetikk for 2020 1
1. Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden 2
1.1. Rådets sammensetning 2
1.2. Saksbehandling 2
1.3. Seminar 2
1.4. Publiserte artikler i perioden 3
1.5. Uttalelser i media 3
1.6. Debatter/foredrag 4
2. Oppsummering av prinsipielt viktige saker 4
2.1. Etikk i pandemien 4
2.2. Generelle helsesjekker 4
2.3. Anbefaling av metoder som savner vitenskapelig grunnlag 4
2.4. Markedsføring 4
2.5. Revisjon av Etiske regler for leger 5
3. Høringsuttalelser 5
3.1. Organdonasjon med bruk av normoterm regional perfusjon hos pasienter som dør av hjerte- og åndedrettsstans når livsforlengende behandling avsluttes 5
3.2. Forslag om merverdiavgiftsplikt ved omsetning og formidling av alternativ behandling, kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling 9
3.3. Bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten og Etablering av behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter 11
4. Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etiske regler for leger 12
4.1. Kap I Alminnelige bestemmelser 12
4.2. Kap II Regler om legers forhold til kollegaer og medarbeidere 22
4.3. Kap III Markedsføring og annen informasjon om legetjenester 24
4.4. Kap IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer 32

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 – 31.12.2021:

Leder Svein Aarseth, allmennlege
Nestleder Siri Brelin, overlege, PhD
Morten Andreas Horn, overlege
Thore Andre Henrichsen, overlege
Tilde Broch Østborg, overlege

Varamedlemmer
1. Jan- Henrik Opsahl
2. Elisabeth Swensen

Thore Andre Henrichsen trakk seg fra vervet i juli 2019, og første vara Jan-Henrik Opsahl ble tatt opp som nytt medlem. Rådet har fra august 2019 følgende sammensetning;

Leder Svein Aarseth, allmennlege
Nestleder Siri Brelin, overlege, PhD
Morten Andreas Horn, overlege
Jan-Henrik Opsahl, medisinsk rådgiver
Tilde Broch Østborg, overlege

Jurist/spesialrådgiver Ida Torgersdotter Øygard Haavardsholm er Rådets sekretær.

1.2. Saksbehandling

Rådet har i perioden avholdt 5 møter og ferdigbehandlet 41 enkeltsaker. Ett møte ble avlyst pga. koronanedstegningen.

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 41 sakene ble 18 av sakene vedtatt å ikke ta til behandling; 2 av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet etter sitt mandat ikke behandler, 4 var rent juridiske og kunne ikke vurderes i lys av etiske regler. I 7 av klagene var det åpenbart ikke brudd på etiske regler, 2 saker ble avvist fordi de var under offentlig/administrativ behandling, 1 sak var ikke tilstrekkelig opplyst til å behandle og 2 var utenfor rådets virkeområde.

1.3. Seminar

- Rådet for legeetikk i samarbeid med Bioteknologirådet: Tidlig fosterdiagnostikk og NIPT- https://www.legeforeningen.no/.../akt.../biotek-2020-hva-na/

- Rådet for fysioterapietikk, Rådet for Legeetikk og Rådet for sykepleieetikk. Pandemien og profesjonsetikken

1.4. Publiserte artikler i perioden

- Svein Aarseth Dagens medisin 24.11.20 Estetisk medisin må reguleres
- Svein Aarseth DnB og Dr.Dropins celleprøver for kvinner. DN 4. nov. 2020 Innlegg: DNB og Dr. Dropins celleprøver for kvinner | DNSv
- Svein Aarseth DN 09.11.20 Dr. Dropin og betydningen av fragmenterte legetjenester | DN
- Tidsskriftet. Jan Henrik Opsahl. Behandling av familie og venner Legers behandling av familie og venner | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
- Podkast: Er det greit å behandle familie og venner? | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
- Tidsskriftet: Legeetikk ved tvangsutsendelse av migranter: Legeetikk ved tvangsutsendelse av migranter | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
- Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk (bok). Morten Horn, Morten Magelssen, Daniel Joachim H. Kleiven Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk | Nordic Open Access Scholarly Publishing
- Rådet for legeetikk. Dagens Medisin. 23.03.20 Medisinsk etikk i pandemiens tid.

1.5. Uttalelser i media

- Svein Aarseth NRK Nordland 03.10.20 Torgeir (24) ville ikke leve.
- Morten Horn NRK 05.10.20 Legens rolle er ikke den som skal hjelpe folk med å ta sitt liv
- NRK Debatten Aktiv Dødshjelp m bl.a. Morten Horn https://tv.nrk.no/se…/debatten/202010/NNFA51100620/avspiller
- Svein Aarseth 03.03.2020. Om blodsjekk.no Tønsbergs Blad - Lege Cecilie er den eneste i Norge som tilbyr dette: – Jeg mener folk bør ha friheten til å velge selv (tb.no) (Betalingsmur)
- Svein Aarseth Klassekampen 14.03.20 Om koronaprioritering. Må prioritere hardt | Klassekampen
- Svein Aarseth NRK.no 23.03.20 Leger bryter retningslinjene – skriver ut malariamedisiner til familie og venner
- Vårt Land. Siri Hagen Brelin. 13.05.20 Da fosteret muligens hadde Downs (Betalingsmur)
- Svein Aarseth. Dagens medisin 27.05.20 Et koronapass kan misbrukes.
- Svein Aarseth i Dagbladet 30.05.20. Full ME-krig: Aldri opplevd noe lignende.
- Jan-Henrik Opsahl. Stetoskopet, Tidsskriftets podcast. 17.09.20 Podkast: Er det greit å behandle familie og venner? | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
- Svein Aarseth 18.09.20. Bistandaktuelt.no Norske ungdommer på «sykehussafari» i Afrika
- Svein Aarseth Børsen 03.10.20 Refser Paracet-stunt
- Svein Aarseth Nettavisen 15.11.20 (Om kryonisering) Kryonisering, Nedfrysing | I denne boden har Bredo ligget nedfryst i nesten 30 år – vil gjenopplive ham med ny teknologi (nettavisen.no) (Betalingsmur)
- Rådet for legeetikk 01.09.20 Legeforeningen.no Døende pasienter og deres pårørende. Også publisert i Vårt Land
- Svein Aarseth faktisk.no Om betydningen av opprop (Som The Great Barrington declaration) https://fb.watch/30rRPabpPV/
- Tilde Broch Østborg. Private tilbyr kreftmedisiner som ikke tilbys i det offentlige. Dax18 15.12.20

1.6. Debatter/foredrag

- Svein Aarseth Innlegg i debatt: 15. januar. Røde Kors m.fl. Seminar 10 år med Helsesenter for papirløse. (20+) 10 år med Helsesenteret for papirløse: Hvor går veien videre nå? | Facebook
- Svein Aarseth.25. februar. Sogn Seniorakademi. Om Rådet for legeetikk
- Svein Aarseth Hedmarkseminaret 17.10.20 Legeetikk - Etikk i alt vi gjør
- Svein Aarseth Forbrukerrådet 24.09.20. Forbrukerrettigheter og skjønnhets-behandling Innlegg.
- Svein Aarseth NMF 02.12.20 Papirløse og Helsehjep i Norge

2. Oppsummering av prinsipielt viktige saker

2.1. Etikk i pandemien

Rådet har mottatt enkelte klager på legers uttalelser i forbindelse med koronapandemien. Det er ikke gitt kritikk for brudd på Etiske regler i noen av disse sakene. Rådet har imidlertid gitt uttrykk for sitt syn på ulike etiske aspekter som aktualiseres i pandemien; som at også i en pandemi bør døende pasienter tillates å ha pårørende hos seg og om ulike etiske utfordringer for leger. Herunder prioriteringer, risiko for smitte, faglig begrunnede behandlingsmetoder og debatt mellom leger i det offentlige rom.

2.2. Generelle helsesjekker

Rådet har hatt ulike saker der temaet er generelle helsesjekker for antatt friske personer. Det vises her til sak 4.3.4 og 4.3.5 der det dreier seg om henholdsvis blodprøver og helsesjekk med ultralyd. Rådet er opptatt av at medisinske undersøkelser bør være basert på et faglig grunnlag. Rådet oppfatter å ha fått støtte fra de relevante fagmedisinske foreningene på at slike generelle helsesjekker ikke er helsefremmende, og at metoden dermed ikke kan sies å være basert på medisinsk kunnskap.

2.3. Anbefaling av metoder som savner vitenskapelig grunnlag

Rådet har i sak 4.3.3 gitt kritikk for at en lege anbefaler metoder som ikke er medisinsk allment aksepterte eller vitenskapelig dokumentert. Legen går langt i å gi kostholdsråd med medisinske begrunnelser og forklaringer som ikke er vitenskapelig dokumentert. Rådet for legeetikk har innhentet medisinske vurderinger fra relevante fagmedisinske foreninger i saken.

2.4. Markedsføring

Rådet for legeetikk har i løpet av året på eget initiativ gjennomgått en mengde markedsføring av legetjenester. Der det var åpenbar strid med Etiske regler for leger har Rådet veiledet legen til å endre markedsføringen. Det ble avdekket mange tilfeller der markedsføring manglet informasjon om medisinskfaglig ansvarlig lege, noe som er et krav etter Etiske regler for leger kapittel III § 2. Det ble også avdekket en del tilfeller der tilbydere av estetisk medisin hadde markedsføring i strid med reglene i kapittel III § 1 om at "*markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme".*

2.5. Revisjon av Etiske regler for leger

Rådet har over tid erfart at det er behov for enkelte endringer i Etiske regler for leger. I 2020 ble det derfor innhentet råd fra eksperter på ulike temaer relevante for kapitlene i de etiske reglene. Forslagene fra disse, og forslag fra Rådet selv, er lagt frem for sentralstyret med sikte på landsstyrebehandling våren 2021. Endringene omhandler en rekke av bestemmelsene i kapittel I og III av de etiske reglene.

3. Høringsuttalelser

3.1. Organdonasjon med bruk av normoterm regional perfusjon hos pasienter som dør av hjerte- og åndedrettsstans når livsforlengende behandling avsluttes

Folkehelseinstituttets rapport om «controlled Donation after Circulatory Death» (cDCD)

Innledning

Rådet for legeetikk er ikke oppført som egen høringsinstans i høringsbrevet, og avgir derfor primært sin høringsuttalelse til Den norske legeforening. Rådet mener imidlertid at spørsmålet om innføring av cDCD reiser viktige medisinsk-etiske spørsmål, og finner det derfor riktig også å sende uttalelsen direkte til Beslutningsforum.

Rådet for legeetikk verdsetter det store arbeidet som er nedlagt i Folkehelseinstituttets (FHIs) rapport om metoden cDCD med normoterm regional perfusjon. Spesielt vil vi vise til rapportens fyldige og velskrevne kapittel om etiske utfordringer ved cDCD (s. 75-109).

Historikk:[i]

I 2008 satte man i gang en pilotstudie med cDCD ved Oslo Universitetssykehus (OUS) etter REK-godkjenning. Det framgår av mini-metodevurderingsrapporten at man etter godkjenning gjorde studien kjent gjennom et intervju i Dagens Medisin og derpå følgende opplag i dagspressen. Dette medførte at Fylkeslegen tok opp om fem minutters sirkulasjonsstans var tilstrekkelig til å konstatere død. Saken ble henlagt da Helsedirektoratet mente at dette var innenfor lovverket. Det ble også søkt REK-godkjenning på nytt etter at Helseforskningloven trådte i kraft, og pilotstudien ble godkjent.
I starten av studien ble klinisk etikkomite (KEK) ved OUS og Senter for medisinsk etikk også involvert, men Rådet har ikke sett referater fra denne behandlingen. cDCD-prosjektet ble også diskutert i den offentlige utredningen NOU-2011 "Når døden tjener livet". NOU-utvalget konkluderte slik om cDCD (pkt. 8.3.6.4 (s. 109): «*Utvalget er enig om at regelverket ikke må utgjøre noe hinder for at DCD-donasjon skal kunne gjeninnføres. Om det er hensiktsmessig å innføre denne typen donasjon i norsk praksis, bør vurderes når det norske forskningsprosjektet er gjennomført*.»

Pilotstudien ble gjennomført i tidsrommet 2014-2015, med åtte gjennomførte donasjoner. Studien har så langt resultert i tre vitenskapelige artikler (Syversen et al 2018, Foss et al 2018 og Hagness et al 2019).
I 2016 gjennomførte OUS en intern minimetodevurdering. Etter dette ble metoden vedtatt innført ved OUS, i et ledermøte i august 2016. Det ble startet opp med cDCD-donasjoner ved OUS, samt tre andre sykehus, og totalt 10 donasjoner ble gjennomført.

I 2017 reiste fagmiljøet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) samt UNNs KEK og sykehusledelse, innvendinger mot innføringen av cDCD. Det ble også skrevet en kritisk artikkel i Aftenposten (Horn & Syse,

Aftenposten, 20.6.2017). Det kom også innsigelser fra KEK ved Haukeland Universitetssykehus, samt OUS sin KEK.

OUS meldte cDCD-saken inn for Nye Metoder høsten 2017. Bestillerforum vedtok i møtet 18.12.2017 å bestille en full nasjonal metodevurdering vedrørende cDCD-metoden. Metoden skulle opphøre i bruk mens utredningen pågikk. Helsedirektoratet ga Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre metodevurderingen, som har munnet ut i den foreliggende rapporten.
Etter en henvendelse fra en KEK i februar 2018 uttalte Rådet for legeetikk følgende om cDCD[ii]:

> Spørsmålet om hvorvidt metoden «controlled Donation after Circulatory Death» (cDCD) bør innføres i Norge eller ikke, reiser en rekke medisinske, juridiske og etiske spørsmål. Rådet vil peke på at det er av stor betydning at befolkningen har tillit til helsetjenesten, og at det for saker som omhandler liv og død-spørsmål er særlig viktig å sikre gode, åpne og inkluderende beslutningsprosesser. Innføring av nye metoder i helsetjenesten krever særskilt aktsomhet, jf. Etiske regler for leger kapittel I, § 9. Etter at aktuelle henvendelse ble sendt Rådet, ble det i Bestillerforum 18.12.2017, besluttet at cDCD-metoden skal gjennom en bred, nasjonalt forankret metodevurdering i regi av Folkehelseinstituttet. Rådet for legeetikk vil derfor foreløpig uttale at vi støtter dette vedtaket, og legger til grunn at Legeforeningen vil være høringsinstans når metodevurderingen er klar, slik at Rådet vil uttale seg i den forbindelse.

Samlet vurdering av FHI-rapporten om cDCD
Vår vurdering er at viktige spørsmål knyttet til innføring av cDCD ikke er omtalt i rapporten, eller ikke er godt nok belyst. Selve prosessen rundt innføring av cDCD i Norge har vært for snever og lukket, og en høringsrunde med knapp tidsfrist kan ikke bøte på dette. Rådet for legeetikk peker på at store og sentrale fagmiljøer ikke har vært involvert i arbeidet med cDCD, og mange viktige aspekter er definert utenfor FHI-rapportens mandat. Den største mangelen er at rapporten ikke gir noe svar på om innføring av cDCD vil gi økt tilgang på organer til donasjon i Norge.
Rådet for legeetikk viser til at andre land har hatt en langt mer bred og systematisk prosess i forkant av innføring av cDCD. Rådet for legeetikk anbefaler sterkt en tilsvarende prosess i Norge, der alle berørte fagmiljøer får anledning til å delta. Det vi være særlig viktig å involvere medisinsk-etisk kompetanse.
Rådet for legeetikk tar ikke stilling til om cDCD bør innføres i Norge i framtiden, men mener det ikke er riktig å innføre cDCD nå, basert på FHI-rapporten.

Spesifikke anmerkninger til FHI-rapporten
1. Rådet vil peke på at cDCD har vært gjenstand for omfattende drøfting i mange andre land som har innført metoden. Storbritannia kan tjene som eksempel, der innføring av cDCD ble forutgått av en langvarig og bred prosess[iii]. Formålet var å skape samstemthet mellom de medisinske prosedyrene og lovverket. Rådet bemerker at den britiske protokollen for og lovverket vedrørende cDCD skiller seg vesentlig fra den foreslåtte norske protokollen, og at Norge så langt ikke har hatt en bred og grundig prosess som Storbritannia hadde.

2. Rådet for legeetikk anser at cDCD i sin essens handler om å forsøke å fastsette døden på et så tidlig tidspunkt som mulig, etter at pasienten har kommet så langt i dødsprosessen at han/hun kan erklæres død, og før organene har blitt skadelidende av iskemi. Da må dødsfastsettelsen skje på et tidspunkt der pasienten faktisk *er* død, og ikke bare døende. Hvis ikke vil man ha endret den sentrale *Dead* Donor Rule til en *Dying* Donor Rule. Det vil kunne ha store og uavklarte konsekvenser.

3. Dødsdiagnostikken blir da sentral for om cDCD kan innføres eller ikke. Rådet for legeetikk arrangerte mai-2019, sammen med Senter for medisinsk etikk (SME), Norsk ressursgruppe for organdonasjon (NOROD) og Norsk nevrologisk forening (NNF), et seminar med temaet dødsdiagnostikk. En viktig lærdom fra seminaret var at norske leger diagnostiserer død ut fra de samme overordnede prinsipper, selv om den praktiske metoden varierer ut fra konteksten. Det er viktig at dødsdiagnostikken ved en eventuell cDCD-metode samstemmes med dette, slik at pasientene som erklæres døde etter cDCD også ville vært erklært døde i en annen kontekst.

4. Rådet for legeetikk støtter FHI-rapportens forslag (s. 7, s. 18) om å legge til elementer fra den ordinære dødsdiagnostikken (påvisning av opphørte hjernestammereflekser og opphør av åndedrett) til dødsdiagnostikken ved cDCD, og viser til at det også er slik det gjøres i flere andre land som har innført cDCD (deriblant Storbritannia).

5. Rådet for legeetikk viser til at de kliniske etikkomitéer (KEK) ved tre universitetssykehus (Oslo, Tromsø, Bergen) har uttalt seg kritisk om cDCD-prosessen og delvis til selve metoden. Dersom cDCD skal bli vellykket innført i Norge er det avgjørende at disse motforestillingene blir tatt på alvor.

6. Rådet for legeetikk anser det som etisk høyverdig å sikre tilgang til flest mulig organer til syke pasienter som trenger dem for å overleve eller bedre sin livskvalitet. Når en etisk kontroversiell metode som cDCD innføres, er det da av stor betydning om metoden faktisk fører til økt tilgang til organer. Rådet påpeker at FHI-rapporten (s. 53) ikke besvarer sitt eget PICO1: Hvor mange ekstra organer til donasjon vil innføring av cDCD gi? Dette er en alvorlig mangel ved rapporten, særlig fordi tidligere utredninger (se HOD arbeidsgruppe 2008[iv], NOU 2011 «Når døden tjener livet», se fotnote [1]) har vært usikre på dette punktet. Rådet innser at det er krevende å lage beregninger gjeldende for Norge (som i utgangspunktet ligger godt an i verdenssammenheng når det gjelder antall organer til donasjon, og organer per donasjon). Det er uheldig at FHI-rapporten ikke har gjort noen analyser av dette avgjørende spørsmålet.

7. Fagfolk har vært bekymret over at beslutningen om å trekke tilbake livsforlengende behandling (i seg selv en så krevende prosess for involverte fagfolk at den er beskrevet i en egen nasjonal veileder) kan blandes sammen med eller påvirkes av dette at pasienten er aktuell for organdonasjon. I FHI-rapportens etikkavsnitt (s. 79-81) beskrives at dette kan løses gjennom fagfolks profesjonalitet. Rådet for legeetikk verdsetter tilliten til legers profesjonalitet og etiske standard, men vil peke på at denne typen beslutningsansvar utgjør en tung byrde på fagfolk. Det er myndighetenes ansvar å sørge for at det etiske presset mot legene blir håndterbart og ikke større enn nødvendig.

8. Rådet for legeetikk vil påpeke at pasienter til organdonasjon ikke bare kommer fra universitetssykehus med store og robuste fagmiljøer, men også fra mindre sykehus med færre fagfolk, og færre årlige donasjoner. Det å innføre faglig og etisk krevende metoder for organdonasjon kan være særlig utfordrende for fagfolk på disse sykehusene. Rådet for legeetikk påpeker at perspektivene til mindre donorsykehus mangler i rapporten. De praktiske utfordringene med å organisere cDCD på sykehus utenfor Oslo universitetssykehus er heller ikke beskrevet i rapporten. Dette må belyses dersom cDCD skal innføres som nasjonal metode i Norge.

9. Rådet for legeetikk er opptatt av prinsippet om ikke-skade. cDCD kan ifølge internasjonal litteratur[v] medføre langtrukne dødsleier der pasienten ikke dør etter tilbaketrekning av livsforlengende behandling innenfor tidsrammen (180 minutter i mange protokoller, kun 90 minutter i den norske). Det er beskrevet at dette oppleves som en tilleggsbelastning for noen pårørende. Rådet etterlyser en grundigere

gransking av real-life erfaringer med cDCD i andre land. FHI-rapporten har kun basert seg på en liten pilotstudie med 8 norske donasjoner[vi], og det er uklart hvorfor man har avskåret seg fra å innhente et bredere kunnskapsgrunnlag.

10. Leger er avhengige av å opptre innenfor lovens rammer, av hensyn både til pasientene og seg selv. Rådet for legeetikk påpeker at dagens forskrift for dødsdefinisjon ved organdonasjon (forskriftens §2) sier at «*En person er død når det foreligger sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen med et komplett og irreversibelt opphør av alle funksjoner i storehjerne, lillehjerne og hjernestamme. Varig hjerte- og åndedrettsstans er sikre tegn på total ødeleggelse av hjernen*».
Det kreves altså varig opphør av hjerteaksjon og åndedrett, for at pasienten skal kunne erklæres død og brukes til donasjon. Rådet mener dødsdiagnosen ved cDCD må avspeile dette, og at det må dokumenteres at pasienten har stans både i hjerteaksjon og åndedrett. Slikt opphør må være ekte og ikke skyldes confounders (slik som palliativ medisinering som hemmer åndedrettet). Dersom surrogatmarkører (slik som intraarteriell blodtrykksmåling i perifer arterie) benyttes må det foreligge evidens for at de er robuste og gyldige for fenomenet hjertestans. Dette er faglige spørsmål Rådet ikke kan mene noe om, men det er avgjørende at de avklares ved utredningen av cDCD.

11. Informert samtykke står sentralt i etisk forsvarlig helsetjeneste. Forutsetningen for informert samtykke er at pasienten faktisk har fått relevant informasjon om det man samtykker til. Rådet for legeetikk mener metoden cDCD skiller seg vesentlig fra organdonasjon etter hjernedød (DBD). I Norge har vi gjennom 40 år hatt veldig strenge krav til hjernedødsdiagnostikk. I motsetning til de fleste andre vestlige land forutsetter hjernedødsdiagnosen hos oss ikke bare klinisk bedømt opphør av hjernefunksjonene, men også radiologisk påvist opphør av hjernesirkulasjonen. Potensialet for feildiagnostikk av død blir derfor meget lite. Til sammenligning gir cDCD en tidligere, hastigere og ifølge noen kritikere potensielt mer usikker, dødsdiagnostikk. Det er ikke gitt at et samtykke til organdonasjon, hentet fra DBD-æraen, kan anses som gyldig dersom cDCD innføres. Det vil også være utfordrende å tilpasse en ærlig informasjon til de pårørende i en donasjonssetting, når det er såpass stor faglig strid om cDCD-donorene. Rådet slutter seg til vurderingen i etikk-kapitlet (s. 107-108), men påpeker at den faglige enigheten om dødskriteriene som der forutsettes ennå ikke er etablert.

Oppsummering
Rådet for legeetikk hilser tiltak som kan gi økt tilgang til organer til donasjon velkommen, forutsatt at de respekterer Dead Donor Rule og sentrale etiske prinsipper. Rådet påpeker at det ikke er lagt fram analyser som viser at cDCD reelt vil gi økt tilgang til organer. Videre er det viktige etiske spørsmål som ikke er avklart gjennom FHI-rapporten. Viktigst av disse er hvorvidt pasienten faktisk er kommet langt nok i dødsprosessen til å kunne erklæres død, på det tidspunktet cDCD-metoden krever at man erklærer død og starter organhøstingen. Det er avgjørende for leger som involveres i avslutning av livsforlengende behandling, og organdonasjon, at de kan føle seg trygge på at de handler rett når de erklærer pasienten død. Det er også avgjørende at pasienter, pårørende og samfunnet rundt kan ha tillit til at pasienter som brukes til organdonasjon er døde, og at det har gått rett for seg når livsforlengende behandling blir avsluttet.

Rådet for legeetikk mener at det trengs mer utredning før man kan ta stilling til om cDCD kan innføres i Norge, og anbefaler en bred, trinnvis prosess lik den britene gjennomførte.

3.2. Forslag om merverdiavgiftsplikt ved omsetning og formidling av alternativ behandling, kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling

Rådet for legeetikk har behandlet høringsforslaget per mail pga kort høringsfrist.
Regjeringen fremmer forslag om å ikke lenger unnta alternativ behandling og kosmetisk kirurgi/behandling fra merverdiavgift.
Lov om alternativ behandling av sykdom mv definerer alternativ behandling som følger:
§ 2.*Lovens virkeområde, begreper mv.*
Loven gjelder den som tilbyr eller utøver alternativ behandling i riket.
Bestemmelser om stedlig virkeområde gitt i medhold av helsepersonelloven § 2 andre og tredje ledd gjelder tilsvarende for denne lov så langt de passer.
Med alternativ **behandling** menes helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell. Behandling som utøves i helse- og omsorgstjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helse- og omsorgstjenesten.
Med helsepersonell menes i denne lov personer som definert i helsepersonelloven § 3.
Når alternativ behandling utøves i helse- og omsorgstjenesten eller av autorisert helsepersonell, gjelder også helsepersonelloven. Autorisert helsepersonell skal gi informasjon og innsyn i journal tilsvarende det som følger av helsepersonelloven § 10 og § 41, også dersom pasienten ikke har rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Lov om merverdiavgift:

§ 3-2.*Helsetjenester mv.*
(1) Omsetning og formidling av helsetjenester er unntatt fra loven, herunder tjenester som
a. omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven
b. omfattes av tannhelsetjenesteloven, samt tanntekniske tjenester
c. omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og 10
d. ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven
e. ytes av bedriftshelsetjenesten
(2) Andre varer og tjenester som omsettes som et naturlig ledd i ytelsen av helsetjenester er omfattet av unntaket i første ledd dersom varen eller tjenesten leveres av den som yter helsetjenesten.

§ 3-3.*Alternativ behandling*
1. Omsetning og formidling av alternativ behandling er unntatt fra loven dersom tjenestene ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven eller av utøvere som er registrert i det frivillige registeret for utøvere av alternativ behandling etter lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 3.
(2) § 3-2 annet, tredje og fjerde ledd gjelder tilsvarende.
Helserelatert behandling som i hovedsak gis utenfor helsevesenet, er å anse som alternativ behandling. Dette gjelder også når behandlingen gis av autorisert helsepersonell.
Det er yrkesgrupper som har lang utdanning, noen har autorisasjon i andre nordiske land, men ikke i Norge. De vil da per definisjon utøve alternativ behandling i Norge.
I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 10.april 2019, med henvisning til tildelingsbrev for 2019, ble Helsedirektoratet bedt om å vurdere autorisasjon for fem personellgrupper, hvorav tre av disse har vært vurdert tidligere.

Oppdraget omfatter følgende yrkesgrupper:

- Osteopat
- Naprapat
- Logoped
- Paramedic/paramedisiner
- Ortopeditekniker

Helsedirektoratet anbefalte at kun Parametrics skulle autoriseres som helsepersonell.
http://www.naprapat.org/Controls/Utilities/ShowFile.ashx?FileInstanceId=40187c8c-4a5d-4d53-bb08-3453d533ac18

Godkjenningsordning for alternativbehandlere og generelt MVA-fritak for tjenester gitt av helsepersonell har bidratt til å legitimere så vel alternativ behandling som kosmetisk kirurgi/behandling.
Forskrift om frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling stiller krav til godkjenning av organisasjoner som organiserer alternativbehandlere. Organisasjonen må ha minst 30 medlemmer og utøve selvjustis overfor sine medlemmer.
Ved søk i registeret 22. juni er det registrert 40 organisasjoner med til sammen vel 4000 medlemmer. Det er tydelig at MVA-fritak er en viktig faktor for å la seg registrere i Alernativregisteret (Kfr: https://www.brreg.no/person/registrering-av-utovere-av-alternativ-behandling/) :
FORENINGEN TIL SIKRING AV MERVERDIAVGIFTSFRI AKUPUNKTUR
Rådet for legeetikk vil ikke anbefale at vurdering av momsfritak skal tillegges vekt ved vurdering av om en gitt helseutdanning skal gis autorisasjon.

Rådet for legeetikk støtter oppheving av MVA-fritak som foreslått. Rådet mener dette vil bidra til å tydeliggjøre hva som er reelle helsetjenester og hva som er alternativ behandling.
Det må etableres gode ordninger for å kunne etterprøve hvilken del av helsepersonells virksomhet som anses MVA-pliktig.

Rådet for legeetikk har tidligere uttalt støtte til å forby markedsføring av kosmetisk kirurgi og kosmetisk medisin. Rådet mener slike tjenester ikke er egnet til å fremme pasientens helse, og vi støtter derfor bortfall av mva-fritak.

3.3. Bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten og Etablering av behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter

Rådet for legeetikk har behandlet denne høringen i møte 7. oktober og påfølgende mailkorrespondanse.

Bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Helsefaglige arbeidsfellesskap

Forslaget innebærer endring i regulering av taushetsplikt slik at det gis anledning til deling av opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap. Helsepersonell skal kunne utveksle taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap for å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp for andre pasienter.

Rådets vurdering:

Deling av pasientinformasjon mellom helsepersonell i en behandlende enhet er helt avgjørende for god og trygg pasientbehandling. Gode pasientforløp er avhengige av god og tilstrekkelig informasjonsflyt. Slik informasjonsdeling er også nødvendig for å kunne utnytte enhetens samlede kompetanse til beste for den enkelte pasient.

Morgenmøter, røntgenmøter og samarbeidsmøter mellom avdelinger kan være slike arenaer. I primærhelsetjenesten kan lunsjmøter, møter med hjemmesykepleien, DPS og f.eks. helsestasjon være slike arenaer. Lovforslaget regulerer opprettholdelse av god praksis.

Rådet vil samtidig peke på at slik informasjonsdeling kun må gjelde de som har et felles ansvar for pasientgruppen, og at kun relevant informasjon skal kunne deles. Det er samtidig grunn til å peke på at f.eks. ved visittgang på flersengsstuer vil en lett kunne komme i en situasjon der andre pasienter får informasjon.

Opplæring av helsepersonell

For det andre foreslår departementet en ny bestemmelse som skal sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell ved at det gis mulighet til oppslag i pasientjournaler for å finne egnede eksempler til bruk i undervisning.

Rådets vurdering:

Rådet støtter et slikt forslag. Det er nødvendig for å kunne gi god grunn- videre- og etterutdanning. Ettersom det er andre personellgrupper enn leger og tannleger som også underviser, synes det som svært begrensende at det kun er leger og tannleger som skal kunne gjøre oppslag. Rådet foreslår derfor at lovteksten endres slik at «lege eller tannlege» endres til «Helsepersonell».

Oppslag i annen pasients journal

Videre foreslår departementet at det gis mulighet til oppslag i annen pasients journal med den hensikt å fremskaffe informasjon som kan være til nytte i behandlingen av en pasient.

Forslaget lyder:

> *Lege og tannlege virksomheten utpeker kan etter anmodning uten hinder av taushetsplikt tilgjengeliggjøre opplysninger om en pasient til lege eller tannlege for ytelse av helsehjelp til en annen pasient, i en konkret behandlingssituasjon. Det kan bare deles opplysninger som er relevante og nødvendige for ytelse av helsehjelp til den andre pasienten. Virksomheten skal til enhver tid ha en oppdatert liste over personer som er utpekt etter første ledd.*

Rådets vurdering:

Den skisserte ordningen oppfattes som vanskelig å praktisere. Rådet støtter intensjonen om at det av hensyn til personvern og taushetsplikt må lages rammer for hvordan slik informasjon gjøres tilgjengelig, men at fullmakten til å gi opplysninger tillegges leger og tannleger med bestemte funksjoner, f.eks. bakvakt, seksjonsoverlege etc.

Etablering av behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter

Rådets vurdering:

Rådet for legeetikk mener at pasientens rett til personvern ikke er godt nok ivaretatt i Høringsnotatets høringsforslag. Genetisk informasjon er i sin natur svært lett personidentifiserbar. Videre mener Rådet at forslag til avgrensning av hvem som kan få tilgang til opplysningene må med, og vi støtter forslaget fra Helsedirektoratet som lyder: **Helseopplysningene i registeret kan ikke gjøres tilgjengelige for forsikringsselskaper, arbeidsgiver, påtalemyndighet eller domstol, selv om den registrerte samtykker til det.**

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

4.1. Kap I Alminnelige bestemmelser

4.1.1. Klage på psykiater

I brev av 3.7.19 er en psykiater klaget inn for kritikkverdig oppførsel under undersøkelse 2.7.2019. Klagen retter seg mot at han oppførte seg arrogant og stygt, fikk pasienten til å føle seg liten, og at tiltaleformen opplevdes som svært nedlatende.

Rådet vedtok 29.8.2019 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kap. I §§ 1 og 2. Rådet understreket da at man ikke går inn i de medisinskfaglige vurderingene, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk § 4 fjerde ledd.

Legen har i brev mottatt 1.10.2019 og 16.12.2019 forklart sin rolle som sakkyndig psykiater for NAV og gjengitt hvordan undersøkelsene foregikk, slik han husker det. Legen har også lagt ved spesialisterklæringen han utarbeidet for NAV i saken. Klager i saken har i brev mottatt 15.11.2019 gitt uttrykk for at hun reagerer på at denne er sendt inn og mener det er et brudd på taushetsplikten. Her klages det også over innholdet i nevnte erklæring.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale at man registrerer at klager opplevde undersøkelsene som en krenkelse, og ber innklaget ta dette til etterretning. Det vises her til at det i Etiske regler for leger kap I § 2 fremgår at

> *"Pasienten skal behandles med omsorg og respekt."*

Det er ikke mulig for Rådet å ta stilling til hva som er sagt eller gjort i konsultasjonen, og det er derfor ikke grunnlag for å gi kritikk i denne saken. Det understrekes likevel at Rådet registrerer at innklaget i denne konkrete saken er blitt oppfattet som nedlatende og krenkende. Vi ber innklaget derfor reflektere over om pasienter blir møtt på en omsorgs- og respektfull måte.

Rådet tar ikke stilling til de faglige sidene av saken, herunder innholdet i spesialisterklæringen, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 2. Når det gjelder klagen på brudd på taushetsplikten, vises det til reglementet § 8 tredje ledd der det fremgår at;

> *"Klage på lege fra pasient regnes imidlertid som samtykke til at legen kan uttale seg om den konkrete saken, og utlevere opplysninger om pasienten som er nødvendige for å opplyse saken."*

Dersom klager mener at det er oversendt opplysninger utover det som er nødvendig, er rette klageinstans for brudd på taushetsplikt Fylkesmannen.

4.1.2. Klage på lege – forhold til pasientens kone

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage på at en lege hadde innledet et forhold til en pasients ektefelle.

Rådet for legeetikk vedtok 12.6.2019 å ta saken til behandling, jf. Etiske regler for leger kap I §§ 1, 2, 6 og 7.

Legen har uttalt seg i et brev mottatt i februar 2020. Klager har gjennom sin advokat i brev 1.4.2020 kommentert legens uttalelser.

Dette er saken:

Klager/pasienten har en sykdom som gjør at han har behov for sykehusinnleggelse fra tid til annen. Legen er ansatt ved det sykehuset og den avdelingen der han innlegges når det er behov for dette. Legen er nå samboer med pasientens tidligere kone. Legen, pasienten og hans daværende kone møttes første gang i mottaket på sykehuset høsten 2016. Slik Rådet for legeetikk forstår det var det dette møtet som etablerte den sosiale kontakten mellom legen og ekteparet. Legen innledet et romantisk forhold til pasientens daværende kone i 2017. Ved et tilfelle i oktober 2018, da pasienten var innlagt ved avdelingen der legen arbeider, dro legen hjem til pasienten og tilbrakte natten der med hans kone. Pasienten har i sine brev til rådet gitt uttrykk for at han syns det er ubehagelig å risikere å treffe legen når han er på sykehuset. Legen opplyser at han har forklart situasjonen for sine overordnede, og at det er etablert en ordning som skal sikre at pasienten ikke måtte forholde seg til legen ved en eventuell innleggelse.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Rådet forstår det slik at det var lege/pasient-relasjonen som utgjorde starten på det som i første omgang var et vennskap mellom legen og ekteparet, og som så utviklet seg til et romantisk forhold mellom konen og legen. Rådet for legeetikk legger vekt på dette i sin vurdering. Når det er lege/pasient-relasjonen som er utgangspunktet for den sosiale kontakten stiller det noen særlige krav til legens handlinger. Etiske regler for leger kap I § 2 lyder:

> *"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."*

Dette er en helt sentral bestemmelse blant de etiske reglene, og danner grunnlaget for at pasienter skal kunne ha tillit til at legen alltid har deres beste for øyet. Denne tilliten er helt avgjørende for at pasienter skal være villige til å la seg undersøke og fortelle om de mest private forhold, for på den måten gi leger den informasjonen man behøver for å kunne utføre medisinsk arbeid.

Rådet for legeetikk gir kritikk for brudd på § 2. Rådet er av den klare oppfatning at legen ved å inngå i et romantisk forhold til konen til en pasient ikke har ivaretatt pasientens interesse og integritet, og ikke har behandlet ham med omsorg og respekt.

Etiske regler for leger kap I § 7 sier:

> *"En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for."*

Rådet for legeetikk ser med særlig alvor på at legen i oktober 2018 dro hjem til pasienten og tilbrakte natten med hans kone mens pasienten selv var innlagt på sykehuset. Rådet mener legen ved denne handlingen utnyttet pasienten, og gir kritikk for brudd på § 7.

Rådet for legeetikk merker seg at legen har forsøkt å være ryddig ved å forklare situasjonen for sine overordnede på sykehuset og ha fått etablert en ordning som skal sikre at pasienten ikke måtte forholde seg til ham ved en eventuell innleggelse. Man ser positivt på dette forsøket, men vil bemerke at dette ikke retter den feilen han begikk ved innlede et forhold til konen til en pasient.

4.1.3. Rollesammenblanding

Rådet for legeetikk mottok 11.11.2019 en klage på at en lege hadde utnyttet et lege/pasient-relasjon for private formål.

Legen har svart i brev 17.12.2019, som klager har kommentert i brev 17.2.2020.

Dette er saken:
Klager var i 2015 pasient hos legen. I oktober 2019 ringte legen til klager i forbindelse med at legens sønn hadde søkt på en stilling der klager var oppført som kontaktperson. Under denne samtalen refererte legen til at klager tidligere hadde vært hos henne som pasient.
Det fremgår av Etiske regler for leger kap I § 7 at:

> *"En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for."*

Rådet for legeetikk vedtok å uttale:
Rådet for legeetikk mener legen ved å vise til deres lege/pasient-relasjon i denne situasjonen der hennes sønn søker jobb hos klager, utnytter henne. Rådet gir derfor kritikk for brudd på kap I § 7.

4.1.4. Vurdering i asylsak

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage fra NOAS på en lege på hans arbeid som konsulent for UNE i en utlendingssak.

Rådet for legeetikk vedtok 3.2.2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kap I § 1 og 2 og kap IV §§ 3 og 4. Det opplyses i klagen om at det også er sendt klage til Fylkesmannen. Etter Reglement for Rådet for legeetikk § 2 fjerde ledd fremgår det at Rådet som hovedregel ikke behandler saker som er til offentlig administrativ behandling. Bakgrunnen for at klagen likevel ble tatt til behandling er at den både er prinsipielt viktig for Rådet fordi det dreier seg om rollen til rådgivende leger, i tillegg til at Rådet tidligere har hatt til behandling klage på den samme legen.

Dette er saken:
Legen har en konsulentavtale med UNE som rådgivende psykiater. I henhold til UNEs faglige veileder skal rådgivende psykiater gi råd om hvorvidt dokumentasjon i en sak oppfyller kravene i helsepersonelloven med forskrifter, og om de medisinske vurderingene oppfyller kravene i diagnoseverktøyet.

I den konkrete saken som det klages over, mener NOAS at legen har foretatt en form for fjerndiagnostisering av en pasient. Personen hadde fått avslag på asyl, og legen gav råd til UNE i forbindelse med at de skulle avgjøre om vedkommende kunne få innvilget asyl på medisinsk grunnlag. Legen skal ha uttalt i forbindelse med interne muntlige diskusjoner i UNE at selvmordsfaren ikke burde være større utenfor sykehuset enn når han er innlagt der. Det fremgår også at legen skal ha satt spørsmålstegn ved at ikke selvmordsforsøkene var mer problematisert av behandlerne.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Rådet for legeetikk mener det er vanskelig å gi kritikk i denne saken fordi Etiske regler for leger ikke treffer så godt i den typen virksomhet som legen utfører overfor UNE. Legen driver ikke pasientbehandling, og skal heller ikke avgi legeerklæringer.

Rådet for legeetikk vil likevel understreke viktigheten av etisk bevissthet også i den rollen han har i UNE. Det vises her til Etiske regler for leger kapittel I § 1 som sier:

> *"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."*

Rådet vil også påpeke at man i forbindelse med ulike rådgivende uttalelser kan komme til å avgi en legeerklæring, og at dette er noe man må være seg bevisst. Rådet viser her til at Etiske regler for leger i kapittel IV § 1 definerer legeerklæringer som:

> *"(…) en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand."*

Rådet for legeetikk ber legen om å være bevisst på denne grensegangen mellom generelle rådgivende uttalelser og uttalelser som må anses som en legeerklæring. Det stilles i Etiske regler for

leger strenge krav til hva en legeerklæring skal og ikke skal inneholde, og Rådet ber legen gjøre seg kjent med dette.

4.1.5. Uttalelser i TV-program

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage på en leges uttalelser i et TV-program.

Rådet for legeetikk vedtok 3.2.2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kap I §§ 1, 2, 7 og 11. Legen har uttalt seg i saken per epost 28.2.2020.

Dette er saken:
I et TV-program er programlederen på besøk ved en plastikkirurgisk-klinikk . Legen uttaler seg først generelt om skjønnhetsidealer, før han uttaler seg konkret om programlederens utseende opp mot slike skjønnhetsidealer. Legen uttaler blant annet vedrørende nesetippen at "den skal være en fin vinkel på ca 100-105 grader mellom leppen og nesen". I forbindelse med kommentarer knyttet til programleders utseende uttaler han at hun har "begynt å få litte grann bulldogkinn".

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger i kapittel I § 11 sier at:

> "En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål. En lege som avgir uttalelse om medisinske spørsmål til media, bør sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort."

Videre sier kapittel I § 2:

> *"Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. (…)"*

Rådet for legeetikk mener legens utsagn i dette TV-programmet er i strid med Etiske regler for leger kapittel I §§ 2 og 11. Rådet mener hans konkrete angivelser av hvordan en nesetipp bør se ut fremstår som egnet til å skape helseangst. Sammen med bruken av ordet "bulldogkinn" er helhetsinntrykket at uttalelsene ikke fremstår som saklig informasjon. Rådet for legeetikk gir kritikk for brudd på kapittel I §§ 2 og 11.

4.1.6. Klage på fjerndiagnostisering i artikkel

Rådet for legeetikk mottok to klager på en leges uttalelser i en avisartikkel. Rådet for legeetikk vedtok 3.2.2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kapittel I §§ 1, 2 og § 11.

Dette er saken:
Legen har skrevet artikkelen "Nei, X har sannsynligvis ikke borreliose". Legen viser i artikkelen til at X selv har offentliggjort at han har borreliose, og at dette så er omtalt i ulike medier også her til lands. Legen skriver videre om at "kronisk borreliose" nå benyttes som en forklaring på ulike langvarige sykdomstilstander. Han påpeker at "fremstillingen av kronisk borreliose som en vanlig, svært farlig sykdom som er svært vanskelig å teste og behandle og som forklarer en rekke helseproblemer" ikke er dokumentert. Klagerne i saken reagerer på det de oppfatter som fjerndiagnostisering.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Rådet for legeetikk oppfatter legens hovedpoeng til å være at "kronisk borreliose" ikke er dokumentert som diagnose, og at journalister bør være kildekritiske når de omtaler dette. Altså ikke egentlig å diagnostisere X, men å gi uttrykk for at den diagnosen han selv sier han har, og som nå omtales i ulike medier, ikke er godt nok dokumentert gjennom forskning. Det er åpenbart at legens måte å formulere seg på skaper reaksjoner, særlig er overskriften egnet til å provosere. Rådet for legeetikk vil her bemerke at man er klar over at slike overskrifter normalt er noe avisredaksjonen selv formulerer, og ikke noe artikkelforfatteren rår over.

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".*

Rådet for legeetikk ser ikke grunnlag for å gi kritikk i denne saken.

4.1.7. Ikke-møtt-gebyr

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage fra en pasient som reagerte på at hun har mottatt krav om betaling for en legetime hun ikke benyttet. Rådet vedtok i april 2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kapittel I §§ 2 og 8. Legen har uttalt seg i saken i epost 7.5.2020.

Dette er saken:
Klager sendte 4.12.2019 en forespørsel om legetime per SMS til det aktuelle legesenteret v/legen. Kontoret praktiserer "Time samme dag". Torsdag 5.12.2019 mottok hun en SMS med beskjed om at hun hadde fått time samme dag kl 13:30. Denne hadde hun ikke anledning til å møte til, og hun ringte derfor legekontoret og avbestilte. Hun mottok 13.12.2019 faktura for å ikke ha møtt til timen. Legen uttaler i sitt svar til Rådet for legeetikk at pasientene ved å benytte seg av denne SMS-tjenesten "Time samme dag" samtidig godtar vilkåret om at man da må betale for ubenyttet time. Man vil aldri kunne avbestille en slik time innen 24 timer før timen, fordi den gis på kortere frist enn det. Han påpeker videre at dette er i henhold til normaltariffen og at han mener denne praksisen har en oppdragende effekt på pasientene.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Rådet for legeetikk vil innledningsvis bemerke at det fremgår av merknaden i normaltariffen, merknad B2, at pasienten *kan* avkreves konsultasjonshonorar dersom man uteblir fra timen uten varsel eller ikke avbestiller senere enn 24 timer før. Fordi det står "kan" må det utvises skjønn, og her vil de etiske betraktningene spille inn.

Det fremgår av Etiske regler for leger kapittel I § 8:

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

Rådet vil også vise til kapittel I § 7 der det fremgår at:

"En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. (…)"

Legen legger til grunn at pasientene ved å benytte "Time samme dag"-tilbudet godtar vilkåret om at man da uansett forplikter seg til å betale for timen. Rådet vil bemerke at dette ikke fremgår tydelig på deres nettsider. For at man skal kunne si at pasienten godtar dette vilkåret, mener Rådet det som et minimum må fremgå helt tydelig og i direkte tilknytning til det stedet på deres sider der pasientene får informasjon om hvordan de kan bestille time på dagen.

Legen bør merke seg at hans pasienter er sårbare mennesker som han skal hjelpe. Mange av dem har reduserte ferdigheter, mange er eldre og uvant med ny teknologi. En lege bør ikke rigge sine tjenester slik at pasientene uten å forstå det, gjør seg skyldig i brudd som koster dem økonomisk.

Rådet vil påpeke at det kan være mange årsaker til manglende oppmøte, derunder misforståelser, manglende kommunikasjonsferdigheter eller andre forhold pasienten ikke råder over.
Rådet for legeetikk vil også vise til Etiske regler for leger kapittel III om markedsføring der det fremgår av § 1 hvilke opplysninger som kan være med i markedsføring av legetjenester. Det fremgår av annet ledd at:

"Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum."

Som nevnt over er Rådet av den klare oppfatning at legesenterets nettsider ikke har tydelig nok informasjon om at man ved å anmode om time på dagen uansett må betale for timen, og at det i realiteten ikke er mulig å avbestille. Ved å omtale dette tilbudet uten å samtidig tydeliggjøre dette premisset, mener Rådet dette fremstår som uriktig og villedende overfor publikum.
Rådet for legeetikk mener praksisen er i strid med Etiske regler for leger og gir kritikk for dette. Rådet ber om at praksisen endres, for eksempel ved å gi tydelig informasjon om at man ved å anmode om time på dagen samtidig godtar å måtte betale for denne også dersom tidspunktet man blir tildelt ikke skulle passe.

4.1.8. Uttalelser i media

Rådet for legeetikk vedtok 4.12.2019 å gi en lege kritikk for hans uttalelser i et blogginnlegg om X og en bok hun hadde skrevet. Kritikken ble gitt fordi Rådet oppfattet hans uttalelser som fjerndiagnostikk i strid med kapittel I § 1 og at hans uttalelser også var i strid med § 11 fordi det ikke ble oppfattet som saklig informasjon om medisinske spørsmål.

Rådet for legeetikk ble gjort oppmerksom på at den samme legen i et nytt innlegg i en nettavis uttalte seg om Y, presidentkandidat ved valget i USA inneværende år. Legen ble i epost 7.5.2020 oppfordret til å gi uttrykk for hvordan han hadde forholdt seg til vedtaket fra Rådet for legeetikk og i hvilken grad han mente denne teksten om Y kunne sies å være i tråd med Etiske regler for leger. Legen uttalte seg i saken per epost 19.5.2020.

Dette er saken:
Legen har i et innlegg publisert i en nettavis uttalt seg om blant annet Ys mentale helse. Sammenhengen er det forestående presidentvalget i USA. Slik Rådet ser det utgjør legens uttalelser

en fjerndiagnostisering av Y. Legen har i nevnte epost til Rådet gitt uttrykk for at han har tatt kritikken fra Rådet for legeetikk til etterretning og forholdt seg til dette i senere innlegg. Han forklarer at dette konkrete innlegget, er et politisk innlegg der han ble meget engasjert under skrivingen. Han tar selvkritikk for å ha vært for bombastisk i sine uttalelser og omtaler det som en "arbeidsulykke". Videre understreker han at han har laget seg en slags sjekkliste til senere innlegg for på den måten å sikre at han ikke også senere bryter de Etiske regler for leger.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Lege-pasientforholdet er bygget på tillit. Legers adgang til å utdele diagnoser til folk baseres på informert samtykke (gitt at de er kompetente) og ivaretakelse av taushetsplikten. Legers diagnostikk skal fortrinnsvis komme pasienten til nytte, ikke brukes som et våpen mot ham.

Rådet viser til Etiske regler for leger kapittel I §§ 1 og 11 der det fremgår henholdsvis:

> *"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."*

og

> *"En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål. En lege som avgir uttalelse om medisinske spørsmål til media, bør sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort."*

Rådet vil også vise til artikkelen "Fjerndiagnostisering" av Karsten Hytten, tidligere leder av Rådet for legeetikk, publisert i Tidsskrift for den norske legeforening 3. februar 2017[1]. Her konkluderes det blant annet med at:

> *"Det er viktig at leger bruker sin ytringsfrihet og deltar i samfunnsdebatten, blant annet fordi legerollen gir unik innsikt i menneskers livsvilkår. Når enkeltmenneskers helse omtales i offentligheten kreves imidlertid høy etisk bevissthet hos legen. Det er en glidende overgang fra å beskrive personlighetstrekk hos en person til å stille en eksplisitt klinisk diagnose, og leger har i offentlige diskusjoner mer eller mindre solide kilder å basere slike vurderinger på. Som hovedregel skal ikke leger diagnostisere andre mennesker når de ikke opptrer som behandlende lege for dem, eller er oppnevnt som sakkyndige med mandat til å diagnostisere. Etiske regler for leger gir gode føringer på hvordan leger bør opptre i offentlige diskusjoner om enkeltmenneskers helse."*

Rådet for legeetikk gir kritikk for brudd på Etiske regler for leger.

4.1.9. Klage på psykiater

En pasient har i brev av 30.4.2020 klaget til Rådet for legeetikk over måten han ble behandlet av en lege da han var til behandling hos ham.

[1] Tidsskr Nor Legeforen 2017; doi: 10.4045/tidsskr.16.0811 https://tidsskriftet.no/2017/02/medisinsk-etikk/fjerndiagnostisering

Rådet for legeetikk vedtok 29.5.2020 å ta saken til behandling, jf. Etiske regler for leger kapittel I §§ 1 og 2.

Innklaget har svart at han ikke kjenner seg igjen i beskrivelsen av egen fremtoning og hvordan han skal ha ordlagt seg. Dette støttes også opp av beskrivelser fra hans overordnede. Han beklager at møtene med ham opplevdes på denne måten, men de stemmer ikke overens med hans egen opplevelse av dette.

Rådet for legeetikk behandlet saken i sitt møte 28.8.2020 og **vedtok** å uttale at det fremstår som uklart hva som har skjedd, og Rådet driver ikke etterforskning. Forklaringene står svært langt fra hverandre, og det er umulig for Rådet å gjøre seg opp en mening om det som er beskrevet. Rådet for legeetikk vil bemerke at kommunikasjon er en vanskelig kunst. Som lege må man være seg særlig bevisst hvilket inntrykk man etterlater hos sine pasienter. Det fremgår ikke klart hva formålet med kontakten var; behandling eller sakkyndigvurdering. Rådet vil bemerke at i de tilfeller man opptrer som sakkyndig er det særlig viktig å være tydelig på dette overfor pasientene.

4.1.10. Legevakttjeneste på nett

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage på en legevakttjeneste på nett. Han reagerer på at tjenesten uten legebesøk kan foreskrive ulike medikamenter.

Klagen ble vurdert av Rådet for legeetikk per epost 17.6.2020, og man vedtok å ta saken til behandling etter kap I §§ 1, 2 og 9.

Legevakttjenesten har i epost 30.6.2020 svart at de benytter godt kunnskapsgrunnlag for alt arbeid de gjør. De mener det ikke er uetisk å la være å ta behandling dersom de ikke kan hjelpe. De påpeker at det er lettere å avvise en pasient som ikke behøver å betale, og at det på den måten ikke fører til overbehandling.

Rådet for legeetikk behandlet saken i sitt møte 28.8.2020 og **vedtok** å ikke gi kritikk.
Rådet ønsker likevel å bemerke at denne formen for legetjeneste har noen tydelige svakheter som man må være bevisst. Det er lite samhandling mellom lege og pasient, noe som utgjør en risiko ved at man går glipp av den tilleggsfunksjon som interaksjonen gir. Det menneskelige møtet mellom lege og pasient utgjør en sikkerhetsventil som denne tjenesten ikke har.

4.1.11. Bydelsoverlege som ikke svarer

Rådet for legeetikk mottok en klage 18.5.2020 på at en bydelsoverlege ikke har besvart henvendelser fra klager på vegne av hans sønn som bor i et bofelleskap finansiert av bydelen.

Rådet vedtok i august 2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kapittel I §§ 1 og 2.

Innklaget har uttalt seg i brev 7.10.2020 til Rådet for legeetikk. Her fremgår det blant annet at:

> *"Bydelsoverlege i bydel […] er medisinsk-faglig rådgiver overfor bydelsadministrasjonen, smittevernansvarlig kommuneoverlege etter smittevernloven samt ansvarlig for å treffe vedtak*

om tvungen legeundersøkelse ved mistanke om psykisk sykdom etter lov om psykisk helsevern. I bydel […] er ikke bydelsoverlegen i ledergruppen og har ikke ansvar for å følge opp enkeltsaker."

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale at dette ikke dreier seg om legeetikk, men om hvordan kommunen organiserer sin saksbehandling og hvem som har vedtakskompetanse i de ulike situasjonene. Her har altså bydelsoverlegen kun rådgivende rolle. Bydelsoverlegens manglende svar i den konkrete saken skyldes at dette faller utenfor hennes arbeidsområde. Rådet for legeetikk finner ikke at det foreligger brudd på Etiske regler for leger. Rådet merker seg og er enige i det innklagede lege selv uttaler i sitt brev:

"Jeg ser at jeg med fordel kunne ha skrevet et brev til pårørende/verger i denne saken for å redegjøre for min rolle, evt. undertegnet brev fra bydel sammen med ansvarlig leder […] eller jurist […] som svarer på henvendelser i denne saken."

4.1.12. Klage på leges oppførsel i sosiale medier

Rådet for legeetikk hadde 12.9.2020 mottatt en klage på en leges uttalelser på Instagram.

Rådet for legeetikk **vedtok** å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kapittel 1 §§ 1, 2 og 11, og ber ham særlig kommentere uttalelsen:

*"…why would an overweight person that doesn't want to lose weight want a doctor like me.? Ofc they wouldn't. Stay in your unhealthy delusions. We wouldn't want you guys as patients either. *waving hand* Next"*

Legen har i epost 28.10.2020 til Rådet for legeetikk blant annet uttalt at:

"Finnes det noen leger i verden som vil ha en pasient som er samtykkekompetent men ikke behandlings villige? Absolutt ikke den beste pasienten å ha."

Han legger i eposten vekt på at hans uttalelser var faglig riktige, fordi fedme er et helseproblem, og at han derfor bør kunne uttale seg på denne måten i sosiale medier.

Rådet for legeetikk vedtok å gi kritikk for brudd på Etiske regler for leger.

Det fremgår av Etiske regler for leger kapittel I § 1 at:

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.

Videre står det i §2 blant annet at:

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.

Disse bestemmelsene sier noe generelt om hvordan leger bør møte mennesker. Rådet tar ikke stilling til hvorvidt uttalelsene er faglig riktig. Det rådet reagerer på er den holdningen uttalelsene gir uttrykk for.

Som lege bør man møte ethvert menneske med respekt og omsorg. Det å gi uttrykk for at man ikke ønsker enkelte mennesker som pasienter står i skarp kontrast til dette.

Rådet for legeetikk ser svært alvorlig på den typen holdning det her gis uttrykk for. Det gjøres oppmerksom på at det i rådets diskusjon ble satt spørsmålstegn ved om slike holdninger er kompatibelt med å arbeide som lege.

4.2. Kap II Regler om legers forhold til kollegaer og medarbeidere

4.2.1. Vedr leges uttalelse i media

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage fra to leger som reagerte på måten en lege uttalte seg i en nyhetssending.

Morten Horn og Siri Brelin fratrådte ved behandlingen av denne saken.

Rådet for legeetikk vedtok 3.2.2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kap II §§ 1, 2, 4 og 5. Innklagede har i brev 6.3.2020 uttalt seg i saken.

Dette er saken:
Innklagede har uttalt seg i en dokumentar som også er vist i en nyhetssending. Han uttaler seg her om behandlingsmetoden som er brukt overfor en konkret pasient. Klinikken der behandlingen er gitt fremgår ikke av klippet. Innklagede uttaler seg kritisk til metoden som er brukt. Han uttaler seg også om antallet behandlinger som er gitt ved denne klinikken, basert på tall fra Helfo, og gir uttrykk for at han mener antallet er svært høyt.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Rådet for legeetikk registrerer at det er en faglig uenighet som ligger til grunn for denne saken. Denne faglige uenigheten faller utenfor det Rådet for legeetikk har mandat til å uttale seg om, og denne tar man derfor ikke stilling til.

Det er flere bestemmelser i Etiske regler for leger som er relevante å se hen til i denne saken. Det fremgår av kap I § 11 at:

> *"En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål. En lege som avgir uttalelse om medisinske spørsmål til media, bør sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort."*

Etiske regler for leger kap II omhandler forholdet til kollegaer. Her fremgår det av § 2 at:

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

Og av kap II § 4 at:

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

Og av kap II § 5 at:

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

Rådet for legeetikk legger til grunn at bakteppet for denne diskusjonen er en mangeårig uro og diskusjon i fagmiljøet om bruken av en konkret behandlingsmetode. Rådet forstår at innklagede, knyttet til denne problemstillingen, er av en annen faglig oppfatning enn klagerne i saken. Slik Rådet for legeetikk forstår det har denne uenigheten fra innklagedes side vært ytret i ulike fora de senere årene, både gjennom blant annet foredrag og innlegg i Dagens Medisin.

Rådet for legeetikk mener innklagede i sine uttalelser i den konkrete dokumentaren holder debatten på et saklig plan, at han bidrar til saklig opplysning av allmenheten og at det fremstår som at han har pasientenes interesse for øyet. Rådet for legeetikk kan på denne måten ikke se at uttalelsene innebærer noe brudd på Etiske regler for leger.

4.2.2. Messenger-melding

En sykepleier hadde klaget på en lege for omtalen innklagede har gitt av henne i en Messenger-melding sendt til innklagedes partikollega.

Rådet for legeetikk vedtok elektronisk i uke 18 å ta saken til behandling, jf. Etiske regler for leger kap II §§ 1, 4 og 5.

Disse bestemmelsene lyder:

> ***§1***
> *En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem.*
> ***§4***
> *En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye.*
> ***§5***
> *Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan.*

Innklagede har i epost 10.6.2020 uttalt at meldingen var sendt til en enkelt person, og ikke var ment for videre distribusjon eller publisering på noen måte. Videre mener han at innholdet ikke er relevant for hans arbeid som lege. Han påpeker at han oppfatter klagen som politisk motivert, fordi dette omhandler interne forhold i lokalpartiet.

Rådet for legeetikk behandlet saken i sitt møte 28.8.2020 og **vedtok** at man ikke finner grunnlag for å gi kritikk i saken. I vurderingen er det lagt vekt på at en Messenger-melding må anses som en personlig meddelelse. Uttalelsene vurderes derfor ikke som om de var publisert i sosiale medier. Rådet for legeetikk vil likevel påpeke at man også i slik kommunikasjon bør ha en bevissthet rundt omtale av kollegaer og medarbeidere.

4.3. Kap III Markedsføring og annen informasjon om legetjenester

4.3.1. Markedsføring i barnehage

Rådet for legeetikk hadde mottatt en klage fra en lege vedrørende en plakat i en barnehage med markedsføring for "Hjemmelegene". Hun reagerer på at markedsføringen kan fremme helseangst og føre til overforbruk av legetjenester. Medisinskfaglig ansvarlig lege i Hjemmelegene har i svarbrev 7.1.2020 redegjort for at plakaten er basert på en informasjonsplakat til bruk i barnehager fra Oslo kommune helseetaten.

Rådet for legeetikk **vedtok** å gi kritikk etter kapittel III § 1 og § 2

> *"§1*
> *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 legevirksomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.*
> *§2*
> *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."*

Rådet for legeetikk mener hele plakaten er å regne som markedsføring for Hjemmelegene, og at den derfor inneholder informasjon som faller utenfor punktene som står listet opp i kap III § 1. I vurderingen av om et tiltak skal regnes som markedsføring er det det etterlatte inntrykket som er avgjørende. Etter Rådets mening fremstår hele plakaten som markedsføring og bedømmes derfor også som dette. Markedsføringen er også et brudd på § 2 fordi medisinskfaglig ansvarlig lege ikke fremgår av plakaten, slik det skal.

Rådet for legeetikk vil dessuten påpeke at man reagerer på denne bruken av offentlig utarbeidet informasjon. Det at dette er informasjon utarbeidet av Oslo kommune ved Helseetaten gjør ikke i seg selv at informasjonen er grei å bruke i markedsføring. Plakaten, i sin opprinnelige form, har en annen hensikt enn det den nå brukes til, og inntrykket er derfor et annet. Her brukes det til å markedsføre private legetjenester, opprinnelig var dette ment som informasjon til barnehager. Når det på denne måten brukes som markedsføring fremstår det som at informasjonen er egnet til å fordekke at dette er reklame. Rådet antar at barnehager generelt er kritiske til å ta reklame inn i sine lokaler. Når

markedsføringen kobles med offentlig helseinformasjon slik som her, fremstår det som en utilbørlig måte å likevel få barnehagene til å markedsføre tjenestene.

Rådet for legeetikk ber om at denne markedsføringen stanses. Det gjøres oppmerksom på at Rådet for legeetikk også vil informere Helseetaten i Oslo kommune om saken.

4.3.2. Helsetelefonen

Rådet for legeetikk ble oppmerksom på markedsføring av Helsetelefonen, og har på eget initiativ tatt saken til behandling. Rådet reagerer på at markedsføring med overskriften "Bekymret for å bli syk?" dukker opp ved besøk på Worldometer - real time world statistics (worldometers.info) ved informasjonen om utbredelsen av koronaviruset. Videre reagerer Rådet på at det i markedsføringen ikke fremgår hvem som er medisinsk ansvarlig lege.

Rådet for legeetikk vedtok i møte 29.5.2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kapittel III §§ 1 og 2.

Helsetelefonen har i epost 5.8.2020 svart at de har rettet opp slik at medisinsk ansvarlig lege nå fremgår av deres nettsider. De uttaler videre at bakgrunnen for deres reklame som stiller spørsmålet "er du bekymret" er at de har mottatt svært mange telefoner fra personer som er bekymret for korona. De opplever å ha avlastet de kommunale hjelpetelefonene.

Rådet for legeetikk behandlet saken i sitt møte 28.8.2020 og **vedtok** å gi kritikk for markedsføringen på nettsiden "Worldometer". Etiske regler for leger kapittel III § 1 sier blant annet at:

> *"Markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme"*

Rådet for legeetikk legger i sin vurdering vekt på at opplysninger om høye dødstall og stor utbredelse av koronaviruset i verden, skaper og bygger opp under helseangst. Disse opplysningene om utbredelse av viruset i verden er ikke relevant i vurderingen av hvorvidt man har grunn til å være bekymret for smitte i Norge. Ved å koble disse tallene sammen med markedsføring av Helsetelefonen utnyttes folks bekymring på en måte som Rådet for legeetikk anser som spekulativ.

4.3.3. Klage på leges virksomhet

Rådet for legeetikk hadde i løpet av våren 2020 mottatt to klager på Berit Nordstrands virksomhet, fra to leger. Begge reagerer på hennes praksis som de mener er i strid med Etiske regler for leger fordi det hun anbefaler i sin virksomhet savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk praksis. Rådet for legeetikk vedtok å ta saken til behandling i april 2020.

Dette er saken:
Berit Nordstrand utgir bøker med oppskrifter, ernæringsråd og råd om utredning og diagnostisering av kroppslige plager blant annet ved at pasientene oppfordres til å på egen hånd bestille laboratorieprøver. Rådet for legeetikk har sett nærmere på boken Omstart 30 og de helseråd hun gir her.

Innklagede har i brev 3.7.2020 uttalt seg i saken. Nordstrand uttaler at hun er spesialist i klinisk farmakologi og toksikologi, i tillegg til rus- og avhengighetsmedisin, og at hun har lang erfaring knyttet til

kostholds- og livsstilsråd. Hun fremhever at hun ikke driver noen legepraksis eller gir medisinsk behandling, men at hennes virksomhet går ut på å inspirere folk til å spise mat laget av ferske råvarer, og at dette er helsefremmende.

Rådet for legeetikk vedtok i møte 28.8.2020 å sende saken til fagstyret for å få en vurdering fra relevante fagmedisinske foreninger om hvorvidt anbefalingene gitt i boken "Omstart 30" er i tråd med Etiske regler for leger kapittel I § 9 og kapittel III § 1.

Kapittel I § 9 sier:

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

Kapittel III § 1 sier:

> *"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.*
> *(…)"*

Rådet har mottatt uttalelser fra Norsk Gastroenterologisk forening, Norsk barnelegeforening og Norsk forening for allmennmedisin. Utdrag fra deres uttalelser følger under. Særlig Norsk gastroenterologisk forening har vurdert kapittelet Problemløser og litteraturhenvisningene i boka Omstart 30.

Norsk Gastroenterologisk forening konkluderer som følger:
Vurdering av om anbefalingene er i samsvar med etiske regler Kap I §9 og Kap III §1
For å vurdere om anbefalingene i «Omstart30» er i samsvar med etiske regler, har vi stilt og besvart følgende spørsmål:

1. Inneholder teksten opplysninger som savner vitenskapelig grunnlag og/eller ikke reflekterer medisinsk allment akseptert kunnskap/forståelse?

Delvis. Se punkt 1-25 for eksempler på tekst som mangler vitenskapelig grunnlag eller er i strid med medisinsk allment akseptert forståelse. Forfatteren synes å dokumentere mye med referanser, men disse er marginale i omfang og anerkjennelse og implikasjonene trekkes ofte utover forfatternes egen diskusjon av funnene.

2. Inneholder teksten uriktige eller villedende opplysninger?

Ja. Leseren, oftest en sårbar pasient, får klar beskjed om hvordan blant annet funksjonell magetarmsykdom skal utredes og behandles, men det hun beskriver avviker sterkt fra anbefalt praksis i

norske og europeiske guidelines. Det er ikke bare påstander som ikke er bevist, men tvertom påstander som langt på vei er motbevist. Dette gjelder bl.a. verdien av å bestemme IgG mot matvarer, nytten av avføringsprøver for å vurdere dysbiose hos enkeltpasienter, nytten av å se på zonulin ved mistenkt «leaky gut», og tolkningen av pusteprøver for å vurdere bakteriell overvekst i tynntarm. Bakteriell overvekst i tynntarm (SIBO) er en populær modell for å forklare ubehag i magen, men dette er uhyre sjelden i fravær av primære motilitetsforstyrrelser eller tidligere abdominal kirurgi. Det ikke vitenskapelig evidens for at dietten hun anbefaler kan «reparere lekk tarm». Det finnes ingen vitenskapelig validert metode for å endre på tarmpermeabilitet. «Lekk tarm» er ikke en anerkjent sykdomstilstand eller pre-morbid tilstand, og dermed ikke en anerkjent indikasjon for behandling.

3. Setter metodene hun beskriver pasienten i unødig fare?

Kan ikke utelukkes. Kostendringer basert på prøvene hun anbefaler hos Lab1 kan smalne inn pasientenes ofte begrensede kosthold ytterligere uten at endringene er indisert på bakgrunn av anerkjent medisinsk kunnskap, med fare for feil- og underernæring. Hun oppfordrer pasientene til å oppsøke og lytte til «funksjonelle medisinere» for å få en «helhetlig tilnærming» til sine ofte sammensatte helseproblemer, noe vi finner svært uheldig fordi dette i tillegg til å lede til behandlingsopplegg som erfaringsmessig bør frarådes kan komme i veien for den viktige relasjonen til fastlegen og hindre eller forsinke utredning som kunne avdekke behandlingstrengende sykdom. Funksjonell medisin er ikke en anerkjent spesialitet. Pasienter med plager fra mage-tarmtraktus som krever utredning og behandling, skal henvises til gastroenterolog. Hennes råd kan hindre at pasienten kommer under kyndig behandling.

4. Inneholder teksten markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten?

Ja. Hun skremmer leseren med konsekvensene dersom hennes metode ikke følges, bl.a. på s. 276: «(…) kroppen (…) trenger å få slukket en inflammasjonsbrann, og det haster før den sprer seg til andre organer og gir deg flere symptomer og lidelser.» Videre fraskriver hun seg ansvaret og legger ansvaret for å oppnå effekt over på den enkelte pasient, idet hun skriver at «Stress kan hindre gode resultater i OMSTART30-metoden. Hvis du er for pliktoppfyllende (…) kan du ironisk nok få høye skuldre og kjenne på stress…» (s271). Dette utsagnet kan lede til at enkeltpasienter føler skam og skyld over at de ikke oppnår den forventede effekt av dietten. Vi er bekymret for at hun med dette skaper helseangst i stedet for å lindre og hjelpe pasienter som sliter med symptomer. I tillegg skaper hun urealistiske forventinger til at en rekke vanlige plager og tilstander, som ofte kan ha heterogene og komplekse årsaker, kan kureres enkelt med en (hennes) diett. Se vedlegg med ekspertuttalelser fra bl.a. Nasjonalt kompetansesenter for funksjonelle mage-tarmsykdommer og Interessegruppen for IBD.
NGF konkluderer med at deler av Nordstrands anbefalinger i boken «OMSTART30» ikke er i samsvar med etiske regler.

Norsk forening for allmennmedisin konkluderer som følger:
Vurdering om hennes anbefalinger er i samsvar med etiske regler for leger:
Berit Nordstrand driver en kommersiell virksomhet hvor hun i stor grad benytter sin legetittel som faglig alibi for sine påstander. I boka presenterer hun en medisinsk teori hvor hun hevder at riktig type kosthold kan behandle en lang rekke helseplager og diagnoser.
Gjennom markedsføring av bokas innhold mener vi at Nordstrand ikke følger Etiske regler for leger kapittel I, § 9 og kapittel III §.

NFA mener at hun ved å anbefale egendiagnostikk og kostregimer også for barn kan sette pasienten i unødig fare. Vi mener også at hun anbefaler metoder og omtaler diagnoser som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. Vi mener at de medisinske opplysningene ikke reflekterer medisinsk allment aksepterte eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger. Vi mener også at opplysningene både i bøkene og på nettsiden inneholder informasjon som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføringen kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten.

Norsk barnelegeforening konkluderer som følger:
Barnelegeforeningen er bekymret for at Berit Nordstrands råd kan føre til at barn settes på unødvendige restriktive dietter ut fra kriterier og diagnostikk som mangler vitenskapelig grunnlag. De plagene/sykdommene som nevnes er ganske vanlige i barnepopulasjonen, slik at mange kan bli omfattet av disse rådene hvis de følges.

Rådet for legeetikk vedtok å uttale:
Berit Nordstrand utgir bøker med oppskrifter, ernæringsråd og råd om utredning og diagnostisering av kroppslige plager blant annet ved at pasientene oppfordres til å på egen hånd bestille laboratorieprøver. Bøkenes ernæringskapitler og oppskrifter inneholder generelt informasjon som er i tråd med generelle kostholdsanbefalinger. Rådet for legeetikk er positiv til at leger bidrar til å opplyse befolkningen om både ernæring og andre helserelaterte temaer. Det er imidlertid avgjørende at slik opplysning baserer seg på medisinsk allment aksepterte metoder og/eller vitenskapelig dokumentert kunnskap.

Rådet for legeetikk mener det bryter med god legeetikk å la pasienter selv rekvirere prøver. Dette vil øke forbruk av medisinske tjenester, er ikke i tråd med "Kloke valg-strategien" og er egnet til å bidra til sykeliggjøring og helseangst.

Basert på tilbakemeldingene fra de fagmedisinske miljøene vil vi bemerke at det i boka omtales diagnoser som SIBO (Small intestine bacterial overgrowth), Lekk tarm (Leaky gut), skadelig biofilm og økt inflammasjon på en måte som ikke representerer medisinsk allment aksepterte eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. I tillegg beskrives autoimmune sykdommer uheldig og kan bidra til feilinformasjon av pasienter.

Utfra innspillene fra relevant fagmiljø mener rådet at formuleringen «Har du barn og/eller ungdom i huset med helseplager som kan koples til lekk tarm og inflammasjon, bør de følge planen 100%» er særlig uheldig og kan i verste fall bidra til at barnet feilernæres.

Kapittelet «problemløser» anbefaler metoder og omtaler diagnoser som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. Vi mener derfor, basert på vurderingene foretatt av de fagmedisinske foreningene at de medisinske opplysningene ikke reflekterer medisinsk allment aksepterte eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger. Vi mener også at opplysningene både i bøkene og på nettsiden inneholder informasjon som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføringen kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten.

Rådet for legeetikk gir Berit Nordstrand kritikk etter Etiske regler kapittel I § 9 og kapittel III § 1.
Vi ber innklaget merke seg kritikken og innrette framtidig bøker, kurs- og helseopplysning i tråd med allment anerkjent medisinsk kunnskap og metode.

4.3.4. Blodprøvepakker

Rådet for legeetikk hadde blitt oppmerksom på markedsføring av blodprøvepakker på nettsiden Blodsjekk.no. Praksisen går ut på at pasientene selv tar stilling til hvilke pakker med blodprøver de ønsker å ta. Blodprøvene tas altså uten at indikasjon for testing er vurdert av en lege. Rådet for legeetikk vurderte saken i sitt møte 28.8.2020 og vedtok å ta saken til behandling.

Medisinskfaglig ansvarlig lege for Blodsjekk.no har svart Rådet for legeetikk i epost av 18.10.2020 at hun ikke anser det som at firmaet Blodsjekk AS har en praksis som bryter med Etiske regler for leger.

Rådet for legeetikk behandlet saken i sitt møte 2.12.2020 og **vedtok** å uttale:

Det fremgår av Etiske regler for leger kapittel I § 7 at:

> *En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. (…)*

Videre fremgår det av kapittel I § 9 at:

> *En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødig fare, må ikke benyttes. Dersom legen selv ikke behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.*
>
> *Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.*

Metoden som ligger til grunn for konseptet Blodsjekk.no er å be pasientene selv ta stilling til hvilke blodprøver de ønsker å få gjennomført. I vurderingen av om dette er en metode som kan anses som forsvarlig legevirksomhet og om den har grunnlag i vitenskapelige undersøkelser viser rådet til Gjør kloke valg-kampanjen og anbefalingene fra Norsk forening for allmennmedisin. Her fremgår det at man bør unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand. Videre at man bør unngå å bestille prøver uten at indikasjonen for prøven er tydelig og svaret vil ha konsekvens for videre oppfølging og behandling.

Markedsføringen på blodsjekk.no er på den måten i strid med god medisinsk praksis. Det å på denne måten legge til rette for og oppfordre pasienter til å ta ulike blodprøvepakker anses av rådet som å være en økonomisk utnyttelse av pasientene.

Rådet for legeetikk viser også til kapittel III § 1 der det blant annet fremgår:

> *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. (…)*

På nettsiden blodsjekk.no under spørsmål om "hva er positivt og negativt ved å ta en blodsjekk?" står det referert til en rapport publisert i 2012[2] som viste at årlige helsesjekker ikke reduserte antall sykdomstilfeller eller antall dødsfall i befolkning. Til dette kommenteres på siden (Spørsmål og svar: Hva er positivt og negativt ved å ta en blodsjekk – siden lastet 10.12.20):

> *"(…) rapporten baserte seg da på studier av helsekontroller flere tiår tilbake. Og verden har gått framover siden det, så nye og bedre undersøkelses- og behandlingsmetoder kan sannsynligvis øke utbyttet av rutinemessige helsekontroller i dag."*

Rådet for legeetikk vil her bemerke at dette ikke er i tråd med en medisinskfaglig og vitenskapelig tilnærming til forskning. Det fremstår som spekulativt å avfeie denne typen forskning med at man sannsynligvis gjør bedre undersøkelser i dag uten at det legges frem noen forskningsresultater som støtter dette.

Rådet for legeetikk gir kritikk for brudd på Etiske regler for leger kapittel I §§ 7 og 9 og kapittel III § 1. Vi ber om at virksomheten opphører.

4.3.5. Helsesjekk med ultralyd

Rådet for legeetikk hadde blitt oppmerksom på markedsføringen på SjekkHelsen.no. Det tilbys her helsesjekk med ultralyd.

Rådet for legeetikk vedtok 7.10.2020 å ta saken til behandling etter Etiske regler for leger kap I §§ 7, 9 og 12 i tillegg til kap III § 1. Tilbudet fra Sjekk Helsen har store likhetstrekk med tilbudet om helsesjekk med ultralyd fra Austad Diagnostikk som Rådet tidligere har uttalt seg om, og som rådet innhentet faglige vurderinger av fra Norsk radiologisk forening og Norsk forening for hode- og halskirurgi.

Medisinskfaglig ansvarlig lege i Sjekk helsen har i epost 26.11.2020 uttalt at helsekontroll er noe av det de tilbyr og markedsfører via sine nettsider. Det påpekes at Sjekk Helsen vurderer hver pasient individuelt med tanke på videre oppfølging, videre henvisning og videre kontroller av eventuelle funn og alle avgjørelser blir tatt på medisinskfaglig vurdering. Det understrekes at ultralyd er en dokumentert metode for undersøkelse av alle organer som inngår i undersøkelsene utført hos Sjekk Helsen. Flere av undersøkelsene som tilbys er også blitt studert og vurdert som screening-metode.

Det fremgår av kapittel I § 7 at:

> *"En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. (…)"*

Videre fremgår det av kapittel I § 9 at:

> *"En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier. Metoder som setter pasienten i unødig fare, må ikke benyttes. Dersom legen selv ikke*

[2] General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e7191.

behersker en metode, skal han/hun sørge for at pasienten kommer under annen kyndig behandling.

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

Det fremgår av kapittel III § 1:

"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. (…)"

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk viser til at Norsk radiologisk forening har uttalt at:

"NoRaFo mener at ingen bildediagnostikk metode skal brukes for pasientgruppe uten god medisinsk indikasjon."

De uttaler videre:

"Både strålevernforskriften og god radiologisk praksis krever at det skal være en klar indikasjon for undersøkelsen, med bakgrunn i en tydelig klinisk problemstilling og eventuelt en tentativ diagnose. Etablert screening av spesifikke pasientgrupper eller av spesifikke medisinske tilstander, slik som screening av halspulsårer etter gjennomgått cerebralt insult regnes som god radiologisk praksis, men bør utføres etter offentlige retningslinjer. All screening av befolkningen bør foregå etter offentlig anbefalte retningslinjer slik at fordeler og ulemper med undersøkelsene er grundig vurdert på forhånd.

Videre uttalte de:

"(…) omfattende ultralydundersøkelse uten klar klinisk problemstilling eller indikasjon. Dette er å oppfatte som «villscreening». Tilfeldige funn påvist under villscreening kan være opphav til angst, uro, bekymring hos pasienter. Det kan bli nødvendig med videre undersøkelser for å klassifisere funnet nærmere, og dette kan lede til ubehag og komplikasjoner som infeksjon eller blødning hos pasientene. Villscreening av private helseforetak er usolidarisk, fordi det kan lede til økt ressursbruk i den offentlig finansierte helsetjenesten, for å utrede tilfeldige funn eller behandle pasienter med helseangst påført av aggressiv reklame for helsesjekk.

Ukontrollert bruk av bildediagnostikk skaffer høye kostnader for samfunnet og utfordrer pasientsikkerhet mht. unødvendige prosedyrer og stråling.

NoRaFo mener at ingen bildediagnostikk undersøkelse bør uføres uten god medisinsk grunn. Å «avdekke risikofaktorer, symptomer som bør følges opp og å påvise allerede utviklet

sykdom på et tidlig tidspunkt», (…), regnes ikke som allment aksepterte indikasjonsstillinger.

Dette er hentet fra NoRaFos uttalelse rettet mot Austad diagnostikk. Rådet for legeetikk forstår det slik at tilbudet om uspesifikk helsesjekk ved bruk av ultralyd er tilsvarende hos SjekkHelsen.no, og denne faglige vurderingen er derfor relevant.

Sjekk Helsen har i sin uttalelse også skrevet om diagnostiske undersøkelser som gjøres på konkret indikasjon. Rådet for legeetikk vil understreke at det rådet uttaler seg om er den delen av Sjekk Helsens praksis som dreier seg om uspesifikke helsesjekker.

Rådet for legeetikk sendte i desember 2019 en uttalelse til alle leger som var tilknyttet Austad Diagnostikk der det ble redegjort for rådets syn på uspesifikk helsesjekk med ultralyd. Medisinskfaglig ansvarlig lege i Sjekk Helsen var på det tidspunktet tilknyttet Austad Diagnostikk og var blant mottakerne av brevet. Sjekk Helsen AS er registrert i Enhetsregisteret 20.05.2020 der det fremgår at stiftelsesdato var 05.05.2020. Rådet for legeetikk ser med undring, og reagerer, på at man altså var kjent med rådet syn på praksisen før man startet egen bedrift med dette som ett av tilbudene.

Metoden som ligger til grunn for konseptet Helsekontroll med ultralyd og Helsekontroll med ultralyd PLUSS er å be pasientene selv ta stilling til hvilke undersøkelser de ønsker å få gjennomført. I vurderingen av om dette er en metode som kan anses som forsvarlig legevirksomhet og om den har grunnlag i vitenskapelige undersøkelser viser rådet til Gjør kloke valg-kampanjen og anbefalingene fra Norsk forening for allmennmedisin. Her fremgår det at man bør unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand. Videre at man bør unngå å bestille prøver uten at indikasjonen for prøven er tydelig og svaret vil ha konsekvens for videre oppfølging og behandling.

Markedsføringen på sjekkhelsen.no er på den måten i strid med god medisinsk praksis. Det å legge til rette for og oppfordre pasienter til å gjennomføre uspesifikk helsesjekk med ultralyd anses av rådet som å være en økonomisk utnytting av pasientene.

Rådet for legeetikk mener at praksisen med å tilby uspesifikk helsesjekk med ultralyd er i strid med Etiske regler for leger kap I §§ 7 og 9 og kap III § 1, og ber derfor om at Sjekk Helsen stanser med dette.

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

4.4.1. Lege og onkel

Rådet for legeetikk mottok 24.6.2019 en klage på en lege fra dennes eks-svigerinne, som har barn med innklagedes bror. Klager reagerte på at legen hadde skrevet en bekymringsmelding til barnevernet hvor han "i betydelig grad blandet rollen som pårørende til [sin bror] og barna, med sin rolle som helsepersonell". Rådet vedtok i sitt møte 27.8.2019 å ta saken til behandling, og etter begge parter hadde uttalt seg om sitt syn på saken, vedtok Rådet for legeetikk 4.12.2019 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 Etiske 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 Etiske regler for leger kap IV.

Rådet for legeetikk mottok ny henvendelse fra klager 28.1.2020. Legen hadde i en ny bekymringsmelding til barnevernet 2.1.2020 vist til den tidligere bekymringsmeldingen som han mottok kritikk fra Rådet for legeetikk for å ha skrevet. 16.4.2020 informerte klager Rådet for legeetikk om at legen hadde sendt en tredje bekymringsmelding til barnevernet 26.3.2020 der det også var vist til den opprinnelige bekymringsmeldingen underskrevet som lege og onkel.
Legen har i brev til Rådet for legeetikk 6.5.2020 påpekt at han som helsepersonell har en plikt til å melde fra til barnevernet etter helsepersonelloven § 33 og at han i de to siste bekymringsmeldingene har skrevet under som onkel.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:
Rådet for legeetikk mener det er uheldig å vise til bekymringsmeldingen som er underskrevet som lege. Det fremstår med dette som at kritikken fra Rådet for legeetikk ikke er tatt til etterretning, og det gis derfor ny kritikk.

For ordens skyld vil Rådet nevne at det er riktig at man som helsepersonell har en plikt til å melde fra til barnevernet utfra de vilkårene som helsepersonelloven § 33 oppstiller. Det må likevel bemerkes at denne meldeplikten er knyttet til forhold man blir kjent med gjennom sitt arbeid som helsepersonell, ikke som privatperson. Som privatperson har man naturligvis en moralsk forpliktelse, men det er ikke riktig å vise til plikten etter helsepersonelloven i denne sammenheng der legen har kjennskap til forholdene gjennom å være onkel til barnet.