

# **ÅRSBERETNING**

**for**

## **RÅDET FOR LEGETIKK**

**for**

**perioden 1.1. 2011 – 31.12. 2011**

### **Innhold**

**Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden**

**Oppsummering av prinsipielt viktige saker**

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

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

### **Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden**

Etter valg på landsstyremøtet i Bodø i 2009 har Rådet for legeetikk slik sammensetning for perioden 1.1. 2010 - 31.12. 2013:

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

*Varamedlemmer*

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

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt 7 møter og har behandlet 151 saker.

Den islandske legeforeningen arrangerte Nordisk etikkseminar i Keflavik på Island i tidsrommet 31.8. - 2.9. 2011. Fra Rådet for legeetikk deltok 4 medlemmer og sekretæren. I alt deltok ca 35 representanter for de nordiske etikkrådene.

Seminaret behandlet følgende temaer:

**Confidentiality (Norway and Finland), Group work and discussions**

This has been proposed by Norway and Finland, but in somewhat different context:

N: The physicians' roles and duties when weighing the demands of the societies' for information against the duty of confidentiality.

F: Medical/doctor's autonomy in the e-World (e.g. relating to confidentiality between the doctor and patient).

Confidentiality is in the center of the doctor's daily work but is often put to its limits by other forces. N and F will provide presentations for these topics and we will have discussions in groups.

**Violence towards health personnel (Sweden)**

**Organ donation and presumed consent (Denmark)**

**Medical tourism (Iceland)**

**The Nordic Ethics Committees, future collaboration**

I 2011 var det 50 år siden landstyret i Legeforeningen vedtok Etiske regler for leger og opprettet Rådet for legeetikk. I den anledning arrangerte Rådet jubileumsmiddag for tidligere ledere av Rådet og medlemmer de siste 10 årene, Rådets nåværende medlemmer, tidligere sekretariatsansatte, og sekretariatet. Som særskilt inviterte deltok president Hege Gjessing og generalsekretær Geir Riise.

Den 18.11. 2011 arrangerte Rådet jubileumsseminar for inviterte deltakere – i alt 40 - på Askeladdens hus, Soria Moria hotell og konferansesenter.

Seminaret hadde følgende temaer og foredragsholdere:

**Rådet for legeetikk gjennom 50 år. Utvikling av etiske regler og type saker**

Trond Markestad. Leder av Rådet for legeetikk, professor, dr.med., Universitetet i Bergen

**Samsvar og konflikt mellom juss og legenes profesjonsetikk**

Aslak Syse. Professor, dr. juris og cand. med. Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo

**Etikk og forsvarlighet i medisinsk praksis. Erfaringer og synspunkter fra Helsetilsynet**

Lars Hansen. Helsedirektør, dr.med. Statens helsetilsyn

**Paneldebatt**

**Etikkens kår i den medisinske hverdagen. Erfaringer med kliniske etikkomiteer.**

Reidun Førde. Professor, dr.med., Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

### **Etikk og prioriteringer i morgendagens helsevesen**

Inge Lønning. Seniorprofessor, dr. theol., Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo og tidligere stortingsrepresentant

### **Diskusjon**

I forbindelse med jubileumsseminaret hadde leder Trond Markestad utarbeidet en artikkel som beskrev Rådets virksomhet gjennom 50 år og med noen tanker for utviklingen videre. Det var også utarbeidet en oversikt over medlemmene i Rådet gjennom 50 år. Artikkelen og oversikten var inntatt i programmet for jubileumsseminaret.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens president og Bjørn Oscar Hoftvedt i sekretariatet, representert Legeforeningen i World Medical Association.

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

Tidsskrift for Den norske legeforening har i 2010 opprettet en egen spalte for etiske problemstillinger under vignetten ”Medisinsk etikk”. Flere av medlemmene i Rådet har vært bidragsytere gjennom flere artikler i løpet av året - også med utgangspunkt i saker som tidligere har vært behandlet av Rådet.

Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk er lagt ut på temaside om etikk på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no). Også Rådets årsberetninger helt fra 1962 er tilgjengelige på nettsiden.

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

## **Oppsummering av prinsipielt viktige saker**

For hvert år har Rådet for legeetikk behandlet et økende antall saker. I 2011 var det 151 saksnummer mot 109 i 2010. Av de 151 sakene ble 80 ferdigbehandlet. I 13 av disse 80 sakene ble det ikke gjort vedtak fordi de i det alt vesentlige gjaldt medisinsk-faglige forhold, noe Rådet i følge Reglement for Rådet for legeetikk ikke uttaler seg om.

Som tidligere år har Rådet også i 2011 mottatt mange klager på leger fra pasienter som ikke føler seg respektert og godt ivaretatt. I slike saker bygger Rådet alltid sine vedtak på kontradiksjon, og oftest har pasient og lege oppfattet kontakten forskjellig. Sakene viser at det kan være krevende å oppnå god kommunikasjon, og de er en påminnelse om at det må legges stor vekt på kommunikasjon, både i legestudiet og etterutdanning og i refleksjon rundt egen praksis.

Konflikten mellom taushetsplikt og informasjonsplikt har, som i 2010, vært en gjenganger og er belyst i flere av sakene nedenfor. Dette gjelder i forhold til legeerklæringer til forsikringsselskaper, NAV og andre offentlige instanser. Rådet har påpekt dilemmaene overfor Legeforeningen og Helsedirektoratet, ikke minst i forhold til bioteknologiloven. Dette er belyst nærmere i sak 1.1.5. I høringsnotat om utvidelse av nyfødtscreeningen har Rådet pekt på betenkelige sider ved å oppbevare blodprøvene i en forskningsbiobank (se sak 1.3.2), samtidig som Rådet har støttet Kreftregisteret i at forskriften om lagring av informasjon i forbindelse med screeningprogrammet for livmorhalskreft ikke bør være så streng at kvalitetssikringen av programmet svekkes og at kvinner med normale celleprøver ikke kan få påminnelser om å få utført prøver (se sak 1.1.12). Rådet mener også at det bør forventes at hiv-positive pasienter bør ha plikt til å opplyse om sin hiv-status overfor leger som skal utføre prosedyrer som innebærer smittefare og har henvendt seg til Legeforeningen om dette (sak 1.1.4).

Rollen som sakkyndig kan være krevende for leger. Rådet opplever at det kan være vanskelig å skille mellom rollen som behandlende lege og sakkyndig. Dette fremgår av flere av sakene der leger har skrevet legeerklæringer, og særlig er dette belyst i sakene 1.2.3, 1.2.12 og 4.1.10. En viktig sak er om og hvordan leger kan være sakkyndige i konflikter av privat karakter (sak 4.1.13).

Konkurransen om pasienter og ressurser er del av flere saker. Sykehusreformen har skapt konflikter mellom leger og sykehus innen helseforetak. Dette er belyst i sakene 2.1.1. og 2.1.2. Rådet har gitt kritikk til kosmetisk kirurg for å ha foretatt inngrep på unge jenter uten god medisinsk begrunnelse (sak 1.2.7) og til leger som har markedsført tilbud i strid med etiske regler om markedsføring og bruk av metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring (sakene 3.1.2 og 3.1.3). I saker om markedsføring er det grunn til å minne om at leger ikke skal bidra til markedsføring av helsetilbud, selv om de ikke selv har fordel av det (se sak 3.1.3).

Rådet har i en høringsuttalelse påpekt legeetiske betenkeligheter ved å utføre rituell omskjæring på gutter og at dette ikke bør være en offentlig prioritert helsetjeneste. Rådet har likevel ikke gått inn for lovforbud, men påpekt at det bør lovfestes at inngrepet bare skal utføres av lege og med tilfredsstillende bedøvelse (se sak 1.3.2).

Rådet har tatt initiativ til å utarbeide retningslinjer og et formular for å kunne skrive livstestament som er verdinøytralt. I dag tilbys dette gjennom Foreningen Retten til en Verdig Død som arbeider for aktiv dødshjelp. Etter diskusjon har Legeforeningen vedtatt at foreningen ikke ser det som naturlig å ha en rolle i dette, og Rådet har anmodet Helsedirektoratet om å ta på seg oppgaven. Rådet har tilbudt seg å bidra i arbeidet (se sak 1.1.1).

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

### **Kap I Alminnelige bestemmelser**

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

##### **1.1.1 Forslag om endringer i ordningen med livstestament - 11/375**

Rådet har i tidligere møte, og som forberedelse til møte med sentralstyret 15.11. 2010, besluttet å ta opp spørsmålet om en annen eller alternativ ordning med livstestament.

Det var fra sekretariatet fremlagt noen tanker om fremgangsmåte for å få iverksatt en prosess i Legeforeningen om utredning av en ny ordning for livstestament.

Rådet **vedtok** å tilskrive Legeforeningen slik:

#### **Livstestament**

Vi viser til uformell diskusjon mellom sentralstyret og Rådet for legeetikk under vårt felles møte den 15.11. 2010 - om det er hensiktsmessig å bidra til at det lages et formular, veiledning og rutine for å kunne tilby dem som ønsker det, å skrive et livstestament. *Foreningen retten til en verdig død* (FRVD) har i flere år tilbudt "Mitt livstestament". Man må imidlertid være medlem av foreningen for å kunne benytte seg av dette. Dette finner noen vanskelig fordi FRVD har som mål å bidra til at det innføres rett til aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord i Norge. Det må også betales en årlig avgift, noe som sannsynligvis er av mindre betydning.

Flere land har laget skjema og rutiner for å kunne skrive livstestament. Det er store variasjoner i utforming, både i forhold til hva mennesker oppfordres til å skrive, krav til bevitnelse og til sentrale registre. Det er sannsynligvis også forskjeller når det gjelder juridiske forpliktelser.

Rådet for legeetikk opplever at det er et ønske i befolkningen om at det opprettes et verdinøytralt livstestament. Rådets leder, Trond Markestad har hatt uformell diskusjon med divisjonsdirektør Hans Petter Aarseth i Helsedirektoratet, særlig i forhold til om Helsedirektoratet burde stå for dette. Etter diskusjonen i media høsten 2010 var han ikke fremmed for tanken, men direktoratet har vært tilbakeholdende fordi det er uklart hva det vil innebære av praktiske og juridiske forpliktelser. Vi ble derfor enige om at Rådet skulle drøfte dette med Legeforeningen med den tanke at Legeforeningen utformer et forslag som Helsedirektoratet eventuelt kan vurdere å gå inn for.

Rådet for legeetikk mener at Legeforeningen bør lage et formular og en veileder for å skrive et livstestament uavhengig av Helsedirektoratet. Hvorvidt Helsedirektoratet i etterkant eller i løpet av prosessen ønsker å ta del i og ta et endelig ansvar for å gjøre dette til et formelt nasjonalt tilbud kan avklares senere. Dersom Helsedirektoratet ikke ønsker å ta del i dette, vil Rådet foreslå at dette er noe Legeforeningen står for på den måten at det lages et formular og en veileder som alle mennesker kan hente fra Legeforeningens nettsider eller få fra sin lege. Rådet oppfatter at det er en fordel for behandlere leger at mennesker har gitt uttrykk for sin holdning til livsforlengende behandling selv om et slikt dokument ikke skal være juridisk forpliktende, men en veiledning for legene i vanskelige etiske avveininger. Dette er også beskrevet som en fordel i den nasjonale veilederen "Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende". Denne veilederen ble utgitt av Helsedirektoratet, men etter initiativ og betydelig faglig innsats fra Legeforeningen.

Rådet vil foreslå at arbeidet forankres i Legeforeningen og at Legeforeningen oppnevner en gruppe som får som mandat å utarbeide et forslag til formular, veileder og andre rutiner knyttet til et livstestament. Rådets leder kan gjerne lede en slik gruppe om ønskelig. Leger med erfaring fra særlig aktuelle grupper (gamle, kronisk syke, palliativ behandling) og erfaren jurist bør være med. Det er også viktig at et livstestament får legitimitet også utenfor Legeforeningen. I arbeidet er det derfor viktig å få innspill fra andre organisasjoner, slik som Norsk sykepleierforbund og Norsk pasientforening. Andre personer med særlig erfaring, for eksempel prest med erfaring fra palliativ behandling og fagetiker er også aktuelle.

I arbeidet med veilederen "Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende", samarbeidet Legeforeningen med slike instanser i selve utarbeidelsen av dokumentet, noe som ble opplevd som en god modell. Alternativet er at Legeforeningen står for forslaget og inviterer andre til å komme med innspill i form av seminar og/eller høringsuttalelser.

I løpet av arbeidet ser Rådet for seg at det bør arrangeres et dagsseminar med deltagelse av ca 30 personer. Det vil påløpe reisekostnader for de som innkalles eller inviteres særskilt, men det må antas eller forutsettes at et slikt seminar kan avholdes uten at det vil bli fremmet krav om honorar fra andre faggrupper.

#

Sentralstyret vedtok i møte 18.3. 2011 at Legeforeningen ikke skulle engasjere seg videre i utarbeidelse av et verdinøytralt livstestament.

Etter å ha vært i kontakt med Helsedirektoratet, tok leder opp spørsmålet om påny å ta opp spørsmålet om å innføre et nytt verdinøytralt livstestament med Legeforeningen. Rådet vedtok å tilskrive Legeforeningen slik:

#### **Forslag om å rette en henvendelse til Helsedirektoratet om livstestament**

Det vises til diskusjonen om å etablere et verdinøytralt livstestament og tidligere henvendelse til Legeforeningen fra Rådet for legeetikk med spørsmål om Legeforeningen burde utarbeide et formular og veileder. Etter diskusjon i sentralstyret valgte Legeforeningen å ikke ta på seg en slik oppgave.

I dag eksisterer det bare ett formular i Norge. Dette er utgitt og administreres av Foreningen Retten til en verdig død (FRVD). Debatt det siste året har vist at det er et ønske om å etablere et verdinøytralt system for å kunne dokumentere ønsker dersom det er aktuelt å vurdere om livsforlengende behandling kan avsluttes.

Internasjonalt er det mange land som nå har etablert livssynsnøytrale livstestament ("advance directives"). Det er stor variasjon i hvordan slike er utformet, hvem som har utarbeidet dem og hvilken juridisk stilling de har. I World Medical Associations erklæring "WMA declaration on end-of-life medical care", der Legeforeningen har ledet arbeidet, er det en oppfordring om at pasienter bør dokumentere sine ønsker ved avslutning av livet. Dette understreker at det bør opprettes en slik ordning i Norge.

Rådet for legeetikk mener at Helsedirektoratet bør stå for et slikt arbeid. Rådet foreslår at Legeforeningen og Rådet for legeetikk sammen ber Helsedirektoratet om å ta initiativ til utforming av et livstestament. Rådet foreslår at henvendelsen fra Legeforeningen og Rådet for legeetikk gis slik utforming:

### **Utarbeidelse av livstestament**

Det vises til tidligere uformelle samtaler med kst. ass. helsedirektør Hans Petter Aarseth om å utarbeide et formular og veiledning for mennesker som ønsker å dokumentere hva de ønsker av behandling og behandlingsbegrensninger i livets slutfase.

I dag administrerer Foreningen retten til en verdig død (FRVD) et livstestament. For å benytte dette må man være medlem av foreningen. Dette er ikke akseptabelt for mange fordi foreningen har som formål å arbeide for retten til eutanasi/legeassistert selvmord.

Oppslag i media og andre debatter det siste året viser at det sannsynligvis er behov for et verdinøytralt livstestament. Dette er også i tråd med hva som skjer internasjonalt; en rekke land har utarbeidet formularer og veiledere ("advance directives"). Hvem som har utarbeidet og administrerer disse, samt innhold og juridisk implikasjon, varierer også.

Rådet for legeetikk og Legeforeningen har diskutert om Legeforeningen bør utarbeide et formular og veileder for et livstestament, men Legeforeningen har besluttet at det ikke er naturlig for foreningen å ha denne rollen. Legeforeningen innser imidlertid behovet og ser det som naturlig at Helsedirektoratet utarbeider et livstestament. Dette er naturlig i forlengelsen av veilederen "IS-1691 Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende" som ble utgitt i 2009. I veilederen er muligheten for å skrive et livstestament fremhevet som et fornuftig råd. I tillegg har Council i World Medical Association utarbeidet forslag til en erklæring om behandling i livets slutfase ("WMA declaration on end-of-life medical care") som skal fremmes for vedtak i WMA General Assembly i oktober 2011. Den norske legeforening har ledet arbeidet med denne. Erklæringen inneholder en oppfordring til leger om å oppmuntre pasienter til å dokumentere sine ønsker i livets slutfase ("Physicians should encourage their patients to formally document their goals, values and treatment preferences and to appoint a health care proxy with whom the patient can discuss his or her values regarding health care and treatment in advance").

Rådet for legeetikk og Legeforeningen anmoder Helsedirektoratet om å utarbeide et formular og veileder som mennesker kan benytte for å dokumentere ønsker i forbindelse med behandling i livets slutfase. Legeforeningen bidrar gjerne i et slikt arbeid.

Henvendelsen til Legeforeningen ble besvart ved henvisning til at saken var tatt opp i Stortingets spørretime - hvor det ble opplyst at Helsedirektoratet arbeider med saken.

Rådets leder har senere tatt kontakt med Helsedirektoratet for å forvise seg om at arbeidet med å utforme et livstestament vil starte og også tilbudt at Rådet for legeetikk kan bidra i dette arbeidet.

### 1.1.2 Spørsmål om taushetsplikt og sykmelding - 11/346

En bedriftslege ved en statlig bedrift har bedt om råd i forhold til å informere arbeidsgiver om antatt varighet av sykmeldinger. Dette er en bedrift med mye fysisk aktivitet hos de ansatte, og der skader under arbeid vil ha konsekvenser for hele bedriften, og for inntjeningen. Det er behov for innleie av vikarer for den enkelte arbeidstaker i forbindelse med skader, og bedriftslegen uttrykker at han sitter "mellom barken og veden" siden han både skal behandle og sykmelde de ansatte i bedriften samtidig som han er ansatt for å "ivareta bedriftens interesser". Han uttrykker forståelse for arbeidsgiverens behov for forutsigbarhet og legge planer framover, og gir uttrykk for at han gjerne vil være "behjelpelig" med å kunne gi informasjon til ledelsen ved bedriften om arbeidstakerens antatte sykmeldingsperiode.

Rådet for legeetikk **vedtok** følgende uttalelse:

Selv om Rådet for legeetikk etter sitt mandat ikke skal uttale seg om medisinske problemstillinger, er det naturlig å påpeke at ved enhver sykmelding skal sykmeldende lege gjøre en funksjonsvurdering i sykmeldingsblanketten. Legens taushetsplikt er absolutt, og legen har som behandler, ikke anledning til å snakke med bedriftsledelsen uten pasientenes (her arbeidstakernes) samtykke. Rådet viser til Etske regler for leger, kap 1, § 3: *"En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun /han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov."*

Bedriftslegen skriver at han oppfordrer pasienten til selv å informere ledelsen om sykmeldingen. Han skriver også at han både er bekymret for at arbeidstakerne presser seg for langt av redsel for ikke å få flere utfordringer og for hans egen dobbeltrolle. Rådet for legeetikk har forståelse for at en bedrift som den han er bedriftslege for, ser det som hensiktsmessig å ha samme person som bedriftslege og behandler, ikke minst fordi han da kjenner bedriften og de skadene de ansatte kan pådra seg. Likevel er det pasienten som står i sentrum og som han, som lege, har taushetsplikt overfor. Hvorvidt denne (pasienten) vil "presse seg for langt", må være den enkelte arbeidstakers/pasients beslutning ut i fra de medisinske råd han gir som behandler.

Hva angår opplysninger til arbeidsgiver, vil Rådet for legeetikk understreke at det i sykmeldingsblanketten er en egen rubrikk der legen (i samråd med pasienten) har anledning til å uttrykke noe mer enn de framskrevne datoene i sykmeldingen. Ved å bruke denne rubrikken aktivt, mener Rådet for legeetikk at behandlere generelt vil være i posisjon til, i samråd med pasienten, å gi arbeidsgiver den nødvendige og viktige informasjon som arbeidsgiver faktisk også har krav på. Det konkrete svar på bedriftslegens spørsmål er at de svar han ønsker å gi bedriftsledelsen må gis ved bruk av kommunikasjonsfeltet til arbeidsgiver på sykmeldingsblanketten, eller i felles dialogmøter mellom arbeidsgiver, lege og pasient.

For øvrig er nettopp tanken bak fastlegeordningen at hver enkelt person skal ha sin egen lege som han/hun selv velger. Det er en svært lav prosent av befolkningen som ikke har fastlege (0,7 %) i den forstand at de har meldt seg ut av ordningen. Rådet vil gjøre oppmerksom på at også de ansatte i bedriften har rett til å forholde seg til sin fastlege utenfor bedriften, også hva angår skader oppstått i arbeidet. Dette vil i så fall frita bedriftslegen fra sitt dilemma om å "være mellom barken og veden".

### 1.1.3 Utlevering av komplett journal til pasients advokat - 11/574

En lege har bedt om råd fra Rådet for legeetikk om hvordan han skal forholde seg til en forespørsel om å utlevere en pasients komplette legejournal til et advokatfirma. Advokatfirmaet bistår pasienten overfor forsikringsselskapet i forhold til påført yrkesskade/yrkessykdom og arbeidsulykke, og pasienten har gitt advokatfirmaet skriftlig fullmakt til å innhente kopi av journalen.

Legen viser til Legeforeningens høringsuttalelse til NOU 2000:23 der det anbefales at komplett journal bare unntaksvis bør utleveres til forsikringsselskaper, og at opplysninger som hovedregel bør gis som en legeerklæring eller redigert journal. Legen har også anbefalt at det innhentes ny fullmaktserklæring som nærmere presiserer hvilke opplysninger pasienten gir fullmakt til å få innhentet, fra pasienten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har inntrykk av at pasienter ofte signerer fullmakter til advokater og forsikringsselskaper uten å reflektere godt nok over hva en journal egentlig inneholder.

Uansett hva pasienten ønsker utlevert, er legen forpliktet til å vurdere om det er opplysninger i journalen som ikke skal eller bør utleveres, for eksempel opplysninger om andre enn pasienten selv. For øvrig mener Rådet at pasienten kan forlange at kopi av journal utleveres til advokat som er engasjert for å representere pasientens interesser, og for så vidt til andre, jf Etske regler for leger, kap I, § 4 som bl.a. sier at *”Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke.”*. Men Rådet ser det som viktig at legen ved usikkerhet om hvor mye som skal utleveres, kontakter pasienten direkte og problematiserer utlevering av full journal. Legen og pasienten vil da oftest kunne avklare hvorvidt pasienten virkelig ønsker at komplett eller redigert journal utleveres. Denne samtalen bør journalføres, og legen kan så i sitt tilsvarende til advokaten sende avtalt journalutskrift og vise til at dette skjer i samråd med pasienten.

Rådet minner om at en slik løsning ikke må forlede legen til å holde tilbake medisinske opplysninger som har betydning for saken, verken for pasientens advokat eller forsikringsselskap, jf Etske regler for leger, kap IV, § 4: *”Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies.*

Dersom lege og pasient mot formodning skulle være uenige og legen utleverer mer enn det han mener er ønskelig, bør han dokumentere dette i journalen. Rådet er enig med legen i prinsippet om at en konkret sak bare bør belyses ved utlevering av kopi av den delen av en journal som er av betydning for saken eller ved en konkret legeerklæring, jf Etske regler for leger, kap. IV, § 4 som i sin helhet sier: *”En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten”*.

Rådet takker for henvendelsen. Den reiser viktige problemstillinger som også er nyttige å ta opp i undervisning og informasjon til legestudenter og leger.

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

HivNorge har på vegne av et medlem som er hiv-positiv, innklaget en lege ved et privat helseforetak for brudd på Etske regler for leger, kap I, § 2 som sier at *”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt”*, kap I, § 4 for brudd på taushetsplikt og kap I, § 10 som sier at *”En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem”*. Sammen med klagen er det vedlagt en redegjørelse fra medlemmet om kontakten med legen. Saken er belyst ved flere tilsvarende fra partene og ved en juridisk vurdering fra Helsedirektoratet, avgitt på initiativ fra Rådet for legeetikk.

Saken er denne:



Medlemmet var henvist til helseforetaket av sin fastlege med tanke på brystreduksjon. Hun hadde av personvern hensyn bedt fastlegen om ikke å skrive at hun var hiv-positiv i henvisningen fordi hun hadde erfaring med at henvisninger blir lest av flere og at opplysningen derfor kunne spres til uvedkommende. Hun opplyste imidlertid om sin hiv-status på egenerklæringen ved første konsultasjon hos legen. Hennes opplevelse i møtet med innklaget lege var at han først prøvde å avvise henne som pasient, deretter at han bestemte at hun måtte opereres på slutten av dagen av smittevern hensyn. Han ble rasende over at det ikke stod noe om hennes hiv-status i henvisningsskrivet, og illustrerte faren for operatøren ved å fortelle en personlig historie om at han hadde operert en pasient uten å vite at hun var hiv-positiv. Han var pågående for å få vite om fastlegen visste om hennes hiv-status, noe hun ikke ga noe klart svar på. Hun opplevde at innklagete kom med mange sårende utsagn og at han svarte ”*jeg skjønner at du skammer deg*” da hun sa at hun ikke ønsket at opplysning om hennes hiv-status skulle spres til uvedkommende. På operasjonsdagen hilste ikke legen på henne, og da hun senere kom til fastlegen, fikk hun vite at innklagete lege hadde sendt en omfattende redegjørelse om hennes hiv-status til fastlegen.

HivNorge viser til at hiv-positive pasienter ofte opplever negative erfaringer med å fortelle om diagnosen og derfor vegrer seg for det, også når de oppsøker lege. HivNorge påpeker videre at hiv-positive pasienter ikke har noen juridisk plikt til å fortelle om sin hiv-status til noen og at det heller ikke er nødvendig fordi alle prosedyrer i helsevesenet skal ta høyde for mulig blodsmitte. I tillegg er hiv lite smittsomt. HivNorge oppmuntrer likevel hiv-positive til å opplyse om sin status, men det er av hensyn til pasienten selv, ikke helsepersonellet. HivNorge hevder at innklagete lege brøt følgende bestemmelser i Ethiske regler for leger:

- Kap I, § 2, ved at han med sin oppførsel ikke viste tilstrekkelig omsorg og respekt for pasienten under konsultasjonene,
- Kap I, § 4, ved å opplyse om pasientens hiv-status i epikrisen til fastlegen. HivNorge viser i den forbindelse til helselovgivningen som sier at utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kun kan skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten. HivNorge er ikke uenig i at opplysningen kan stå i journalen ved helseforetaket, men mener det må være et minimumskrav at pasienten opplyses om at forholdet blir skrevet i journal og dermed i epikrise.
- Kap I, § 10, ved ikke å være oppdatert om hvor lite smittsom hiv er og hvor stor den psykososiale belastningen ved å ha sykdommen er.

Innklagete lege viser til at journalnotatet, som også ble sendt i kopi til fastlegen som epikrise, bare opplyste om at pasienten var ”...*hiv-positiv uten utvikling av AIDS..... Smitterisiko. OBS operasjonsrutiner*” og at dette var et arbeidsdokument for helsepersonellet som var i direkte kontakt med pasienten. Hans spørsmål om hiv var rutinespørsmål fordi pasienten bare hadde krysset av at hun var hiv-positiv uten å gi noen ytterligere kommentarer i egenerklæringen, og han benekter å ha stilt utilbørlige spørsmål eller kommentarer. Han benekter at han forsøkte å avvise henne fra operasjon ved helseforetaket, men erkjenner at han kanskje antydte at han selv ikke ville gjøre det idet han mener det står ham fritt å nekte. Han utdyper dette senere ved å skrive at han har operert mange med hiv og ikke har noe i mot det, men stiller spørsmål ved om noen kan pålegge ham det. Han erkjenner å ha fortalt historien om pasienten som ikke opplyste om hiv-positiv status, men hensikten var å illustrere betydningen av opplysningen slik at etablerte og aksepterte smittevern rutiner kunne iverksettes; den generelle smittefaren er liten, men ved kirurgiske inngrep og håndtering av infisert biologisk materiale er det en erkjent fare selv om den er relativt liten. I forhold til opplysningene om hiv-status i epikrisen til fastlegen viser innklagete lege til at det var berettiget fordi fastlegen er en del av det medisinske behandlingsteamet og ikke en utenforstående. Dessuten var det mulig at fastlegen også måtte foreta behandlinger knyttet til inngrepet, for eksempel å evakuere puss eller blodansamlinger. Ellers mener han at det er opp til helseforetaket å ha ansvar for utsendelsen av epikrisen; journalnotatet er ment som arbeidsdokument for behandlingsteamet og det er helseforetaket som sender kopi av journalnotatet som epikrise til fastlegen. Ellers fastholder han at han opplever det som mangel på respekt for helsepersonell ikke å opplyse om sin hiv-positivitet slik at helsepersonell kan ta sine forholdsregler.

Rådet for legeetikk har bedt Helsedirektoratet om å klargjøre juridiske sider av saken. Helsedirektoratet viser til smittevernloven § 5-1 og tolker den slik at en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, slik som hiv, er pliktig til å opplyse om dette og hvor smitten kommer fra til lege og motta smitteveiledning for å motvirke at smitten overføres til andre. Opplysningsplikten gjelder imidlertid bare den ene gangen og ikke senere i forbindelse med undersøkelse og behandling av noe slag. Helsedirektoratet mener at pasienten i dette tilfellet heller ikke hadde plikt til å opplyse om sin hiv-status på egenerklæringskjemaet i forkant av operasjonen.

I forhold til om leger har plikt til eller bør informere om at en pasient er hiv-positiv ved henvisning for en behandling som innebærer smitterisiko for helsepersonell, mener Helsedirektoratet at bestemmelsene i Helsepersonelloven § 23, punkt 1-6 og § 25 ikke gir adgang til det dersom pasienten ikke ønsker det. I følge Smittevernloven § 2-2 skal lege så langt det er mulig forsøke å innhente samtykke til å opplyse om smittefare dersom det er overveiende fare for overføring av smitte. Helsedirektoratet anser at denne bestemmelsen ikke er relevant i denne sammenhengen fordi smittefaren er relativt liten. Helsedirektoratet mener at det er opp til pasienten å avgjøre om slik informasjon skal gis.

Med hensyn til om private kirurgiske helseforetak kan reservere seg mot å ta hiv-positive til behandling, mener Helsedirektoratet at private foretak som ikke har avtale med det offentlige, kan velge hvem de tar til behandling. Dersom det private foretaket utfører behandling på vegne av det offentlige helsevesenet gjelder de samme regler som for den offentlige helsetjenesten, dvs at de også plikter å behandle hiv-positive pasienter.

Rådet **vedtok** å uttale:

I følge Etiske regler for leger, kap I, § 2, påligger det legen å vise respekt og omsorg for alle pasienter uavhengig av, for eksempel, pasientens diagnose, livssyn og oppfatninger om egne rettigheter og syn på egen helse. Siden påstand står mot påstand kan ikke Rådet ta konkret stilling til om legens oppførsel var i strid med kap I, § 2 bortsett fra at Rådet anser det uprofesjonelt å trekke fram en privat opplevelse i denne typen konsultasjon. Tilbakemelding fra pasienter om hvordan de oppfatter legers oppførsel er imidlertid en viktig kilde til kritisk refleksjon over egen væremåte.

Rådet konstaterer at Helsedirektoratet er enig i HivNorges tolking at pasienter med hiv ikke har plikt til å opplyse om dette i noen andre situasjoner enn når de selv får vite at de er smittet. Rådet er bekymret for denne tolkingen. Hvorvidt smittefaren er stor eller liten dersom en lege for eksempel stikker seg på kontaminerte instrumenter, er avhengig av øynene som ser. Det som etter Rådets syn er viktig, er at det er en reell smittefare for en meget alvorlig sykdom, men at smitterisiko kan unngås ved særlig aktsomhet og også ved rask medikamentell behandling dersom uhellet skulle være ute. Rådet er enig i at rutinene ved all kirurgisk behandling skal omfatte tiltak for å hindre blodsmitte, men erkjenner samtidig at i en travel klinisk hverdag er det behov for særlig aktsomhet dersom en vet at pasienten er bærer av en alvorlig smittsom sykdom som det er mulig å beskytte seg mot.

Rådet deler Helsedirektoratets prinsipielle syn på at utveksling av informasjon om pasient mellom helsepersonell skal begrenses til det som er nødvendig for behandling og oppfølging. I praksis skjer slik informasjonsutveksling oftest ut fra presumert samtykke. I denne aktuelle situasjonen ba pasienten eksplisitt om at det ikke skulle opplyses om hiv-status i epikrisen. I et slikt tilfelle må legen ta hensyn til pasientens ønske dersom det ikke foreligger særlig vektige grunner. Rådet har forståelse for at innklagete lege så informasjon til fastlegen som nødvendig all den tid det var grunn til å forvente at fastlegen og hans personale ville komme i en situasjon der de måtte stå for kirurgisk behandling etter inngrepet. Rådet stiller seg undrende til at pasienten ikke opplyste at fastlegen visste dette – da ville man ha unngått dilemmaet. Rådet er enig med klager i at informasjon i en epikrise kan spres til uvedkommende, i dette tilfellet gjennom at det kunne bli kjent blant ansatte ved et lokalt legekantor. Dersom innklagete lege så det som vesentlig at fastlegen fikk informasjonen, burde han ha gjort dette på annen måte, for eksempel fått tillatelse til å ringe legen. Innklagete lege mener at det er helseforetakets ansvar at journalnotat sendes ut som epikrise. Rådets oppfatning er at helseforetaket

har et ansvar for å ha rutiner for hvordan og hvilke opplysninger som formidles, men at legen har et selvstendig ansvar for hva som skrives i en epikrise.

Rådet vil ikke gi klager medhold i at innklagete lege har brutt Etske regler for leger, kap I, § 10 om ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Dersom en lege stikker seg på et hiv-infisert instrument er det ingen faglig uenighet om at det foreligger en smittefare. Hvorvidt faren oppfattes som liten eller stor må være opp til den enkelte helsearbeider å vurdere.

Rådet har satt pris på å få behandle denne saken som er av stor prinsipiell betydning. Et vesentlig punkt er hva som bør eller skal forventes av pasienter som er bærere av alvorlige smittsomme sykdommer når det gjelder å informere personer som de kan utsette for smitte, det være seg helsepersonell som skal foreta kirurgiske inngrep, som i dette eksempelet, eller, for eksempel, seksualpartnere. Slik Rådet forstår Helsedirektoratet, er dette ene og alene opp til bærere av sykdommen å avgjøre. Slik Rådet leser siste ledd i § 5-1 i Smittevernloven, er en slik lovforståelse ikke åpenbar da det bl.a. står at den som er bærer av smitte har ”.pliktil til å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir for å motvirke at sykdommen blir overført til andre.”. Rådet mener dette kan tolkes slik at pasienten også har en plikt til å sørge for at andre ikke utsettes unødige for smitte. Rådet vil derfor også be Legeforeningen vurdere andre sider enn de legeetiske i spørsmålet om hva leger bør forvente av opplysninger fra pasienter i slike situasjoner, og eventuelt diskutere det med lovgiver.

#

Rådet **vedtok** å følge opp denne saken ved å tilskrive Legeforeningen slik:

#### **Legers rett til å få oppgitt hiv-status**

Det vises til vedlagte sak som er behandlet i Rådet for legeetikk.

Hiv er en alvorlig smittsom sykdom, og Rådet for legeetikk mener det bør være et rimelig krav at hiv-positive pasienter har en plikt til å opplyse om sin hiv-status når leger skal utføre undersøkelse eller behandling som innebærer risiko for blodsmitte.

Slik Rådet forstår opplysningene fra Helsedirektoratet har ikke hiv-positive pasienter noen plikt til å opplyse om dette. Rådet for legeetikk vil be Legeforeningen vurdere om det er akseptabelt og eventuelt ta dette opp med Helsedirektoratet.

Vedlegg:            Utdrag av protokoll fra møte 2.3. 2011 i sak 32/2011 - Opplysning om  
                          hiv-status før kirurgisk inngrep  
                          Brev av 2.2. 2011 fra Helsedirektoratet

#

Saken er fortsatt til behandling i Legeforeningen.

#### **1.1.5 Opplysninger til forsikringsselskap – taushetsplikt - 11/1707**

Rådets medlem, Anne Mathilde Hanstad har reist spørsmål vedrørende taushetsplikt for opplysninger som gis til forsikringsselskap.

Rådet **vedtok** å tilskrive Legeforeningen slik:

#### **Utforming av legeerklæringer**

De siste årene har Rådet for legeetikk fått mange henvendelser fra forsikringsselskaper og leger om hva en legeerklæring skal, bør eller kan inneholde av opplysninger. Leger opplever dette som vanskelig også i forhold til NAV og andre offentlige instanser.

En spesiell utfordring har oppstått ved at det i økende grad utføres genetiske undersøkelser som ledd i kartlegging av familier i forhold til risikofaktorer for sykdom. Dette kan bl.a. føre til at friske mennesker blir satt på forebyggende medisinsk behandling på grunnlag av slike undersøkelser. Som kjent er det lovstridig å spørre om og oppbevare slik informasjon utenfor helsevesenet, men samtidig skal, for eksempel, forsikringssøker oppgi medisiner de bruker.

Rådet har også problematisert at det ikke er lov å spørre om arvelige forhold eller prediktive *genetiske* tester, samtidig som det rutinemessig spørres om *andre* prediktive tester, dvs tester som bare angir *risiko* for sykdom, for eksempel serumkolesterol. Det er også uklare unntak for å kunne spørre om arvelige sykdommer dersom det er spørsmål om visse typer forsikringer.

Rådet for legeetikk har behandlet spørsmål knyttet til slike legeerklæringer på grunnlag av at forsikringsselskap og leger var uenige om hva som skulle oppgis da en pasient ble satt på medisinsk behandling basert på en prediktiv gentest. Rådet behandlet problemstillingen på et mer prinsipielt plan og ba om uttalelser, både fra Bioteknologinemnda og Helsedirektoratet. Som det fremgår av vedlagt behandling i Rådet for legeetikk, anser Rådet lovverket for mangelfullt, og vi er kjent med at dette oppleves vanskelig for mange leger.

Et annet moment er at fastleger ofte har flere familiemedlemmer og flere generasjoner som pasienter. Slik egenerklæringer og forespørslers til fastleger er utformet, kan det lett skje at leger gir opplysninger om arvelige forhold som bryter med taushetsplikten. Formularene bør derfor ha en utforming og presisering slik at dette unngås.

Rådet for legeetikk vil på disse grunnlag anmode Legeforeningen om å ta et initiativ overfor våre myndigheter for å utarbeide et mer entydig regelverk.

Vedlegg:            Utdrag av protokoll fra Rådets møte 8.9. 2010 - Sak 59/2010 -  
Opplysninger om arvelig disposisjon ved søknad om helseforsikring  
(<http://tidsskriftet.no/article/2104395>) - 08/4723

Brev av 8.10. 2010 fra Helsedirektoratet.

### 1.1.6 Endring av diagnose - 11/1311

En pasient har i brev gjort rede for sin erfaring med leger og spør om det ikke er mulig å få endret eller fjernet diagnoser som stammer fra tidligere legekontakter og som hun opplever som feil.

Hun fikk en skade på jobb. For dette ble hun vurdert av forskjellige leger, og det ble stilt diagnoser om benlengdeforskjell, ødelagte skiver i ryggen og iliosakralledds-syndrom. Hun ble behandlet med trening og korsett uten effekt. Et hovedpoeng var at hun ikke fikk god informasjon eller råd for sin tilstand.

Etter eget initiativ ble hun til slutt henvist til en annen klinikk. Legen der startet på nytt, undersøkte henne grundig og tok seg god tid til å forklare plagene, som var muskulære, og gi henne fornuftige råd om trening for å bli bedre. Disse rådene fulgte hun og merket at hun raskt ble bedre og til slutt frisk. Hun har prøvd å få omgjort diagnosen om skiveforandringene, men uten at institusjonen ville gjøre det fordi skivene på MR var forandret. Hun reagerer på at det ikke er mulig å få strøket diagnoser og spør om det skyldes at leger ikke vil innrømme feil.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet oppfatter at problemstillingen vesentlig dreier seg om medisinsk-faglige forhold, noe Rådet ikke har mandat eller kompetanse til å uttale seg om, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Rådet vil imidlertid påpeke at det i journalen, som er legens arbeidsdokument, settes en diagnose ved hvert besøk ut fra hvordan situasjonen oppfattes, og regelverket er slik at disse ikke skal eller kan fjernes selv om dette kan være mulig i helt spesielle situasjoner. Derimot kan det i senere journalnedtegnelser påpekes at en diagnose ikke lenger er gyldig dersom dette er av stor betydning. Det at det er satt en diagnose betyr altså ikke at denne er varig, men det er nyttig for legen selv og nye leger ved institusjonen, som legen måtte komme i kontakt med, å se hvilke vurderinger som er gjort ved tidligere konsultasjoner.

Rådet har merket seg beskrivelsen av hvordan forskjell i legers måte å møte pasienter på kan ha stor betydning for hvordan en pasient føler seg ivaretatt og for forståelse og takling av egen sykdom. Slike tilbakemeldinger bruker Rådet i holdningsskapende arbeid blant legestudenter og leger.

### **1.1.7 Anmodning om råd i forbindelse med omtale av pasient/lege i et tidsskrift - 11/2248**

En lege har bedt om råd i forbindelse med omtale av behandling av pasient og av legen i et tidsskrift.

Oppslaget i tidsskriftet er en omfattende pasienthistorie hvor pasienten står frem i et omfattende intervju under fullt navn og med en rekke bilder av pasienten. Historien som fortelles er svært detaljert og fremstår som en livshistorie, hvor personlige problemer, redegjørelser om misbruk og behandlingshistorien dominerer. Pasienten er svært kritisk til den behandling hun har fått i helsevesenet.

Legen mener at intervjuet er en svært subjektivt og feilaktig fremstilling av pasientens liv og sykehistorie, og at artikkelen inneholder feil, blant annet en uttalelse som feilaktig sier at "fastlegen hennes konstaterer at hun ikke er syk" - et utsagn som legen ikke kan vedkjenne seg. Særlig reagerer legen på at det gis inntrykk av at legen er intervjuet, bl.a. står det at "Dette bekreftes av fastlegen hennes".

Rådet **vedtok** innledningsvis å uttale at saken i første rekke reiser presseetiske problemstillinger - mer enn legeetiske.

Rådet er bekymret over utviklingen i pressen hvor pasienter med store personlige problemer gis anledning til å brette ut livshistorie og sykehistorie med en detaljrikdom som pasienten senere kan angre er blitt gjort kjent. Det er selvfølgelig umulig å forutse konsekvensene av en slik artikkel, men det er mulig at pasienten i dette og lignende tilfelle burde ha blitt beskyttet mot at deler av egne uttalelser blir trykket.

Rådet vil allikevel ikke anbefale at legen forsøker å beriktige innholdet i artikkelen, heller ikke de meninger som er tillagt legen i artikkelen. Legen kan selvfølgelig ta dette opp med journalisten på prinsipiell basis, men Rådet vil ikke anbefale at legen fremstår i tidsskriftet som pasientens fastlege og kommenterer påstandene som er gitt av pasienten. Som legen selv anfører, vil dette kunne være brudd på taushetsplikten. Dette er ikke til hinder for at legen overfor tidsskriftet/journalisten på generelt grunnlag påpeker hva som legen mener er god presseskikk, og også gir uttrykk for tvilen om slike reportasjer er gunstige for pasienten. Legen kan også klage tidsskriftet/ journalisten inn for Pressens faglige utvalg.

### **1.1.8 Fastlegers reseptutskrivning og honorar - 11/2811**

En pårørende har stilt spørsmål angående praksis for reseptutstedelser og krav om betaling av disse fra hennes mors fastlege.

Moren får ca. hver måned tilsendt regning og fakturagebyr for resepter hun har mottatt. Hun får også ofte purregebyr dersom regningen ikke er betalt innen en viss frist. Moren har hjemmesykepleie to

ganger daglig, og hjemmesykepleien bestiller ny resept hos legen når det er tomt for et legemiddel. Datteren har spurt hvorfor ikke legen kan skrive ut resept for ett år av gangen, men fått beskjed om at han bare skriver resept for tre måneder av gangen, uten annen begrunnelse enn at ”sånn gjør vi det her”. Hun stiller spørsmål ved om legens praksis med å sende regninger med gebyr for hver enkelt resept, og dertil purringer med gebyr, kan betegnes som god legeetikk.

Verken legekantoret eller fastlegen moren bruker, er navngitte i datterens brev. Rådet valgte likevel både å drøfte og besvare henvendelsen uten kontradiksjon.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har forståelse for både klagers og hennes mors frustrasjon. Rådet behandler ikke medisinsk faglige problemstillinger, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd, men vurderer denne henvendelsen som et spørsmål om praktiske rutiner i henhold til Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1, 2 og 8.

Rådet tolker brevet slik at det er hjemmesykepleien som bestiller og håndterer legemidler og resepter for moren. Det er vanlig at det i forbindelse med en slik legemiddelhåndtering foreligger en skriftlig avtale mellom hjemmesykepleien/ fastlegen som medisinsk ansvarlig, og pasienten. Av klagers brev framgår klart at hennes mor er samtykkekompetent, og kan signere en slik tillatelse selv.

Dersom det er inngått en avtale om at hjemmesykepleien ordner med resepter, har legen anledning til å bruke normal-/fastlegetariffens takst 1 f. Denne gir en refusjon på kr 81 fra Helfo. Pasienten belastes da ikke, og en unngår utsending av regninger og purringer.

Teksten under takst 1 f (kap 2 i fastlegetariffen) lyder:

Takst 1 f (kr 81 – refusjon fra Helfo-fastlegetariffen gjeldende tom 30.6. 2011): ”*Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med fysioterapeut, kommunal helse- og sosialtjeneste (pleie- og omsorgstjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste og sosialkontor), bedriftshelsetjeneste eller farmasøyt på apotek i forbindelse med LAR eller multidoserbehandling. Legen må på anmodning oppgi hvem/hvilken instans man har vært i kontakt med.*”

Hvorvidt fastlegen kan skrive ut resept for ett år av gangen, avhenger av hvilken type medikamenter det er tale om, og om hvilke rutiner hjemmesykepleien har. Medikamenter i gruppe A og B (vanedannende medikamenter, sovemedisiner, beroligende, sterke smertestillende, etc) er det ikke lov å forskrive med reiterasjon. For andre legemidler kan ikke Rådet se at det er noe i veien for å skrive resepter som reiteres for ett år, men er kjent med at mange fastleger/hjemmesykepleiere synes dette er komplisert, nettopp fordi det kan øke faren for feilmedisinering om det skjer bytte av medikamenter på veien. Rådet for legeetikk er klar over at dette er et medisinsk-faglig spørsmål som må løses i kommunikasjon mellom den enkelte fastlege og hjemmesykepleien. Ved bruk av takst 1 f hos fastlegen skulle det imidlertid bety lite eller ikke noe for pasienten om hjemmesykepleien bestiller medisiner hver tredje måned.

Rådet finner grunn til å understreke at pasienten naturligvis må møte til avtaler hos legen når dette er nødvendig, og at det ikke kan forutsettes at fastlegen er ”bare reseptutsteder”.

Rådet finner det rimelig å nevne at dersom hjemmesykepleien henter medisin for pasienter på apoteket, sender apoteket regning med gebyr direkte til pasienten; dette ligger utenfor legens ansvarsområde. Rådet er kjent med at takst 1 f har fått den ovenfor siterte tolkningen nettopp for å forebygge problem som den klager reiser. En praksis med bruk av takst 1 f er også enkel og arbeidsbesparende for legen.

Rådet takker for at problemstillingen er reist i det aktuelle brevet, og vil bruke dette som eksempel i undervisning av studenter og turnusleger.

### 1.1.9 Bør en turnuslege medvirke til at en pasient mister førerkortet? - 10/6312

En pasient har innklaget en turnuslege ved et legesenter for måten han ble møtt på og for at turnuslegen "sørget" for at han mistet førerkortet. Saken har vært behandlet av Rådet for legeetikk i møte 1.12. 2010, der det ble besluttet å innlede klagebehandling etter Etske regler for leger kap I, §§ 1 og 2, dog ikke den delen av klagen som retter seg mot legens medisinsk-faglige vurderinger som knytter seg til betingelsene for å opprettholde førerkort, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd.

Saken er denne:

Klager fikk time hos turnuslegen fordi hans fastlege ikke var til stede. I følge klager var hensikten å få forlenget sykemelding. Han beskriver en konsultasjon som han følte var krenkende, bl.a. ved å bli stilt direkte spørsmål om han brukte narkotika og drakk, og gjennom utsagnet "*dersom du ikke kan jobbe, så kan du heller ikke kjøre bil*". Turnuslegen gjennomførte tester for å vurdere omfang av hjerneskade, og dette endte opp med at klager ble vurdert som uskikket til å kjøre bil. Klager mener at en så vidt uerfaren lege, uten å kjenne ham, trakk en urimelig konklusjon og konsekvens om hans evner i forhold til å kunne kjøre bil.

I sitt tilsvarende skriver innklagete lege at legetimen handlet om at klager ønsket uførepensjon på grunn av en hjerneskade etter ulykke i 1990. En planlagt 20 minutters time ble til over 1 time fordi han prøvde å kartlegge funksjonsevnen så ordentlig og rettferdig overfor pasienten som mulig. De nevropsykologiske testene ble utført for å forstå omfanget av hjerneskaden, og mange av testene er relevante i forhold til bilkjøring. Testene ga indikasjon på så vidt betydelig nedsatt funksjonsevne at klager ikke uten videre burde kjøre bil. Han ble henvist til nevropsykologisk undersøkelse, men i mellomtiden ble det ilagt forbud mot å kjøre bil, og det ble sendt melding til fylkesmannen om dette. Innklagete lege bekrefter at han sa at "*hvis du er så hjerneskadet at du ikke kan jobbe som følge av det, så er du sannsynligvis heller ikke skikket til å kjøre bil*", og at han sa "*om du fortsetter å kjøre, så vil det kunne bli en politisak av det*", som svar på at klager sa at han ville kjøre likevel.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvorvidt klager, ut fra innklagete leges undersøkelse, burde vurderes som skikket eller uskikket til å kjøre bil, er en medisinsk-faglig vurdering som Rådet for legeetikk ikke har som mandat å bedømme, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Å medvirke til at en person fratras retten til å kjøre bil, er en plikt leger har i følge lovverket, når de skjønner at personen ikke fyller funksjonskravene for dette. Førerkortet er viktig, både praktisk og for livskvaliteten til mange mennesker, og å bli fratatt det kan være en alvorlig inngripen i et menneskes liv. Dette er imidlertid en plikt som tilligger alle autoriserte leger, også turnusleger, men en turnuslege må stille seg spørsmål om han har tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å ta en så viktig avgjørelse uten å konsultere sin veileder eller pasientens fastlege.

Med hensyn til formål og forløp av konsultasjonen, står påstand delvis mot påstand, og Rådet kan derfor bare vurdere deler av denne. Rådet finner at utsagnet "*hvis du er så hjerneskadet at du ikke kan jobbe som følge av det, så er du sannsynligvis heller ikke skikket til å kjøre bil*" er unødig kategorisk og har forståelse for at slike direkte utsagn kan oppleves nedlatende og sårende.

Kommunikasjon er en vanskelig prosess. Ut over det som er sagt ovenfor, kan ikke Rådet ta konkret stilling til klagen, men Rådet merker seg at innklagete lege beklager at konsultasjonen ble slik at klager opplevde konsultasjonen som et ubehagelig møte. Denne typen tilbakemeldinger fra pasienter er viktige fordi det gir leger anledning til å reflektere over sin egen måte å møte pasienter på. For Rådet er også slike meldinger viktige fordi vi benytter dem i vårt holdningsskapende arbeid blant legestudenter og leger.

### 1.1.10 Forbønn for pasient - 10/6488

En lege har bedt om Rådet for legeetikks syn på at en lege uoppfordret ba for en pasient under en konsultasjon.

Saken er denne:

En pasient kom til denne legen for å undersøke blodsirkulasjonen. Pasienten hadde vært hos annen lege tidligere og fått konstatert svært dårlig blodsirkulasjon. Pasienten fortalte at *”Vedkommende lege spurte om han kunne få lov å be for henne, noe hun ikke turte å si nei til. Legen startet da å be høyt for henne, og etterpå ga han henne et bibelvers med hjem. Hun syntes det hele var svært ubehagelig, følte nesten at hennes siste time var kommet”*. Legen spør om bønn/forbønn hører hjemme i en konsultasjon.

### **Rådet vedtok å uttale:**

I den aktuelle saken hadde pasienten ikke bedt om forbønn. Det var legen som hadde tatt initiativet til dette. Rådet finner dette kritikkverdig med utgangspunkt i to paragrafer i Ethiske regler for leger, kap I, § 2: *”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke”*, og kap I, § 9: *”En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier.... Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring ....”*

Rådet mener at det er invaderende og respektløst å påtvinge en pasient sin tro eller trospraksis i sin gjerning som lege. At en lege tar initiativ til å be for en pasient under konsultasjon, mener Rådet er i strid med Ethiske regler for leger, kap I, § 2. Hvis initiativet til forbønn kommer fra pasienten, vil det imidlertid ikke nødvendigvis være i konflikt med god legeetikk å imøtekomme pasientens ønske. Hvis det å be for en pasient under konsultasjon imidlertid gjøres som et forsøk på behandling av sykdom, vil en slik praksis være i strid med kap I, § 9. Forbønn som behandling savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller medisinsk erfaring.

Rådet mener det generelt er viktig å fange opp og imøtekomme pasienters åndelige behov. Sykdom og død aktiverer ofte eksistensielle spørsmål og trosspørsmål som det er viktig for pasienter å kunne samtale om. Dette er temaer som har sin naturlige plass i et fortrolig lege-pasient-forhold og som skal behandles med varsomhet og respekt. Ofte er det også aktuelt å tilby pasienter samtaler med andre fagpersoner – f.eks. sykehusprest – når slike temaer kommer opp.

### **1.1.11 Funksjonshemmede på anbudsrunder i omsorgsmarkedet - 11/1702**

En lege har innsendt klage på en kommunes (bydels) praksis med å sette pleiebehov for enkeltpasienter ut på anbud. Klager har sammen med andre hjelpeverger rettet henvendelsen til bydelsoverlegen i form av et protestskriv/innsigelse.

Rådet for legeetikk besluttet i møte 3.5. 2011 å ta saken opp til behandling etter Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1, 2 og 12.

Bydelsoverlegen har i e-post bestridt at Rådet kan behandle saken fordi han ikke er en frittstående forvaltningsenhet og fordi helsepersonellfaglig tilsynsmyndighet er Fylkeslegen/Helsetilsynet - ikke Rådet for legeetikk. Tilsvarende argumentasjon for ikke å akseptere behandling i Rådet foreligger i brev av 9.6. 2011 fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i vedkommende kommune.

Rådet **vedtok** å uttale:

Leger har forskjellige roller i samfunnet og er rådgivere for beslutningstakere i mange sammenhenger. I sin rådgivning må leger også ta hensyn til medisinsk etiske og profesjonsetiske forpliktelser. Medlemmene av Den norske legeforening er, uansett stilling og posisjon, forpliktet til å etterleve



Etiske regler for leger og har også plikt til å gi forklaring for Rådet for legeetikk, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 6.

I denne saken har klagerne argumentert for at det er medisinsk-faglig og etisk uforsvarlig å skifte omsorgstilbudet til navngitte pasienter med omfattende funksjonsnedsettelse. Klagerne har gode argumenter for at et slikt skifte kan medføre forverring av sykdom, funksjonsevne og livskvalitet for spesielt utsatte grupper. Etter Rådets syn, er dette et forhold en rådgivende lege, for eksempel en bydelsoverlege, er forpliktet til å ta hensyn til i sin rådgivning overfor besluttede myndigheter. Rådet er enig i at dette i hovedsak dreier seg om medisinsk-faglige spørsmål, noe som det tilligger tilsynsmyndighetene å vurdere, men saken har også en medisinsk etisk side, nemlig avveiningen mellom hensynet til den enkelte pasient og samfunnets økonomi, jf Etiske regler for leger, kap I, §§ 1-2 og kap I, § 12.

Rådgivende legers samtidige forpliktelser i forhold til arbeidsgiver og profesjonsetiske retningslinjer kan være krevende. Rådet er selvfølgelig innforstått med at det ikke er opp til en rådgivende lege å ta beslutninger, men Rådet mener at en rådgivende lege også er forpliktet til, etter beste evne, å være tydelig på hvordan han/hun vurderer de medisinske etiske sidene i sin rådgivning som er en del av beslutningsgrunnlaget. Dette var begrunnelsen for å rette henvendelsen til bydelsoverlegen, og Rådet er kritisk til at bydelsoverlegen ikke er villig til å gi noen betraktninger om rådgiverrollen.

### **1.1.12 Informasjon om bruk av personopplysninger i Kreftregisteret i forbindelse med normale prøver fra livmorhalsen - 11/5446**

Rådets medlem Anne Mathilde Hanstad har i e-post av 25.9. 2011 bedt om at Rådet vurderer Kreftregisterets brev av september 2011 om bruk av personopplysninger i Kreftregisteret i forbindelse med normale prøver fra livmorhalsen, spesielt med hensyn til at Kreftregisteret i brevet presiserer at til de som reserverer seg mot registrering av normale prøver ”ikke lenger vil sende deg som er mellom 25 og 69 år en påminnelse om at det er tid for å ta ny prøve.”.

Saken er også reist av Yngre legers forening overfor Kreftregisteret og har vært gjenstand for oppslag i Dagens Medisin.

Rådet **vedtok** å tilskrive Kreftregisteret med anmodning om å få opplyst grunnlaget for sanksjoneringen mot de kvinner som benytter seg av retten til å reservere seg mot registrering av normale prøver.

Kreftregisterets direktør, Giske Ursin, har i møte med Rådets leder og i brev datert 9.11. 2011 redegjort nærmere for begrunnelsen for skrevet. Det er pekt på at rutinene som har vært fulgt til nå, ikke har vært i samsvar med forskriftene og at forutsetningen om at legene som tar prøven skal sørge for samtykke, ikke har fungert tilfredsstillende. Det ble også påpekt at det var nødvendig å informere kvinnene om dette, samt at det av tekniske grunner ikke er mulig å sende påminnelser til aktuelle kvinner ut fra de krav som stilles i forhold til forskriften, med mindre det foreligger aktivt samtykke. Kreftregisteret har også pekt på at en endring i forskrift er nødvendig for å kvalitetssikre screeningprogrammet på tilfredsstillende måte.

Rådet **vedtok** deretter å tilskrive Kreftregisteret slik:

Rådet har forståelse for det dilemma Kreftregisteret opplever i forhold til screeningprogrammet og for behovet for å sende informasjonsskrivet til de kvinnene denne saken gjelder. Rådet støtter Kreftregisteret i at det er nødvendig å finne fram til en forskrift som både gir god kvalitetssikring av screeningprogrammet, tillater god forskning på denne viktige krefttypen og som også muliggjør rutinemessig påminnelse til kvinnene om at de bør få tatt celleprøve. Rådet imøteser gjerne å være høringsinstans for et slikt forslag.

Med hensyn til det nevnte informasjonsskrivet vil Rådet peke på at det har en form og ordbruk som gjør det vanskelig å lese og forstå, noe som sannsynligvis har bidratt til feiltolkninger og misforståelser. Dette viser hvor viktig det er å kvalitetssikre informasjonsskriv ved å teste ut hvordan de leses og oppfattes av mottakere med forskjellig bakgrunn. Særlig er det uheldig at ”vil” er brukt som hjelpeverb i den gjengitte setningen. Mange har tydeligvis oppfattet dette som en trussel og ikke som en konstatering av at det ikke er mulig å sende en påminnelse uten samtykke slik regelverket nå er.

### 1.1.13 Spørsmål om rett og plikt til å yte helsehjelp til kriminelle vaneforbrytere - 11/5574

En overlege har spurt om råd fra Rådet for legeetikk om hvordan han bør forholde seg til pasienter som er notoriske lovbrøyttere. Han viser til en spesiell utsatt gruppe som han har omsorg for, og særlig til en konkret pasient som han forskriver potensielt vanedannende smertestillende legemidler til pga en varig smertetilstand. Behandlingen var instituert ved en smerteklinikk i utlandet. Denne spesielle pasienten ble tatt for å selge slike reseptpliktige legemidler til andre. Angivelig var dette tabletter som han hadde kjøpt opp fra andre og ikke tabletter han selv hadde fått resept på fra sin lege.

Slik Rådet forstår henvendelsen har legen fortsatt å skrive ut vanedannende tabletter til pasienten fordi han mente at han hadde behov for disse og fordi han mente at pasienten ikke solgte disse videre. Helsetilsynet har imidlertid en annen oppfatning og skriver at *”Å fortsette forskrivning til tross for ovennevnte kunnskap [om salg av medikamenter] anser Statens helsetilsyn for å være et grovt avvik fra forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven paragraf 4”*. Overlegen mener at pasienten vil fortsette sin kriminelle virksomhet på forskjellige måter og spør om Rådets anbefaling i forhold til fortsatt å akseptere ham som pasient og i forhold til å forskrive potensielt vanedannende smertestillende medisiner til tross for helsetilsynets vurdering.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil presisere at alle har samme rett på forsvarlig medisinsk behandling og oppfølging uavhengig av om de er kriminelle eller ikke, jf de generelle bestemmelsene i Etiske regler for leger, kap I, særlig §§ 1 og 2. Rådet vil derfor gi honnør til overlegen fordi han ser det som en viktig oppgave å møte mennesker med en kriminell atferd fordomsfritt i forhold til medisinske behov. Rådet er imidlertid enig med helsetilsynet i at det å selge vanedannende legemidler er en så alvorlig kriminalitet og et så alvorlig tillitsbrudd overfor sin forskrivende lege at legen ikke bør fortsette forskrivningen med mindre det er meget overbevisende medisinske grunner for dette og det er etablert en avtale der også andre ansvarlige instanser er involvert for å sikre at videresalg ikke kan skje.

### 1.1.14 Spørsmål om å ta bilder av medisinske tilstander på mobiltelefon - 11/6372

Leder av Rådet for sykepleieetikk har per telefon og i oversendelse per e-post den 1.12. 2011 spurt Rådet for legeetikk om hvordan Rådet ser på bruk av mobiltelefon i arbeidssituasjon, særlig i forhold til å ta bilder av medisinske tilstander. Bakgrunnen for henvendelsen er at Rådet for sykepleieetikk har fått en henvendelse om det er tillatelig at sykepleierstudenter tar bilder av sår, brudd og lignende på privat mobiltelefon.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil oppfordre arbeidsgivere til å utarbeide retningslinjer for bruk av mobiltelefon på arbeidstedet. Mobiltelefon virker forstyrrende, kan innebære en hygienisk risiko og kan ha juridiske aspekter. Derfor bør ikke helsepersonell eller studenter bære mobiltelefon under arbeidet, men oppbevare den på egnet sted og begrense eventuell bruk til pauser.

For en del helsepersonell kan det være viktig å være tilgjengelig på mobiltelefon, men under direkte pasientkontakt bør telefonen være avslått. Om nødvendig bør vedkommende i slike situasjoner sørge for at beskjeder mottas av andre.

Bilder av medisinske tilstander, for eksempel utslett og sår, kan være viktig medisinsk dokumentasjon, som da oppbevares i pasientens journal, og for bruk i undervisning. Arbeidsgiver bør utarbeide retningslinjer for hvem og under hvilke forutsetninger slike bilder kan tas, for eksempel i forhold til krav til samtykke og oppbevaring. Studenter bør ikke ha anledning til å ta bilder med mindre det er gitt et konkret unntak fra leder ved institusjonen.

Rådet for legeetikk mener at det uansett er uakseptabelt å ta bilder med privat mobiltelefon, selv om en pasient gir samtykke og bildet ikke uten videre kan knyttes til en pasient. Et bilde på mobiltelefon kan lett distribueres vidt, også utilsiktet ved uhell, og det kan være umulig å garantere at et bilde ikke direkte eller indirekte vil kunne knyttes til en pasient. Asymmetrien i en behandler-pasientrelasjon gjør at det kan være tvil om et avgitt samtykke reelt sett er fritt. Det må derfor alltid utvises stor grad av varsomhet og takt når det bes om samtykke. Denne underliggende asymmetrien og utryggheten, følt eller reelt, knyttet til lagring, bruk og distribusjon av bilder på mobiltelefon, bidrar til at Rådet ser det som uakseptabelt å spørre pasienter om å få ta bilder med mobiltelefon, selv om det er usannsynlig at bildet kan knyttes til pasienten.

## 1.2 Pasienters klager på leger

### 1.2.1 Klage på lege – mangelfull oppfølging og dårlig oppførsel - 10/3681

En pasient har innklaget en øyelege for mangelfull behandling og oppfølging, og dårlig oppførsel. Rådet vedtok å ta saken til klagebehandling etter Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.

Klager er 77 år og har fra barndommen hatt en progressiv øyesykdom som har medført sterkt nedsatt syn og smerter. Etter tidligere kontakt med andre øyeleger ble hun i 1998-99 henvist til en øyeavdeling og, i alle fall etter egen oppfatning, konkret til innklagete øyelege. I sin klage forteller klager at innklagete lege ble sint da det ikke passet for klager å bli innlagt for behandling den dagen hun møtte til konsultasjon første gang. Ved senere kontakt hevder klager at innklagete lege nektet å bistå i behandlingen, at hun ikke hilste og snakket forbi henne til underordnet lege under konsultasjon, og at hun overså henne da hun var uenig i hvilket øye som burde behandles. Ved siste kontakt med øyeavdelingen hadde klager bare kontakt med en annen lege, som etter en tid kom tilbake etter å ha snakket med innklagete lege og sa at hun bare kunne reise hjem med det samme siden hun ikke ville opereres på det øyet innklagete lege hadde foreslått. Klager følte seg respektløst behandlet, bl.a. fordi hun hadde reist 40 mil for å få behandlingen som hun forventet å få.

I sitt tilsvarende beskriver innklagete lege sin oppfatning av det medisinske problemet, avdelingens rutiner i forhold til pasienter og sin egen rolle i forhold til kolleger ved undersøkelser og behandlinger. Det er vanlig at andre leger har det primære ansvaret for kontakten med pasienten mens hun etter behov blir tilkalt for å hjelpe til med vurderinger og spesielle behandlinger. Hun utdyper den siste episoden da hun ble kontaktet av den underordnede legen som skulle skrive journal på ettermiddagen. Hun fikk da beskjed fra denne legen om at pasienten ikke ville opereres og at hun da svarte at hun ikke ville operere pasienten mot hennes vilje. Hun tilbød seg å komme og snakke med klager, men fikk beskjed fra legen at det ikke var nødvendig. Innklagete lege sier seg lei for at hun ble oppfattet så negativt og tilbyr klager en time for å snakke om dette.

Klagen er utdypet i nytt brev fra klager, og i et nytt tilsvarende understreker innklagete lege at hun er lei seg for at hun ble oppfattet slik, men ser heller ikke hva hun mer kan gjøre for å rette opp det dårlige inntrykket all den tid klager ikke ønsker å møte henne.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har ikke som mandat å uttale seg om de medisinsk-faglige vurderingene som ble gjort, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

Innklagete lege beskriver sin rolle slik det er vanlig i store sykehusavdelinger, og i sær universitetsavdelinger med mange ansatte leger, nemlig at underordnede leger har ansvar for den nære pasientkontakten mens de erfarne spesialistene bistår med vurderinger etter behov og selv utfører spesielle oppgaver. Det er derfor vanlig at pasienten ikke har eller har begrenset kontakt med den legen som har det formelle ansvaret for å gi pasienten time og for undersøkelsene og behandlingen som blir foretatt i avdelingen.

Det er lett å forstå klagers frustrasjon, som etter Rådets oppfatning i stor grad skyldes uklare rolleforståelser. Her har avdelingen et ansvar ved at informasjon og kommunikasjonen har vært mangelfull. Rådet merker seg at innklagete lege sier seg oppriktig lei seg for at hun ble oppfattet så negativt og at hun tilbyr å komme klager i møte.

Kommunikasjon i en travel sykehusavdeling med mange involverte er ofte utfordrende. Det er derfor viktig med tilbakemeldinger, slik som i dette tilfellet fra klager, for at helsepersonell kan ta lærdom av hvordan de oppfattes og for at rutiner kan forbedres. Rådet for legeetikk setter også pris på slike tilbakemeldinger fordi vi benytter dem i undervisning og holdningsskapende arbeid blant legestudenter og leger.

### 1.2.2 Klage på lege – oppførsel overfor døende pasient og pårørende - 10/4660

En pårørende til en pasient har innklaget et sykehus og en ansatt lege til Rådet for legeetikk for hvordan respiratorbehandling ble avsluttet på hennes mann og hvordan pårørende ble tatt i mot og informert på sykehuset.

Rådet besluttet å innlede klagebehandling overfor legen etter Ethiske regler for leger, kap I, § 2. Rådet behandler kun klager på medlemmer av Den norske legeförening og ikke sykehus eller andre institusjoner.

Rådet har fått tilgang på journalnotat skrevet av innklagete lege etter at mannen døde, og håndskrevne sykepleiernotater og notat fra annen lege enn innklagete fra den natten mannen var innlagt. Redegjørelsene er kommentert av klager og med dette brevet er det lagt ved en redegjørelse fra klagers datter som også var tilstede.

Saken er denne:

Klagers ektemann hadde en sammensatt sykehistorie og ble nå innlagt akutt i forbindelse med forverring av sykdomsbildet. Av konen ble han likevel oppfattet som å være i relativt god form da han ble hentet av ambulanse. Klager skriver at hun ringte flere ganger til sykehuset ut over kvelden og natten etter at mannen var innlagt, men ingen kunne si hvor han var. Ut på natten ble hun oppringt fra intensivavdelingen og spurt om hvilken mening hun hadde om å legge ham på respirator. Da klager og datter kom til sykehuset ble de i stor grad overlatt til seg selv ved mannens seng før innklagete lege kom og sa ”Nei nå slår vi bare av her”. De skjønte først etterpå at det var respirator som ble slått av. Klager mener at det ble gjort medisinske feil i tillegg til at informasjon og omsorg var mangelfull, bl.a. mener hun at mannen skulle ha vært overført sentralsykehuset.

Innklagete lege redegjør i sine brev for mannens medisinske tilstand og gir en annen beskrivelse av hendelsesforløpet før respiratorbehandlingen ble avsluttet, bl.a. at familien ble tatt med til et annet rom og fikk informasjon der og at informasjon ble gitt underveis. Hun hevder videre at det var monitor og ikke respirator som ble slått av, og at respirator først ble slått av etter at hjertet hadde sluttet å slå.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk behandler ikke medisinsk-faglige spørsmål, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd, men vil likevel bemerke at ut fra de håndskrevne sykepleiernotatene og håndskrevet notat av annen lege enn innklagete som er skrevet i løpet av natten, var det nødvendig å starte

respiratorbehandling, og i alle fall de siste 4 timene var det ikke medisinsk mulig å overflytte ham til annet sykehus. Ut fra disse notatene anser Rådet at det var riktig å avslutte respiratorbehandlingen da videre behandling åpenbart var hensiktsløs.

Ut fra dokumentasjonen kan Rådet heller ikke se at det ble gjort noen formelle feil omkring beslutningen om å avslutte respiratorbehandlingen. Spørsmålet er om dette ble gjort på en tilstrekkelig hensynsfull måte overfor de pårørende. Det vises til Etiske regler for leger, kap I, § 2 som bl.a. sier ”*Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt*”. I dette tilfellet anser Rådet at denne bestemmelsen både gjelder i forhold til pasienten og hans pårørende.

Rådet for legeetikk driver ikke etterforskning, men behandler klagesaker ut i fra de opplysninger som partene selv gir til Rådet. I forhold til hva som ble sagt og avtalt mellom klager og innklagete lege står påstand mot påstand. Rådet kan derfor ikke ta konkret standpunkt i saken. Situasjonen for mannen var åpenbart svært ustabil og kritisk, og da kan formidling av informasjon til pårørende være krevende, bl.a. fordi oppfatninger og mål med behandlingen raskt kan endre seg. Dette er likevel situasjoner som helsepersonell skal ha gode rutiner for å takle, og det er beklagelig at klager og hennes datter opplevde møtet med sykehuset og klager så negativt. Det er viktig at pårørende gir tilbakemeldinger til helsevesenet om negative opplevelser; det er på den måten helsepersonell kan reflektere over egne rutiner og måter å opptre på. Rådet for legeetikk setter også pris på å få høre om pasienters og pårørendes møter med helsevesenet fordi det er viktig i vårt holdningsskapende arbeid blant leger og legestudenter.

### **1.2.3 Klage på lege – inhabilitet - 10/614**

En pasient har innklaget en lege for inhabilitet ved utarbeidelse av legeerklæring i forbindelse med oppnevning av hjelpeverge og for at legeerklæringen ikke oppfyller kravet om å være objektiv og nøytral. Pasienten klager også over at legen satte psykiatiske diagnoser på ham og informerte søstrene om klagers sykdom, at legen tok kontroll over informasjon fra sykehuset om morens sykdom og at legen ringte en bekymringsmelding om klager til klagers fastlege.

Rådet besluttet å ta saken opp til klagebehandling, og Rådet har fått uttalelser fra begge parter, kopi av korrespondanse mellom partene og av korrespondanse mellom partene og Helsetilsynet i fylket, samt avgjørelse fra Helsetilsynet som gir klager medhold i at legeerklæringen ikke oppfyller helsepersonellovens krav om objektivitet og nøytralitet.

Saken er denne:

Innklagete lege ber i en legeerklæring til overformynderiet i X kommune om at det oppnevnes hjelpeverge for klagers mor. I legeerklæringen skriver han bl.a. om konflikter i familien og at grunnlaget for legeerklæringen er at moren føler at klager presser henne for penger. Legen skriver at to av døtrene er til stede ved konsultasjonen som fører til legeerklæringen og at broren ikke var informert. I forhold til berettigelsen for erklæringen skriver innklagete lege bl.a. at ”De andre barna reagerer etter min mening med rette” [på at broren presser moren for penger]. Han understreker at pasienten selv ønsker hjelpeverge og at hun ikke er dement.

Klager skriver om hvordan innklagete lege på mange måter har involvert seg i familiekonflikten på døtrenes side som anført ovenfor.

Innklagete lege viser i sitt tilsvarende svar til klagen at han etter første legeerklæringen til overformynderiet sendte en revidert og moderert versjon og at han etter vedtaket i Helsetilsynet ba overformynderiet om å makulere legeerklæringene. Han viser videre til at klager og innklagete lege aldri har hatt et lege-pasient-forhold. Han innrømmer å ha gitt en bekymringsmelding til klagers fastlege etter at klager hadde sendt flere sjikanøse mailer til sin søster, men at kontakten med klagers lege var ment som en ren informasjon om en uheldig familiesituasjon.

I saksdokumentene avdekkes det en langvarig familiekonflikt mellom klager og hans tre søstre, vesentlig i forhold til økonomi, og etter hvert mellom klager og innklagete lege. Grunnen til at det stilles spørsmål ved legens habilitet, er at denne også etter hvert utviklet et kjæresteforhold til en av klagers søstre, men først etter at den aktuelle legeerklæringen ble skrevet.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger, kapittel IV handler om krav til lege som utsteder attester og andre legeerklæringer. Kap IV, § 1 viser til at en legeerklæring er en uttalelse ”..angående en persons helsetilstand”, § 2 til at ”En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet” og § 4 til at ”En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. ...Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går ut over formålet.”

Rådet for legeetikk mener at legeerklæringen ikke oppfyller noen av disse kravene. Innholdet går langt ut over formålet, bl.a. ved å omtale og ta stilling til familiekonflikten. Selv om innklagete lege og den ene av døtrene ikke hadde et kjærlighetsforhold da legeerklæringen ble skrevet, mener Rådet at det kan stilles spørsmål ved legens habilitet, slik dette er definert i Etiske regler for leger, all den tid konsultasjonen som førte til legeerklæringen, ble gjort med døtrene til stede, selv om moren ikke var dement og ble vurdert som samtykkekompetent, og ved at legen klart støttet døtrenes oppfatning av konflikten.

Rådet for legeetikk stiller seg også tvilende til at legen har ”...saklig grunnlag for å utstede erklæringen...” (Etiske regler for leger, kap 4, § 2). I så fall burde erklæringen være begrenset til å vurdere morens samtykkekompetanse.

Med hensyn til de andre klagen, mener Rådet det var unødvendig, og misbruk av legerollen å sende bekymringsmelding om en person som ikke er legens egen pasient til denne personens fastlege. En lege bør ikke være budbringer for opplysninger som en pasient gir, når formålet er et annet enn å bidra til nødvendig medisinsk behandling. I samsvar med prinsippet i Etiske regler for leger om at legers taushetsplikt og diskresjonsplikt kan gå lenger enn den lovbestemte (kap I, § 4), mener Rådet at legen burde ha avstått fra å bringe opplysningene om klagers helsetilstand videre til en lege som ikke hadde behov for disse opplysningene og heller ikke hadde bedt om slike.

Rådet mener også at bekymringsmeldingen ikke fyller et formål som legeerklæringer normalt skal tjene og at denne derfor er i strid med Etiske regler for leger, kap IV.

#### **1.2.4 Klage på lege – oppførsel på legevakt - 10/5559**

En pasient har fremmet klage på en lege ved en legevakt for måten hun ble møtt på da hun henvendte seg til legevakten på grunn av kraftige menstruasjonssmerter.

Rådet for legeetikk har tidligere besluttet å innlede klagebehandling etter Etiske regler kap I, §§1 og 2.

Saken er denne:

Klager oppsøkte legevakten om ettermiddagen p.g.a. menstruasjonssmerter. Hun hadde vært sengeliggende og ikke vært på arbeid denne dagen. Hun ønsket sykemelding og resept på sovetabletter fordi hun hadde mistet esken hun hadde med sovetabletter. Både ønsket om sykemelding og resept på sovetabletter ble avslått. Pasienten oppfattet innklagete lege som uhøflig, særlig hevder hun at han sa ”leger hater pasienter som deg”. Hun følte at han ikke trodde på hennes menstruasjonssmerter, siden hun ikke hadde forsøkt Ibux mot smertene.

Innklagete lege skriver at han oppfattet klager som lite troverdig under konsultasjonen og fant ikke grunn til verken å sykemelde eller gi henne resept på B-preparater. Han benekter at han sa ”leger hater

pasienter som deg”, men at leger misliker slike grunner som ”mistet tablett, og må ha nye sovetabletter”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvorvidt innklagete lege hadde grunnlag for å gi sykemelding og resept på sovemedisin, er en medisinsk-faglig vurdering som Rådet for legeetikk ikke har mandat til å ta stilling til, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 3, 2..ledd. Rådet vil likevel påpeke at en legevaktslege vanligvis ikke skal gi resept på B-preparater, herunder sovetabletter, med mindre legen kjenner pasienten godt. Dette er vanedannende legemidler som det er viktig at fastlegen har ansvar for.

Med hensyn til legens oppførsel og hva som ble sagt under konsultasjonen, står påstand mot påstand, og Rådet kan derfor ikke ta stilling til om det foreligger brudd på de alminnelige bestemmelser i Ethiske regler for leger, kap I, som omfatter legens opptreden i forhold til pasient. Men ordvalg gir signaler, og selv et generelt utsagn som ”at leger misliker slike grunner...” overfor en pasient kan virke nedlatende. Det er bedre å bruke et direkte og nøytralt språk.

### 1.2.5 Klage på brudd på taushetsplikten - 10/4234

En medarbeider i et forskningsprosjekt har innklaget en lege for at hun har sirkulert uttalelser som klager hadde gitt i forbindelse med et forskningsprosjekt, før sitatene var godkjent av klager, noe som var en forutsetning for klagers deltagelse. Rådet vedtok å innlede klagebehandling i forhold til Ethiske regler for leger, kap II, § 1.

Saken er denne:

Innklaget lege utførte et forskningsprosjekt om samarbeid mellom private og offentlige helseinstitusjoner. I den forbindelse ble en rekke fagfolk intervjuet, deriblant klager som hadde en lederfunksjon ved en aktuell institusjon. Intervjuet ble tatt opp på bånd, og da klager fikk utskrift for gjennomsyn og godkjenning, bestemte hun seg for å trekke seg som informant, bl.a. fordi hun ikke ville stå for utsagnene, særlig i forhold til de andre informantene. Hun lot seg imidlertid overtale til å vente med å trekke seg, men understreket at det var under forutsetning av at hun fikk godkjenne sitatene før de ble vist til andre. Innklagete lege sendte imidlertid et utkast til rapport med sitatene fra informantene, inklusive sitatene fra klager, til alle informantene uten at sitatene var godkjent. Klager hevder at dette er brudd på avtalen dem i mellom og brudd på legers taushetsplikt og eventuelt andre bestemmelser i Ethiske regler for leger.

Innklagete lege viser til at måten rapporten ble sendt ut på var grundig vurdert sammen med hennes veiledere. Blant annet mente hun at det var viktig at informantene så i hvilken sammenheng sitatene ble brukt. Innklagete lege sier seg lei for og beklager kommunikasjonssvikt som førte til at sitatene ble sendt til de andre informantene uten at de på forhånd var godkjent av klager. I forhold til Ethiske regler for legers bestemmelser om taushetsplikten (kap I, § 4) påpeker hun at denne gjelder legers forhold til pasienter og ikke i forhold til en informant i et forskningsprosjekt. Hun innrømmer at hun i sine notater har anført at klager ”ønsker å vurdere sin deltagelse fortløpende”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Av Ethiske regler for leger, kap I, § 4 fremgår blant annet at ”*En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege* [Rådets understreking]. Rådet er derfor enig med innklagete lege i at bestemmelsen i utgangspunktet dreier seg om forholdet mellom lege og pasient, men Rådet mener også at bestemmelsen må være normgivende for alt legearbeid, også forskning. Imidlertid ba ikke Rådet innklagete lege vurdere klagen opp mot bestemmelsen om taushetsplikten, men opp mot kap II, § 1, som bl.a. sier at ”*En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt.*” (jf brev fra Rådet av 29.9. 2010).

Ut fra partenes fremstilling ser Rådet at avtalen dem imellom ikke var nedfelt skriftlig og dermed kunne tolkes forskjellig. Imidlertid burde innklagete lege ut fra klagers uttrykte skepsis og hva innklagete lege selv har notert etter kontakten med klager i den forbindelse, ha skjønt at å bekjentgjøre klagers uttalelser for de andre informantene i praksis var å bryte avtalen om at sitatene skulle godkjennes før de eventuelt ble formidlet til andre. Det er også et bærende prinsipp i all forskning at deltagerne i et forskningsprosjekt skal kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt og at opplysninger ikke skal kunne tilbakeføres til bestemte personer med mindre det er gitt eksplisitt tillatelse til det, jf formuleringen i mal for samtykkeskjema fra de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk: *"Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres"*

(<http://helseforskning.etikk.no/ikbViewer/Content/5606/MalGenerell.doc>). Det å bekjentgjøre en informants opplysninger til andre, også når det er begrenset til andre deltagerne i et prosjekt, anser Rådet som likestilt med publisering i større sammenheng.

Rådet mener at bekjentgjøringen av klagers opplysninger til andre deltagerne i prosjektet var i strid med fundamentale forskningsetiske prinsipper. Avtalen var kanskje noe uklart, men i så fall var det forskerens ansvar å vise aktsomhet. Rådet mener at det å gi opplysningene til andre var brudd på Ethiske regler for leger, kap II, § 1, om å vise kolleger og medarbeidere respekt, og også i strid med prinsippene i Ethiske regler for legers bestemmelser om taushetsplikt selv om det ikke dreide som et lege-pasientforhold. Rådet gir innklagete lege kritikk for hennes handlemåte, men merker seg at hun selv beklager forholdet.

### 1.2.6 Klage på lege – tvangsinnleggelse - 10/5070

En advokat har på vegne av pasient innklaget en lege for innleggelse til tvungen observasjon på psykiatrisk sykehus. Advokaten hevder at flere paragrafer i Ethiske regler for leger er brutt, med bl.a. ulovlig frihetsberøvelse og utilstrekkelig undersøkelse av pasienten. Det har vært tatt ut forliksklage overfor legen, men saken er for tiden ikke i behandling i rettsapparatet fordi klager først ville prøve saken i Rådet for legeetikk. Rådet vedtok å innlede klagebehandling etter Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1-3 og kap IV, §§ 3-5.

Saken er denne:

Pasienten ble i 2007 hentet av sivilt politi på sin arbeidsplass og brakt til undersøkelse hos innklaget lege. Her foregikk en relativ kort samtale med pasienten mens hun satt i politibilen, og deretter ble hun brakt til et psykiatrisk sykehus.

Legen hadde hatt klager som sin pasient fra 2001 og hadde behandlet henne både for psykiske og somatiske plager. Pasienten hadde tidligere vært innlagt i psykiatrisk sykehus for behandling av depresjon. Fra januar 2007 formidlet pasientens familie stor bekymring for hennes helse (høyt aktivitetsnivå, lange arbeidsdager og igangsetting av flere prosjekter) og et ønske om å få hjelp til å få pasienten til å ta imot medisinsk hjelp. En tidligere psykolog for klager formidlet også til innklaget lege bekymring for klagers psykiske helse. Innklagete lege anfører i sin redegjørelse bekymring for såvel somatiske som psykiske forhold. Legen vurderte bl.a. behov for somatisk undersøkelse for å utelukke somatisk årsak til klagers endrete atferd. Legen anfører at hun søkte råd hos en veileder og hos psykiater på sykehuset og at klager hadde samtykket til at alle behandlerne var veiledere for hverandre.

Innklaget lege utformet i juni 2007 et utkast til innleggelsesbrev i tilfelle klager ville la seg innlegge av ferievikaren sommeren 2007. På ettersommeren kontaktet legen igjen den psykiatriske avdelingen for å forhøre seg om hvordan hun kunne gå fram i forhold til sin pasient. Innklagete lege anfører som grunn for ikke selv å dra til pasienten: *"...da jeg følte meg truet og derfor ikke ville være alene med henne, bestemte jeg meg for at jeg kunne be politiet hente henne til X-klinikken"*. Legen skriver videre i sin redegjørelse at *"Jeg så ikke på legeundersøkelsen som tvungen, da hun hadde blitt med politiet uten protester, og undersøkelsen foregikk i rolige former"*. Legen valgte å snakke med klager på



parkeringsplassen og ikke ta henne med inn på kontoret fordi det var fullt av pasienter i lokalene. I legens redegjørelse beskrives klager på følgende måte: *”Hun var rolig og samlet, men uttrykte klar forferdelse og irritasjon over å ha blitt hentet på en slik måte”*. Politiet fikk med seg legens innleggelseskriv hvoretter klager ble kjørt til sykehuset. I innleggelsesbrevets aktuelt-avsnitt skriver legen: *”Ved personlig undersøkelse i dag finner jeg pasienten klart hjelpetrengende da hun oppfattes å ikke å være istand til å ivareta seg selv, hverken på somatisk eller mentalt plan. Hun har en ukritisk og usammenhengende atferd og er til fare for seg selv og andre.”*

I advokatens tilsvarende til innklagete leges redegjørelse, tilbakevises en del av legens opplysninger. Bl.a. hevdes det at lege-pasientforholdet var avsluttet i juni 2007, hvilket senere igjen tilbakevises av legen. Advokaten tilbakeviser også at klager skulle ha vært vanskelig å komme i kontakt med for legen forut for innleggelsen. Videre stiller advokaten spørsmål ved en del utsagn i legens redegjørelse – bl.a. legens beskrivelse av en tidligere psykiatrisk innleggelse, Klagers påståtte manglende ansvar for kontroll av diabetes, tidligere somatisk sykdom osv. Mye av det som tilbakevises av advokaten dreier seg om medisinske-faglige spørsmål og andre opplysninger som Rådet ikke har mulighet for å etterforske.

Klagers ektefelle tilbakeviser i sitt brev flere utsagn fra legen - bl.a. at det skulle være vanskelig å få tak i klager og at hun skulle ha vært truende.

Rådet **vedtok** å uttale:

Saken reiser mange medisinske, juridiske og etiske problemstillinger. Som det fremgår av Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd behandler ikke Rådet *”..saker som gjelder den faglige delen av medisinsk virksomhet”*. Rådet driver heller ikke etterforskning i en sak, men vurderer de ulike parter opplysning av saken med utgangspunkt i Etiske regler for leger. I denne saken har Rådet konsentrert sin refleksjon om to forhold: 1. Innbringelse av pasient uten forvarsel ved hjelp av politi. 2. Kort legeerklæring som i stor grad er basert på opplysninger fra komparenter.

Ad 1. Legen beskriver et genuint ønske om å hjelpe klager ut fra sitt kjennskap til henne gjennom flere år og på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra nære familiemedlemmer og andre behandlere. Legen har tydelig vurdert ulike muligheter og konsultert andre før hun tok beslutningen om å be politiet om å hente klager til undersøkelse. Tvangsinnleggelse av pasient er potensielt en alvorlig integritetskrenkelse. I vurderingen av tvangsinnbringelsen har Rådet forholdt seg til følgende paragrafer i Etiske regler for leger, kap I, § 1: *”...Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn”*, § 2: *”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.”*

Klager ble innbrakt med politi uten at det forelå tvangsundersøkellesbegjæring og uten at legen hadde undersøkt klager i nær fortid. Hvis legen hadde undersøkt klager og deretter kommet til at innleggelse med tvang var nødvendig, kunne politiet eventuelt vært brukt hvis andre muligheter ikke forelå. Det kunne også ha vært på sin plass å få hjelp av politiet hvis det hadde foreligget en tvangsundersøkellesbegjæring. Slik saken er opplyst av klager og innklaget lege, fremstår innbringelse med politi uten forvarsel som et brudd med ovennevnte paragrafer, og Rådet gir legen kritikk for dette. Innklagete lege mener at undersøkelsen ikke var tvungen i og med at klager ble med politiet uten protester og undersøkelsen foregikk i rolige former. Rådet er uenig i den vurderingen. Å bli innbrakt av politi til en undersøkelse uten selv å ønske det, er etter Rådets mening tvang uavhengig av hvordan den som innbringes forholder seg i situasjonen.

Ad 2. Legen har skrevet en kort innleggelseserklæring som slik saken er opplyst, både er basert på nært kjennskap til pasienten gjennom lang tid, på opplysninger fra klagers familie og tidligere psykolog og legens egen vurdering under konsultasjonen i politibilen. Forut for innleggelsen hadde ikke legen undersøkt klager på tre måneder. Erklæringen er vurdert i forhold til følgende paragrafer i

Etiske regler for leger, kap IV, § 3: *”En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier”*, § 4: *”En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form..”*, § 5: *”Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av en legeerklæring...”*. Det korte innleggesskrivet, som er å betrakte som en legeerklæring (jf § 1: *”En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående persons helsetilstand”*), har mangler i forhold til ovennevnte regler: Undersøkelsen er knapp i forhold til formålet (tvangsinnleggelse), den sier ikke noe om bakgrunnen for de opplysningene som gis (den mangler bakgrunnsopplysninger og informasjon om komparentopplysninger) og premissene for de alvorlige konklusjonene fremkommer ikke i erklæringen. Rådet gir legen kritikk for dette. Imidlertid har legen gjort en konkret vurdering av klagers helsetilstand under konsultasjonen i bilen og konkludert med at hun fyller kriteriet for tvangsinnleggelse ut fra egen kliniske vurdering.

Samlet er det tydelig at innklagete lege har nedlagt mye arbeid og engasjement i forsøket på å hjelpe pasienten og hennes familie, og Rådet forstår at de forskjellige tiltakene var gjort i beste mening og ut fra det hun vurderte som nødvendig for å sikre pasientens helse, noe som er sentrale legeetiske forpliktelser, jf Etiske regler for leger, kap I, §§ 1-2. Hun har også bestrebet seg på å kvalitetssikre sine avgjørelser ved å søke råd og veiledning hos andre fagfolk og institusjoner. Rådet har forståelse for de mange dilemmaer innklagete lege måtte håndtere i den hensikt å ivareta pasientens antatt beste og at det i slike situasjoner kan være vanskelig å veie juridiske problemstillinger mot legers etiske forpliktelse om å *”...verne pasientens helse...”*, jf Etiske regler for leger, kap I, § 1-2. Rådet ser at innklagete lege har opplevd avgjørelsene som vanskelige og merker seg at hun har sendt en beklagelse til klager i forhold til at hun fant det nødvendig å handle på denne måten.

### **1.2.7 Klage på plastisk kirurg – uetisk behandling av unge kvinner - 10/6296**

En pårørende som er allmennlege har på vegne av seg selv, sin kone og datter og datterens venninne, innklaget en plastikkirurg for brudd på Etiske regler for leger fordi han ikke viste tilstrekkelig profesjonell varsomhet før han foretok kosmetisk kirurgiske inngrep på to jenter som nettopp var fylt 18 år. Rådet for legeetikk vedtok å innlede klagebehandling i forhold til Etiske regler for leger, kap I, §§ 1, 2, 7, 8 og 9. Partene har utdypet sine synspunkter i flere brev.

Saken er denne:

Klagers datter på 18 år oppsøkte innklagete lege fordi hun var misfornøyd med sitt utseende. Hun hadde hatt et vanskelig år som bl.a. førte til trøstespising og vektøkning fra BMI på 21,8 til 25,6. Etter en meget kort konsultasjon mente legen at hun ville ha god nytte av fettsuging og foreslo også fettsuging andre steder enn der hun i utgangspunktet ønsket inngrepet. Prisen ville bli på mellom kr 25 000 og kr 35 000 som tilsvarte jentas årsinntekt i hennes deltidsjobb. Jenta diskuterte inngrepet med foreldrene som advarte mot dette, og hun avbestilte operasjonen som var planlagt 2 uker etter første konsultasjon. Men hun ombestemte seg og fikk ny time til konsultasjon. Hun hadde da gått ned i vekt slik at BMI var 23,5. Konsultasjonen var meget kort, og inngrepet ble utført 6 uker etter første konsultasjon. Legen hadde fått vite at foreldrene ikke visste at hun hadde bestemt seg for inngrepet.

Venninnen til klagers datter, som også nettopp hadde fylt 18 år, tok også kontakt med innklagete lege med tanke på fettsuging og hadde time for vurdering samme dag som klagers datter bestemte seg for operasjon. Hun hadde en BMI på 22,6. Etter en meget kort konsultasjon ble hun anbefalt et inngrep som skulle koste kr 41 500 som omtrent var årslønnen hennes. Inngrepet ble foretatt ca 3 uker senere.

I etterkant angrep jentene på inngrepene.

Klager mener at innklagete lege opptrådte uaktsomt ved å utføre inngrepene uten å ha diskutert indikasjoner, forventninger, betenkeligheter eller motforestillinger. Tvert om forsterket han deres vrangforestillinger om kropp. Klager påpeker at jenter i denne alderen har variabel modenhet og kan være mer impulsive og ha urealistiske forventninger. De er også sårbare og kan ha et skjørt

kroppsbilde. I tillegg til Ethiske regler for leger viser klager til utfyllende etiske regler i innklagete leges eget private helseforetak. Disse legger stor vekt på legens informasjonsplikt og legens selvstendige plikt til å vurdere indikasjonsstillinger for et estetisk begrunnet inngrep. Rådet merker seg formuleringene i disse reglene, bl.a. at *"Pasienten må informeres grundig før inngrepet"*, *"Man bør også være tilbakeholdende med å utføre estetisk plastisk kirurgi hos personer i alderen 18 til 20 år. Dersom det utføres EP i denne aldersgruppen påligger det plastikkirurgen et særlig ansvar for å vurdere modenhet og forståelse av hva inngrepet innebærer"* og *"Alle pasienter som skal opereres ved X legesenter skal gjennomgå en grundig samtale og undersøkelse/vurdering hos plastikkirurg før et operativt inngrep"*. Vedlagte kopier av journalnotater for jentene er meget kortfattede og mangler diskusjoner rundt indikasjonsstillingene.

I forholdet til grunnlaget for å tilby kosmetisk inngrep har innklagete lege redegjort for at pasientene fyller ut egenerklæringsskjema der de blir spurt spesifikt om de har spiseforstyrrelser eller psykisk sykdom – begge jentene hadde krysset "nei" for dette. I spørsmål om forventede resultater skriver han at *"En slik konsultasjon styres bevisst av pasienten"*. Med tanke på å forvise seg om at pasienten har fått nødvendig informasjonen til å treffe et velbegrunnet valg, gis informasjonen også skriftlig. Han skriver også at han som opererende kirurg tar stilling til kosmetisk indikasjon, og at han forsikrer seg om at inngrepet er gjennomtenkt og ikke er en impulshandling. I forholdet til diskusjon om indikasjonsstilling skriver han at jentene var myndige, fremstod som modne for alderen, at det ikke kom frem tegn til spiseforstyrrelser og at det ikke var en impulshandling siden de hadde tjent egne penger ved siden av skolegangen. Til slutt påpeker han at fettsuging ikke er et slankeinngrep, men brukes til å behandle uønskede lokaliserte fettansamlinger. Hos begge jentene mener han at det var god kosmetisk indikasjon for inngrepene og at deres anger i etterkant er preget av klagers påvirkning. Han peker også på at innhenting av komparentopplysninger fra familie var problematisk ut fra hensyn til taushetsplikten.

Klager påpeker at den skriftlige informasjonen bare beskriver pre- og postoperative forhold som pasienten skal være oppmerksom på, noe som er lite relevant for klagen som handler om mangelfull informasjon og vurdering av indikasjon for inngrepet. Han mener at inngrepets art og kostnadene for jentene tilsa en helt annen grundighet og tidsbruk enn det jentene erfarte og som gjenspeiles i journalnotatene. Hvis innklagete lege hadde spurt jentene ville han fått vite at jentene ikke hadde tjent penger med tanke på kosmetisk kirurgi, men at tanken om dette oppstod kort tid før konsultasjonene. Han peker på at konsultasjonen mellom jentene og innklagete lege ikke var mellom jevnbyrdige parter og at dette påla legen, som autoritet, et spesielt ansvar. Med hensyn til taushetsplikten påpeker klager at innklagete lege ikke en gang spurte om tillatelse til å innhente opplysninger fra foresatte, fastlege eller andre og at det derfor påhviler ham et ekstra ansvar for at beslutningsgrunnlaget var godt nok.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk er enig med innklagete lege i at han ikke begikk noe lovmessig brudd ved å utføre inngrepene på jentene. Kosmetisk kirurgi er en etablert virksomhet som mange mennesker har glede og nytte av. Men det må forventes at leger som utfører estetisk plastikk-kirurgi reflekterer like mye over etiske sider ved egen virksomhet som leger i annen funksjon. For estetisk kirurgi er det også rimelig å forvente at aktørene er spesielt oppmerksom på de holdningene de formidler gjennom sin virksomhet, slik som muligheten for sykeliggjøring av normalt tilstander. Dette er spesielt viktig overfor unge mennesker som ofte har et usikkert selv bilde og opplever et press for å oppfylle bestemte og snevre normer, ikke minst i forhold til kropp. Dette har Norsk plastikkirurgisk forening og helseforetaket erkjent ved å etablere egne etiske retningslinjer som er mer konkrete på denne problemstillingen enn Ethiske regler for leger. Det må da også settes krav om at disse reglene følges i praksis. Som i annen legevirksomhet, har en kosmetisk kirurg et selvstendig ansvar for å vurdere og avgjøre hva som er medisinsk og etisk forsvarlig eller akseptabelt ut fra en grundig vurdering av pasientens motivasjon for å be om behandling.

Rådet for legeetikk er enig med klager i at innklagete lege ikke har vist nødvendig aktsomhet da han bestemte seg for å utføre inngrepene. Egenerklæringen er en meget overflatisk ja-nei-avkrysning som

ikke gir særlig veiledning, og i legejournalen er det ikke dokumentert noen diskusjon eller refleksjon over indikasjonsstillingen ut fra jentenes alder og motivasjon for å be om behandling. Rådet mener at innklagete lege har brutt flere bestemmelser i Etske regler for leger, kap I, § 1, om å verne menneskets helse, § 2 om å ivareta pasientens interesse og integritet og behandle pasienten med omsorg og respekt og § 7 om ikke å utnytte en pasient økonomisk. Rådet retter kritikk mot innklagete lege for disse forholdene.

### **1.2.8 Klage på lege – opptreden under konsultasjon - 09/3444**

En pasient har fremsatt klage på hennes tidligere fastlege for hans opptreden under konsultasjon i forbindelse med smerter under graviditet. Rådet vedtok å innlede klagebehandling etter Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.

Klagen retter seg både mot legens opptreden under konsultasjonen og resultatet av undersøkelsen. Klager mener at hun ikke ble tatt på alvor av fastlegen, blant annet fordi han ikke ville ta hensyn til hennes fremstilling av sine ryggproblemer (bl.a. scoliose). Hun hadde av den grunn oppsøkt jordmor for svangerskapskontroll. Hun mener også at det fra innklagete leges side ikke var noen hjelp, forståelse eller empati å få. Hun mener at han ikke har tatt seg tid til å høre på henne, at han har fnyst av henne og kommet med sarkastiske kommentarer.

Innklagete lege dokumenterer at klager allerede før første konsultasjon hos ham hadde kontaktet jordmor for vanlige svangerskapskontroller. Han kjenner seg ikke igjen i beskrivelsene i klagen om mangel på respekt. Klagen kom overraskende. Innklagete lege har gitt en faglig forklaring på hvorfor han ikke brukte CT eller røntgen ved undersøkelsene av hennes plager, men han ser at han kunne ha vært tydeligere ved forklaringen på de valg han tok under konsultasjonen. Innklagete beklager sterkt at klager har følt møtet med innklagete som belastende, og tar dette til etterretning. Han mener at han har opptrådt på en adekvat måte og kan ikke forstå at hans kommentarer under konsultasjonene skal ha vært sarkastiske eller nedlatende på noen måte.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet tar til orientering begge parter fremstilling av pasient/legemøtene. Det er dessverre ikke uvanlig at slike møter oppleves høyst ulikt av pasient og lege. Diagnosesetting og avvisning av behandling på et faglig, uangripelig grunnlag, kan bli oppfattet som mangel på respekt for pasientens egen opplevelse av sykdom. Dette understreker betydningen av at leger, når de forklarer behandlingsalternativer og de valg som blir foretatt, gjør dette på en grundig og mest mulig uttømmende måte.

Rådet har i dette tilfelle ikke noe grunnlag for å vurdere hvorledes innklaget lege rent faktisk har opptrådt i pasientmøtene. Selv om Rådet ut i fra begge parter fremstilling ikke kan påpeke objektive forhold som er i strid Etske regler for leger, kan Rådet allikevel konstatere at opplevelsene av pasientmøtene er høyst forskjellige. Rådet tar til orientering at innklaget lege uttrykker beklagelse over at klager har følt møtet med han som belastende og at han har tatt hennes følelse av opplevelsene til etterretning.

### **1.2.9 Klage på fastlege – mangelfull imøtekommenhet - 10/2627**

En pasient har innklaget en lege for opplevelser under en konsultasjon. Selv om hun også hadde klaget til helsetilsynet, vedtok Rådet å starte klagebehandling.

Klager opplevde at det var vanskelig å få formidlet til legen hvorfor hun hadde skiftet fastlege og om årsaken til at hun hadde bestilt time. Hun hevder at legen var opptatt av å få forklart at hun ikke hadde tid eller interesse for konsultasjoner som innebærer lange samtaler mellom lege og pasient. Hun opplevde møtet med legen som kaldt og upersonlig.

Innklagete lege har i sitt tilsvarende uttrykt at hun er lei seg for at pasienten hadde opplevd konsultasjonen slik pasienten beskriver. Det har ikke vært hennes intensjon å få pasienten til å velge en annen fastlege, men mener å ha uttrykt seg slik at pasienten skal være klar over at hennes kompetanse som lege på visse områder vil være begrenset. For øvrig mener innklagete lege at pasienten under konsultasjonen fikk adekvate opplysninger om hennes medisinske tilstand. Innklaget lege beklager sterkt at pasienten opplevde konsultasjonen slik det er beskrevet i klagen, men kan ikke se at hun har begått noen feil. Hun mener også at kommunikasjon med pasientene er viktig.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legetikk legger til grunn at den beskrevne konsultasjonen har hatt et forløp som er beskrevet av klager, men at partene har ulik oppfatning av kvaliteten på konsultasjonen. Rådet legger også til grunn at innklaget lege har hatt de beste intensjoner om å klargjøre for en ny pasient som har presentert hele eller deler av sin sykehistorie, at forventningene om hva denne legen kan gjøre med de presenterte problemstillinger ikke må være for store. Kommunikasjon kan være en vanskelig kunst. Ut i fra det begge parter skriver, har Rådet inntrykk av at innklaget lege har en direkte form. Det er i seg selv ikke kritikkverdige, men i dette tilfellet har det ført til mangel på gjensidig forståelse og dialog. Siden opplevelsene er forskjellige ut i fra pasient og leges ståsted, kan ikke Rådet ta konkret stilling til saken, men det er viktig å gi leger tilbakemelding på hvordan de oppfattes slik at de kritisk kan reflektere over egen væremåte.

Selv om det kan være vanskelig for Rådet å klarlegge hva som er fakta i slike saker hvor beskrivelsen av opplevelsene er sterkt divergerende, er det allikevel nyttig for Rådet og for Legeforeningens medlemmer at slike pasientopplevelser blir synliggjort fordi vi benytter slike erfaringer i undervisning og holdningsskapende arbeid blant legestudenter og leger.

### **1.2.10 Klage på lege – vansker med kontakt, timebestilling og forlengelse av sykmelding - 09/4834**

En pasient har innklaget en fastlege fordi det er vanskelig å komme i kontakt med legesenteret på telefon, vanskelig å få time hos legen og å få forlenget sykmelding. Rådet besluttet å innlede klagebehandling etter Ethiske regler for leger, kap I, § 2.

Saken er denne:

Klager hadde byttet fastlege og klager på flere forhold ved det legesenteret der han nå har sin fastlege. Klager skriver at han har vært sykmeldt i 9 måneder. Hos tidligere fastlege hadde han pleid å ringe en uke ute i den måneden han skal ha sykmelding for og så ble sykmeldingen lagt klar til henting uten at klager måtte ha time hos legen. Nå hadde han måttet bestille time hos innklagete lege som var hans nye fastlege. Imidlertid glemte han timen og klager over at han måtte betale for denne. Fire dager senere var han i telefonisk kontakt med legekantoret. Da var det ledig time hos den nye fastlegen først etter ytterligere 2 ½ uke, men han fikk tilbud om time samme dag hos annen lege ved legesenteret. Han mener at det er urimelig, både at han må ha en konsultasjon med legen for i det hele tatt å få en sykmelding, og at han ikke kan få sykmelding med tilbakevirkende kraft. Han skriver at ved det fastlegekontoret han brukte før, *”kunne jeg ringe rundt den 25. i den måneden jeg hadde sykmelding, så var min neste sykmelding ferdig skrevet til månedsskiftet; denne kunne jeg hente i skranken mot betaling eller velge å få den fakset.”*

Klager gir uttrykk for at han synes det er unødvendig at han skal til konsultasjon månedlig når han har vært sykmeldt så lenge. Han skriver at han ble ”truet” av medarbeideren på legekantoret *”med at jeg skal bli fratatt min berettigede sykmelding”*.

Innklagete lege skriver at han er fulltidsvikar for pasientens nye fastlege som har vært sykmeldt i flere måneder. Innklaget lege møtte klager første gang før det forelå journal fra klagers tidligere fastlege. Klager fikk da sykmelding for en måned framover og ble bedt om å bestille ny time for revurdering av

sykmeldingen. Innklagete lege beskriver en vanskelig arbeidssituasjon på legekantoret, med sykmeldinger både hos leger og medarbeidere, sammenfallende med influensaepidemi - "Svineinfluensa". Han bekrefter at klager glemte timen sin og at han hadde ventetid, men mener at han fikk nødvendig hjelp ved tilbud om øyeblikkelig hjelp-time hos kollega. Pasienten fikk ny time månedlig, senere hver andre måned. Legen beskriver rutinen for hvordan han følger opp nye pasienter, og gjorde det også slik med klager for å bli bedre kjent med ham og hans situasjon. Innklagete lege mener at klager burde ha forstått at det var nødvendig med regelmessig kontakt i starten for at legen kunne bli kjent med pasienten og hans sykehistorie, all den tid pasienten var ny for ham.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har forståelse for at klager synes det er urimelig vanskelig å komme gjennom på telefon til legekantoret. Dette er en kjent og svært krevende problemstilling ved de fleste fastlegekontorer, særlig i travle tider. Det er viktig at leger får tilbakemeldinger på det slik at de kan forsøke å bøte på problemet, men Rådet har også forståelse for at det i perioder er umulig for et legekontor å være lett tilgjengelig på telefon. Klager antyder at legekantoret burde bruke mail. Det er imidlertid ikke lovlig å kommunisere med pasienter om helsespørsmål via mail.

Etter å ha glemt time fikk klager, da han kom i kontakt med legekantoret fire dager senere, umiddelbart tilbud om å få en øyeblikkelig hjelp-time hos annen lege ved legesenteret. Rådet har forståelse for at det ikke oppleves optimalt, men all den tid det var klager som glemte timen, mener Rådet at det var en akseptabel løsning. Det er vanlig praksis at pasienter som glemmer avtalen sin, må betale for denne. Rådet mener at det er rimelig.

Rådet for legeetikk behandler ikke klager som gjelder den faglige delen av medisinsk virksomhet (jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd). Imidlertid finner Rådet det rimelig å kommentere sykmeldingsforventningene til klager: Enhver lege er "trygdens medisinske rådgiver". Det skal ligge en medisinsk vurdering til grunn for en sykmelding, og legen har behov for å gjøre faglige vurderinger i den forbindelse. En sykmelding er å regne som en legeerklæring/attest, og legen må forholde seg til lovbestemte og etiske regler også for dette, jf Etiske regler for leger, kap 4, § 3: *En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier*. Rådet finner derfor at innklagete lege har handlet i samsvar med god legeskikk da han vurderte at det var nødvendig med konsultasjoner for eventuelt å forlenge sykmeldinger.

Rådet finner ikke å kunne gi klager medhold.

### 1.2.11 Klage på uttalelse fra spesialist som ikke har møtt pasienten - 11/2084

En far har på vegne av sin sønn (37 år) reist spørsmålet om det er forsvarlig å avgi spesialistuttalelse uten å ha møtt sønnen, særlig når to andre leger har konkludert annerledes.

Rådet **vedtok** å besvare brevet slik:

Hvorvidt en avgitt spesialistuttalelse er riktig eller fremkommet på en forsvarlig måte, er i utgangspunktet spørsmål av medisinsk-faglig karakter, som Rådet ikke konkret kan avgjøre. Det vises til Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

På et helt generelt grunnlag kan allikevel Rådet uttale at det i utgangspunktet ikke er uforsvarlig å avgi en spesialisterklæring med utgangspunkt i tilsendte journaler og epikriser - også uten egne fysiske undersøkelser eller samtaler med pasient det skal avgis erklæring om. Legen vil imidlertid være bundet av reglene for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer som fremgår av Etiske regler for leger, kap IV, spesielt § 3 som lyder: *En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier*. Også de øvrige bestemmelsene i kap IV har relevans for kvaliteten på legeerklæringer.

Rådets svar på spørsmålet som stilles til slutt, vil derfor være at det ikke vil være i strid med Legeforeningens etiske regler å avgi en legeerklæring uten å ha møtt pasienten, heller ikke om andre leger har vurdert tilstanden annerledes, dersom den sakkyndige mener at pasientens situasjon er tilstrekkelig belyst. Ved uenighet forventer likevel Rådet at den sakkyndige gir en god begrunnelse for sin vurdering. Hvorvidt en slik begrunnelse er fyldestgjørende, er medisinsk-faglige vurderinger som Rådet er avskåret fra å gi, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

### **1.2.12 Klage på uetisk adferd ved å blande rolle som sakkyndig og behandlende lege - 10/5254**

En forsker har innklaget en overlege ved et overgrepsmottak for brudd på Etiske regler for leger, kap I, §§ 1, 2, 6 og 9, og kap IV, §§ 2 og 4, ved at hun har blandet sine roller som behandlende lege og sakkyndig.

Saken er denne:

Overlegen arbeider ved et overgrepsmottak. Der var hun som en av flere leger, men som overordnet lege, involvert i undersøkelse og klinisk rettsmedisinsk vurdering av en ung kvinne med utenlandsk bakgrunn som påstod at hun hadde vært utsatt for gjentatte og meget alvorlige overgrep fra sin mann. Hun ble fulgt til mottaket av personale fra et krisesenter hun hadde oppsøkt. Hun var nokså nylig gift med en mann fra samme etniske gruppe gjennom et arrangert ekteskap, snakket kun sitt morsmål og hadde ikke noe nettverk i Norge.

Ved overgrepsmottaket ble det etter mottakets rutine tatt opp sykehistorie, gjort klinisk undersøkelse og en klinisk rettsmedisinsk dokumentasjon. Innklagete lege ble involvert i saken i etterkant av den opprinnelige kontakten med overgrepsmottaket ved at hun hadde rutinemessig supervisjon av legen som hadde undersøkt kvinnen. Ut fra de dokumenterte opplysningene mente hun at det var nødvendig med ytterligere utredninger og innkalte kvinnen gjennom hennes bistandsadvokat. I tillegg til videre utredning med tanke på mishandling og overgrep, bisto innklagete lege henne med å skaffe fastlege og henvisning til fysikalsk medisinsk avdeling og smertepoliklinikk. Hun ga også kvinnen resept på medisiner mot søvnproblemer og kløe, kontaktet UDI for å få fremskyndet en vurdering av kvinnens alder og kontaktet bistandsadvokaten og kvinnen for å forvise seg om at ting ble fulgt opp.

Klager mener at innklagete lege har brutt Etiske regler for leger, kap I, § 2 (om å ivareta den enkelte pasients interesse og integritet) og kap I, § 9 (om ved undersøkelse og behandling kun å ta i bruk metoder som forsvarlig legevirksomhet tilsier) ved at hun har bygget sine vurderinger på mangelfulle opplysninger fordi hun ikke i tilstrekkelig grad brukte tolk. Videre mener klager at hun har brutt habilitetsbestemmelsene i kap IV, § 2 når hun har fungert som sakkyndig for retten all den tid hun i forkant hadde fungert som behandlende lege og i en omsorgsrolle. Gjennom en rekke eksempler mener klager å vise at innklagete lege ikke har opptrådt med nødvendig objektivitet og nøytralitet og heller ikke belyst saken tilstrekkelig i sakkyndigrollen for retten (kap IV, § 4).

Innklagete lege har redegjort for overgrepsmottakets oppgaver som innebærer en balanse mellom det å ivareta dem som oppsøker mottaket, og å være nøytralt observerende (klinisk rettsmedisin). Hun erkjenner at denne blandete rollen kan være vanskelig og krever etisk bevissthet. Selv om det ved et tilfelle ikke var tilgjengelig tolk, mener hun at hun fikk tilstrekkelig informasjon for formålet gjennom telefonetolkning og gjennom opplysninger formidlet fra andre, bl.a. krisesenteret og politiet. Den rettsmedisinske dokumentasjonen var ellers uavhengig av kvinnens forklaring. Det er politiet som har ansvar for å gjennomføre detaljerte avhør for å få fram partenes forklaring om skadeårsaker, hvilket har betydning for vurderingen, men ikke for valg av undersøkelsesmetoder.

Med hensyn til habilitesspørsmålet mener innklagete lege at hun, i følge overgrepsmottakets helhetlige funksjon, var forpliktet til å sikre at kvinnen fikk en forsvarlig oppfølging, særlig fordi mottakspersonalet vurderte henne som sannsynlig mindreårig og fordi hun manglet nettverk. Henvendelsen til UDI gjaldt bare å påskynde saksbehandlingen vedrørende aldersbestemmelse. Sikring av oppfølging skjedde i vesentlig grad gjennom bistandsadvokaten.

Innklagete lege ble forespurt og aksepterte å være sakkyndig for retten. Mandatet gikk ut på å belyse i hvilken grad de påviste skadene og andre opplysninger knyttet til den påståtte mishandlingen var forenlig med fornærmede og tiltaltes forklaringer. I forholdet til habilitetsspørsmålet påpeker innklagete lege at hennes rolle som behandler og sakkyndig ble behandlet i rettssystemet i forbindelse med saken uten at hun ble kjent inhabil.

Innklagete lege skriver videre at den dobbelte rollen ved overgrepsmottaket - ivaretagelse av den enkelte og den rettsmedisinske dokumentasjonen - er problematisk i forhold til senere å være sakkyndig i rettsapparatet, og at det derfor de siste årene har vært en utvikling i retning av at overgrepsmottakets leger enten stevnes som vitner eller som partsinnkalte sakkyndige vitner.

Rådet **vedtok** å uttale:

Store deler av klagen gjelder innklagete leges vurderinger av årsaker til observerte skader og andre konsekvenser av påstått mishandling i sin sakkyndige erklæring til retten. Rådet for legeetikk har ikke som mandat å uttale seg om medisinsk-faglige spørsmål (jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd) og kan derfor heller ikke vurdere disse sidene av saken. Rådet er enig med klager i at kvalitetssikring av sakkyndigarbeid er svært viktig. I denne saken har Rådet merket seg at den sakkyndige erklæringen svarer til mandatet som er gitt av retten og at Den rettsmedisinske kommisjonen ikke har anmerkninger til den. Hvorvidt Den rettsmedisinske kommisjon har behandlet saken grundig nok har ikke Rådet forutsetning for å uttale seg om.

Spørsmålet om i hvor stor grad det var nødvendig å bruke tolk, oppfatter også Rådet som et medisinsk-faglig spørsmål som leger ved overgrepsmottaket må ta konkret stilling til, i forholdet til hva som anses nødvendig i den gitte kliniske situasjonen og hva som kan belyses fra andre kilder.

Med hensyn til spørsmålet om habilitet, oppfatter Rådet bestemmelsene i Etiske regler for leger, kap II, § 2 som mer begrensende enn de lovregulerte. Det fremgår av presisjonen at en lege ikke skal avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet (Rådets understreking). Innklagete leges rolle som behandler har sannsynligvis vært beskjeden, men i slike vanskelige saker vil det lett kunne reises tvil om objektivitet dersom en lege på noen måte har engasjert seg på den ene parts side. Rådet mener derfor at en lege i slike situasjoner ikke bør ta på seg oppgave som rettsoppnevnt sakkyndig, men heller være tilgjengelig som vitne eller sakkyndig vitne. Dette er i tråd med den oppfatningen innklagete lege selv gir uttrykk for og som har ført til endret praksis i årene etter denne aktuelle saken.

### **1.2.13 Klage på lege – forsinkelse og dårlig forberedelse ved konsultasjon - 10/2670**

En pasient klager over at legen generelt er forsinket når han har time til konsultasjon. Han er også misfornøyd med at legen bruker tid på å lese fra journalen under konsultasjonen. Han skriver at han mistet tålmodigheten da legen var forsinket nok en gang ved en avtalt konsultasjon. Han sa til legen at han opplevde at hun ikke viste respekt for inngåtte timeavtaler og at det ville være mye bedre å gå på X-akutten. Deretter forlot klager legekontoret uten å betale for seg. Han fikk regning i posten, og klager på legen for at hun har sendt ham regning. Han forteller at han har skiftet fastlege.

Innklagete lege skriver i sitt svarbrev at hun bestreber seg på å være presis, men at det er vanskelig av ulike årsaker (uforutsette akutte henvendelser fra pasienter, pasienter som tar opp alvorlige problem i tillegg til det de har bestilt tid for, sykefravær hos kolleger og vikardekning for disse, osv). Som kommentar på at hun ser i journalen under konsultasjonen fremholder hun at hun har behov for å oppdatere seg og forholde seg korrekt til tidligere/ nytilkomne opplysninger i journalen. Dette gjøres med pasienten til stede. Hun uttrykker at det er vanskelig å forstå at klager ikke skal betale for en konsultasjon han selv har bestilt time til. Kontoret har rutine på å sende regning til pasienter som ikke møter til den timen de har bestilt. Innklagete lege avslutter med at hun tar på alvor at klager ikke var fornøyd med kommunikasjonen i konsultasjonen.



Rådets **vedtok** å uttale:

Rådet har forståelse for både pasientens og legens opplevelser av situasjonen. Legen reiser problemstillinger som eksisterer i de fleste fastlegepraksiser. En legepraksis bør organiseres slik at timeavtaler stort sett kan overholdes, men når man arbeider med ”levende mennesker”, er det alltid vanskelig å beregne tida nøyaktig. Fastlegen har også ansvar for øyeblikkelig hjelp, dvs uventede akutte situasjoner som må håndteres straks, og ved sykefravær/annet uforutsett fravær er det vanlig at leger i samme praksis vikarierer for hverandre.

Leger bør bestrebe seg på å lese minst mulig i journalen under konsultasjonen, men innklagete lege gir en god redegjørelse for hvorfor og hvordan hun bruker journalen i konsultasjonen. Selv om Rådet ikke skal behandle saker av medisinsk-faglig karakter, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd, bemerker Rådet at det legen skriver gir inntrykk av godt håndverk. Det er mulig det vil gå raskere ved en større klinikk. Der har man til gjengjeld ikke tilgang til journal og derved ikke samme mulighet til å gi kontinuitet i behandlingen, slik fastlegen har. Faren for at behandlingen blir ”amputert” er da større.

Innklagete lege gjør rede for rutineene ved legekantoret, og fastholder at pasienter som ikke møter til time, får regning i posten. Med få unntak mottar ikke fastlegene fast lønn, og Rådet mener at dette er rimelig og vanlig praksis at pasienter betaler for time som ikke benyttes.

#### **1.2.14 Klage på lege – mangelfull oppfølging og respekt - 10/4482**

Foreldrene til en 16 år gammel pike har etter at datteren var til første konsultasjon på egen hånd hos innklagete lege, fremsatt påstander om at legen opptrådte uklokt, arrogant og at pasienten ble ”avfeid, trolig pga alder”. Pasienten hadde overfor legen tatt opp to forhold - smerter i venstre arm og et hudproblem. Legen hadde avslått å gi henvisning til fysioterapi eller kiropraktor. Legen skrev ut resept på hudkrem uten, i følge klagen, å ha sett på utslettet. Hudkremen forverret utslettet og annen lege stilte annen diagnose. Foreldrene mener også at legen lot pasienten vente en time mens hun spiste lunsj.

Ved andre besøk på legesenteret hadde moren bedt om en annen lege enn innklagete og hadde fått bekreftet dette, men ved en feil i resepsjonen ble hun tatt i mot av innklagete lege, denne gang for en gjentakende luftveisinfeksjon. Under denne konsultasjonen kritiserte foreldrene legen for tidligere feildiagnose av hudsykdom og for hennes negative holdning til fysioterapi og kiropraktikk. Familien ønsket nå henvisning til spesialist. På henvisningen skrev legen i rubrikken ”*Andre opplysninger*”: ”Konsultasjon, ikke møtt, ikke avbestilt. Kom for sent. Mor som bestilte og fikk beskjed om at hun kom til meg. Henviser til ønhlege.” Foreldrene oppfattet dette som at legen nedtegnet sin personlige frustrasjon på henvisningen. Legesenteret har i etterkant utarbeidet ny henvisning.

Innklagete lege beklager på det sterkeste at pasienten har oppfattet legens reaksjon som avfeining. Hun konstaterer også at hun ikke har nådd frem med forklaringen på hvorfor pasienten ikke ble henvist til kiropraktor. Innklaget lege avviser at hun skrev ut resept på hudkrem, men opplyser om at problemstillingen ble beskrevet og at det ble stilt diagnose. Legen forklarer årsaken til at pasienten måtte vente med at innklagete hadde gått til lunsj uten at hun hadde fått beskjed om at en pasient ventet. Dette ble beklaget av legen da pasienten ble kalt inn. Legen beklager at det ble begått feil med hensyn til hvilken lege pasienten ble satt opp til. Legen beklager også at hun ikke har lyktes med å formidle årsakene til at hun var negativ til formidling av henvisning til spesialist. Legen hevder også at hun har en annen opplevelse av konsultasjonene enn det foreldre formidler i klagen. Legen beklager at hun ikke tok vekk opplysningene om at pasienten ikke møtte når pasienten allikevel møtte frem.

I en replikk til tilsvaret konstaterer klagerne at innklagete lege delvis skylder på resepsjonen og gir forklaringer og beklagelser som klagerne ikke opplever som ekteføyte.

Rådet **vedtok** å uttale:

Spørsmål om diagnose av hudsykdom og berettigelse av kiropraktikk eller annen behandling er medisinsk-faglige spørsmål som Rådet ikke tar stilling til, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd. Rådet konstaterer at innklagete lege ikke bestrider pasientens opplevelse av konsultasjonene, selv om hun selv gir en noe annen beskrivelse av konsultasjonsforløpene.

Rådet for legeetikk har ingen mulighet for å avgjøre hva som er korrekt gjengivelse av faktisk forløp når påstand står mot påstand, men Rådet merker seg allikevel at innklaget lege på det sterkeste beklager at konsultasjonene har medført de opplevelser som pasienten beskriver. Rådet legger imidlertid til grunn at legen - som den profesjonelle part i lege/pasientforholdet - har et særskilt ansvar for at uheldige episoder ikke inntreffer. Innklaget lege gir gjennom sine forklaringer et klart inntrykk av at noen av egne handlinger kan ha gitt grunnlag for pasientens og pårørendes misnøye. Legen må ta ansvar for dette og får, med henvisning til Ethiske regler for leger, kap I, §§ 2 og 3, kritikk for dette.

### 1.2.15 Klage på psykiater for å ha tatt kontakt med tidligere pasient - 11/13

En tidligere pasient har innklaget en psykiater i forbindelse med at psykiateren har henvendt seg til klager på gaten og i e-post lang tid etter at klager hadde avsluttet terapi hos innklagete lege.

Bakgrunnen er denne:

Klager gikk i sin studietid i langvarig intensiv psykoterapi hos innklagete psykiater. Behandlingen ble avsluttet etter klagers ønske i 2003. Psykiateren mener avslutningen skjedde i 2005. Klager møtte psykiateren tilfeldig på gaten i 2007. Han tok initiativ til samtale om forhold i klagers privatliv. Klager følte seg overrumplet, svarte på spørsmål, men gav også uttrykk for at det vel var uvanlig at behandler stopper opp tidligere pasienter på den måten. Psykiateren fortalte videre uoppfordret om vansker i egen praksis. Klager opplevde henvendelsen invaderende og opplevde at han *”høyst uoppfordret eksponerte private opplysninger om mitt liv i en samtale på gata”*.

I desember 2010 mottok klager en e-post fra psykiateren der han bl.a. gir uttrykk for at han har lett etter kontaktinformasjon om klager samt ønske om å overvære klagers fremtidige disputas. Igjen opplever hun at innklaget psykiater utnytter den rollen han har hatt og invaderer klagers privatliv. Hun avslutter sin klage slik: *”Som behandler forvalter man andres sårbarhet – det forplikter. Jeg opplever denne henvendelsen som et klart brudd på dette grunnleggende etiske prinsippet og en krenkelse av mitt privatliv, og langt over alle fagets grenser”*.

I sine tilsvaer fremholder innklaget lege at han ikke tidligere eller i møte på gaten hadde oppfattet at hun overhodet ikke ville ha noen kontakt med ham. Han bestrider ikke at det kan ha vært vanskelig for klager å gå videre, men tolket ikke hennes hastverk som et ønske om å komme bort fra situasjonen. Han mener at hun som et ansvarlig voksent menneske kunne ha avvist ham. Han skriver at e-mailen han sendte, primært var motivert av at han opplevde at han hadde vært klønete i møtet på gata. Han fremholder at han ikke har hatt noe ønske om å invadere hennes privatliv. Han beklager at hendelsene har gjort henne vondt og at han har kommet i skade for å krenke henne og ønsker klager alt godt. Han viser også til erfaringer med andre tidligere pasienter som ikke har reagert når han har tatt kontakt på tilsvarende vis ved tilfeldige møter.

I klagers tilsvaer utdypes opprinnelig klage: *”Dette å unngå å ta kontakt med eller tilkjennegi kjennskap til pasient er behandlerens eneansvar – et grunnleggende aspekt ved taushetsplikten og respekten for pasientens privatliv...”* Klager viser også til at hennes valg om å avslutte terapien burde være et klart og utvetydelig uttrykk for at klager ikke ønsket noe videre kontakt. Klager opplever innklaget psykiaters tilsvaer som bagatellisering, skjønmmaling og uskyldiggjøring.

Rådet **vedtok** å uttale:

Den aktuelle saken er vurdert i forhold til kap I, § 2 i Etske regler for leger: ”*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig,, bygge på informert samtykke*”.

I saken legger Rådet til grunn at når en pasient velger å avslutte en lang behandling, så er det et uttrykk for at pasienten ikke ønsker videre kontakt. Videre vurderer Rådet at når en pasient har avsluttet et behandlingsforhold, er det pasienten som eventuelt har rett til å ta kontakt med psykiateren hvis hun trenger eller ønsker det. Dette gjelder både kontakt av privat karakter og kontakt for eventuelt å gjenoppta behandling. Etter Rådets mening bør leger utvise stor varsomhet og sensitivitet i møte med tidligere pasienter og respektere deres grenser og integritet. Det er etter Rådets mening en god regel å la pasientens initiativ styre eventuell ny kontakt - dette gjelder hva enten det dreier seg om hilsing ved tilfeldig møte, innledning til samtale eller kontaktetablering på annen måte.

Rådet mener at innklagete lege, ved å være proaktiv i møtet på gaten og i e-posthenvendelse, har krenket klagers integritet og gir innklagete lege kritikk for å ha brutt § 2 i kap I i Etske regler for leger. Rådet har merket seg at innklagete lege beklager at han har kommet i skade for å krenke klager, men dette gir ikke grunnlag for å avstå fra kritikken.

### **1.2.16 Klage på lege for å ha gitt belastende informasjon pr telefon - 11/1498**

En pasient har fremsatt klage på en overlege for måten han informerte henne om hennes hjernesvulst.

Saken ble behandlet av Rådet i forhold til Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.

Klager lider av posttraumatisk stresslidelse (PTSL) og plages av angst og utrygghetsfølelse. På grunn av sine psykiske plager er hun avhengig av å ha med ledsager ved legekonsultasjoner. Hun hadde nå fått påvist en sannsynlig godartet svulst (meningioma) som årsak til hodepine og var henvist av nevrolog til innklaget lege for videre informasjon og tiltak. I ventetiden fikk hun uventet telefon fra innklagete lege. Han fortalte at han satt og ventet på henne fordi hun var satt opp til time, noe hun ikke hadde mottatt innkallelse til. Over telefon informerte han om svulsten, mulig behandling av denne, mulige komplikasjoner og hva hun måtte forvente av plager og rekonvalesenstid. Hun opplevde telefonsamtalen som meget ubehagelig og at det ble enveis informasjon uten hensyn til henne. Hun ble sittende igjen med mange flere spørsmål enn tidligere og fikk mer angst og andre psykiske plager.

I sitt tilsvarende redegjør innklagete lege for at svulsten, sannsynlig et godartet meningioma på basis av kraniet, ble oppdaget på MR som klager var henvist til p.g.a. hodesmerter. Slike svulster er relativt vanlige, er oftest å regne som tilfeldige funn og krever vanligvis ikke tiltak bortsett fra regelmessige MR-kontroller. Pasienten hadde vært til nevrokirurgisk poliklinikk og fått informasjon om tilstanden 2 ½ måned før telefonsamtalen og den gang blitt satt opp til ny kontroll med MR 6 måneder senere. Hun var imidlertid allerede nå innkalt for informasjon fordi hun trengte en grundig samtale. Dette var anført i journalnotat 1 måned før telefonsamtalen. Poliklinikken har kontrollert at avtale om time var sendt pasienten og har ingen forklaring på hvorfor hun ikke hadde mottatt informasjon om timeavtalen. Fordi legen, ut fra journalnotatet datert 1 måned tidligere, så det som nødvendig å sikre at pasienten fikk informasjon om sin tilstand og fikk nødvendig oppfølging, ringte legen henne fra poliklinikken siden hun uteble fra oppsatt time. Han husker ikke telefonsamtalen i særlig grad, men anfører at han pleier å gi relativt ensartet informasjon om slike tilfeldig påviste godartete svulster. Avslutningsvis bestilte han ny MR og sikret at hun fikk en ny time ved poliklinikken. Journalnotat fra telefonsamtalen er vedlagt redegjørelsen. Kopi av notatet ble sendt til fastlegen og pasienten. Avslutningsvis beklager innklagete lege at pasienten hadde en negativ erfaring med ham. Klager har utdypet sin klage i et nytt brev, og innklagete lege har redegjort for at han ofte gir informasjon over telefon og har erfaring for at pasienter generelt et godt fornøyd med denne formen. Han uttrykker forståelse for at telefonsamtalen var besværlig for pasienten og beklager igjen at samtalen førte til økte psykiske plager.

Rådet **vedtok** å uttale:

En lege må regne med at sykdommer som svulst på hjernen, oppleves skremmende selv om de medisinsk sett kan betraktes som relativt ufarlige, og ta dette med i betraktning når informasjon planlegges. I dette tilfelle var legen også oppmerksom på at klager var spesielt sårbar og hadde spesielle behov. Intensjonen var da også en planlagt samtale på poliklinikken.

Kommunikasjon er en vanskelig kunst og det kan være ekstra krevende å oppnå en god dialog og gjensidig forståelse over telefon, særlig dersom lege og pasient ikke kjenner hverandre. På den annen side var innklagete lege kjent med at klager allerede hadde mottatt en del informasjon om sin sykdom og derfor kanskje kunne ha nytte av informasjon over telefon all den tid han likevel ringte henne.

Rådet mener at leger generelt bør være tilbakeholdende med å gi viktig informasjon over telefon dersom det er praktisk mulig å arrangere et personlig møte. Ut fra opplysningene innklagete lege satt inne med om klager, var det særlig grunn til å være varsom i dette tilfellet. Rådet for legeetikk gir innklagete lege ros for at han umiddelbart tok kontakt over telefon for å undersøke om det var skjedd en misforståelse eller om at noe var tilstøtt, og for å forsikre seg om at klager fikk nødvendig oppfølging. Det vitner om omtanke for pasienten. Rådet mener likevel at innklagete lege burde ha avklart med klager om hun ønsket å diskutere sin sykdom over telefon eller vente til et personlig møte, og at det var unødvendig og uheldig å gjennomføre informasjonssamtalen uten at et slikt ønske var avklart. Rådet merker seg at innklagete lege tar selvkritikk og beklager forholdet.

Det er viktig at pasienter gir konstruktiv tilbakemelding til leger om hvordan de oppfattes i en kommunikasjonsituasjon fordi det er et godt utgangspunkt for refleksjon over egen væremåte. Rådet vil også takke klager for å ha delt sin erfaring med Rådet for legeetikk fordi Rådet bruker denne typen tilbakemeldinger i sin undervisning av legestudenter og leger.

### 1.2.17 Klage på leges opptreden under konsultasjon - 10/6175

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

Saken har vært behandlet av Rådet i forhold til Etske regler for leger kap. I, §§ 1 og 2.

Saken er som følger:

Klager hadde time for konsultasjon hos en lege ved en kjevekirurgisk avdeling i forbindelse med slitasje i kjeven. Legen hadde behov for å drøfte tilstanden med andre leger ved avdelingen og ba pasienten komme til ny time to dager senere. Hun ble da møtt av innklagete lege og etterlyste den legen hun opprinnelig hadde møtt. Klager oppfattet innklagete lege som svært irritert over at hun spurte etter den andre legen. Hun forlot derfor rommet og gikk ut i resepsjonen og klaget til personalet, som ga uttrykk for at hun ikke burde være sint på dem. Klager fant det umulig å fortsette konsultasjonen med innklagete lege. Hun ber Rådet for legeetikk å vurdere legens opptreden.

Innklagete lege har i brev - trolig feilaktig adressert til pasienten, men sendt til Legeforeningen - sterkt beklaget at han ble irritert under konsultasjonen. Han mener å ha beklaget dette også under konsultasjonen i forbindelse med at han forsøkte å forklare hvorfor hun møtte en annen lege, siden den første legen var opptatt på operasjonsstuen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Kommunikasjon med pasienter er en vanskelig kunst. Rådet kan ikke ta standpunkt til hvorfor konsultasjonen fikk et forløp som beskrevet, men konstaterer at innklagete lege gir sin uforbeholdne beklagelse over at han ga uttrykk for irritasjon under konsultasjonen. Selv om Rådet er av den oppfatning at legen under en konsultasjon har et hovedansvar for forløpet av konsultasjonen, finner Rådet det prisverdig at innklagete lege i dette tilfellet gir sin uforbeholdne beklagelse. Rådet tar beklagelsen til etterretning.

### 1.2.18 Klage på leger – mobbing på arbeidsplassen - 11/2556

En legesekretær har inngitt klage på to leger ved et legesenter for brudd på Ethiske regler for leger, kap II, § 1, for mobbing og, for den ene av dem, seksuell trakassering.

Rådet vedtok å innlede klagebehandling etter denne bestemmelsen i etikkreglene som sier at *”En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og hjelpe, råde og veilede dem”*.

Bakgrunnen for at det oppstod en konflikt, var at legesekretæren var sykemeldt i lengre tid. I hennes sted ble det midlertidig ansatt en vikar i deltidsstilling. Klager beskriver flere situasjoner der hun mener seg tilsidesatt og mobbet, særlig i form av ulik behandling i forhold til de andre fast ansatte og vikaren. Et spesielt forhold er påstanden om seksuell trakassering fra den ene av legene.

De innklagete legene tilbakeviser påstandene om forskjellsbehandling og gir konkrete forklaringer på situasjonene klager beskriver som mobbing. Legen som beskyldes for seksuell trakassering, nekter for dette.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk driver ingen selvstendig etterforskning av klager, men baserer sine uttalelser på partenes redegjørelser. I denne saken står påstand mot påstand, og Rådet kan derfor ikke ta stilling til konflikten. Rådet merker seg imidlertid at de innklagete legene har tatt skritt for å forebygge at slike hendelser skal kunne oppstå i fremtiden.

### 1.2.19 Klage på lege – forskrivning av B-preparater på legevakt - 11/24

En pasient har klaget på en lege ved en legevakt på sykehus over legens oppførsel og manglende vilje til å forskrive B-preparater. Rådet vedtok å innlede klagebehandling etter Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.

Saken er denne:

Pasienten henvendte seg til legevakten på kveldstid pga ryggsmarter og andre kroppslige symptomer. Hun hadde med seg kopi av tidligere utstedt henvisning/skriv fra fastlegen. Henvisningen (beskrevet, men ikke vedlagt i klagen) opplyste om pasientens kroppslige plager, at hun ikke var suicidal og at hun fikk forskrevet medikamentene Nozinan, Paralgin forte og Stesolid. Klager skriver at hun har slitt og sliter psykisk av ulike årsaker - plagene beskriver hun mer detaljert i klagen.

Klager skriver at hun opplevde å ikke bli tatt på alvor av innklagete lege. Hun beskriver situasjonen i lege/ pasientmøtet som ydmykende og at legen verken leste henvisningen hun hadde med seg eller undersøkte henne. Hun beskriver at legen understreket at legevakten ikke skriver ut B-preparater, men likevel ga henne fire Paralgin forte og en tablett Valium da hun forklarte at hun hadde behov for smertelindring til natten. Hun opplevde ordskiftet som svært ubehagelig og at begge partene hevet stemmen. Legen sa at han skulle rapportere pasientbesøket til fastlegen, noe hun uttrykte var greit. Klager skriver at legen ba henne gå og at han sa at han ikke hadde tid til å diskutere siden det var mange som ventet på ham. Klager beskriver at sykepleier ved legevakten uttrykte sympati overfor henne. Hun avslutter med at hun synes innklaget leges oppførsel var uakseptabel og at hun derfor klager ham inn for Rådet for legeetikk.

Innklaget lege har i sitt svar bekreftet klagers kroppslige symptomer, og at hun hadde med seg kopi av henvisning til nevrologisk poliklinikk. Han skriver at hun var gått tom for Stesolid og Paralgin forte og at hun ikke hadde oppsøkt sin fastlege på dagtid for å få resept. Prosedyren ved legevakten er at man i slike situasjoner gir pasienten noen få tabletter og ber pasienten kontakte fastlegen neste dag. I prinsippet skriver man ved denne legevakten ikke ut resept på B-preparater. Legen skriver at han

undersøkte pasienten og tilbød innleggelse i sykehus til tross for at han mente det egentlig ikke var nødvendig. Dette takket pasienten nei til.

Legen skriver også at det er en misforståelse at han skulle ”rapportere” til fastlegen, men det er rutine ved legevakten at det sendes journalnotat til pasientens fastlege. Han kjenner seg ikke igjen i klagers beskrivelse av ham. Han mener at han ikke var uhøflig, men at de brukte mye tid på å diskutere forskrivning av B-preparat til klager. Han vurderer det slik at han har undersøkt pasienten lege artes og at han brukte tilstrekkelig tid på den totale vurderingen. Han understreker at han har holdt seg til prosedyrene ved legevakten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Spørsmålet om legen var i sin rett til ikke å gi klager resept på medisiner som kan være vanedannende, er et medisinsk-faglig spørsmål som Rådet for legetikk ikke kan behandle. Rådet konstaterer imidlertid at det er vanlig praksis at leger på legevakt bare gir en pasient tilstrekkelig med smertestillende medisiner frem til pasienten kan kontakte sin fastlege. En vesentlig kvalitet ved fastlegeordningen er pasientens mulighet til å forholde seg til én lege/ett legekantor og der møte forståelse for sin totalsituasjon, slik klager også gir uttrykk for. Innklagete lege har også holdt seg til Fastlegeforskriften da han fortalte at han ville sende journalnotat/ epikrise til pasientens fastlege (hvis pasienten ikke aktivt motsatte seg det). Rådet gir derfor ikke klager medhold på disse punktene.

Når det gjelder legens oppførsel, står påstand mot påstand, og Rådet kan ikke ta konkret stilling til det. Rådet ser det imidlertid som positivt at leger får tilbakemelding på hvordan pasienter opplever en konsultasjon. Kommunikasjon er en vanskelig og utfordrende prosess, og tilbakemelding er viktig for å kunne reflektere over egen væremåte.

### 1.2.20 Klage på lege – ydmykende behandling under konsultasjon - 11/1632

En pasient har fremsatt klage på en lege for uprofesjonell oppførsel, særlig ved at han omtalte henne som ”feit”, ga kritikk rundt bruk av medisiner, kritiserte henne for navnebytte og for å ha krevd betaling selv om dette var en konsultasjon under graviditet.

Rådet besluttet å innlede klagebehandling i forhold til Etske regler for leger, kap I, §§ 1, 3 og 7.

Innklagete lege har redegjort for konsultasjonens omfang, som innebærer flere forhold enn selve graviditeten. Han mener bestemt at han ikke har omtalt henne som fet, men overvektig, og at han ikke har gjort narr av henne med hensyn til navn. Han mener å huske at det var snakk om slankemedisiner og at han anbefalte henne ikke å ta slike under svangerskapet. Han mener å ha behandlet henne faglig forsvarlig, men har forståelse for at klager kan ha følt seg kontrollert og kanskje mistrodd fordi konsultasjonen var omstendelig. I så fall beklager han det. I brevet til klager beklager han dersom han har behandlet henne dårlig og han tilbyr møte for å diskutere det som har skjedd. Han tilbyr fortsatt å være fastlege for henne, men uttrykker samtidig forståelse dersom hun ønsker å skifte lege.

Rådet **vedtok** å uttale:

Når det gjelder hva som ble sagt av legen under konsultasjonen, står påstand mot påstand, og Rådet kan derfor ikke ta konkret stilling til det. Det er ufølsomt å omtale en pasient som feit, men innklagete lege mener at han heller ikke har gjort det. Å påpeke at en pasient er overvektig, dersom legen etter en faglig vurdering mener dette, og å gi informasjon om risiko forbundet med det, er derimot korrekt og viktig i en slik konsultasjon. Rådet er enig med innklagete lege i at det var korrekt å kreve betaling for konsultasjonen siden den ikke primært var en svangerskapskontroll. Legen har et samfunnsmessig ansvar for ikke å belaste fellesskapet for utgifter som etter lov og forskrifter skal betales av den enkelte.

Rådet merker seg at innklagete lege har beklaget at konsultasjonen forløp slik at klager følte seg dårlig behandlet og at han har tilbudt samtale for å oppklare misforståelser.

### 1.2.21 Klage på fastlege – organisering av praksis og opptreden - 11/1948

En pasient har innklaget en lege for legens organisering av sin legepraksis og for måten hun ble møtt på som ny pasient. Rådet for legeetikk besluttet å ta saken til behandling i forhold til Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.

Saken er denne:

Kort tid etter at klager meldte seg på innklagte leges fastlegeliste, ba hun om rask time for å få målt kolesterolnivået i blodet. Pasienten klager på at fastlegen ikke hadde sekretær, noe hun mente ville bety avbrudd i konsultasjonen, og at venteværelset var mørkt og kaldt. I klagen er det ikke oppgitt at konsultasjonen ble avbrutt av telefoner. Pasienten klager videre på at legen spurte om hvorfor hun hadde skiftet fastlege og hvem den tidligere fastlegen var. Legen spurte også om tidligere sykehistorie og insisterte på å få epikrise. Klager hevder at legen svarte bekræftende på hun ikke ville behandle henne før hun hadde epikrisen. Til slutt klager hun på at hun måtte betale for timen.

Innklagete lege mener at venteværelset er hyggelig. Hun driver solopraksis og mener at det er mindre risiko for avbrudd under en konsultasjon uten sekretær enn med, fordi hun har fast telefontid og setter på telefonsvarer under konsultasjon. Hun bekrefter at hun ønsket å få vite noe om pasientens bakgrunn siden dette var første kontakt, og vurderte også at hun gjerne ville ha epikrise. Det at klager på spørsmål om yrke hadde oppgitt at hun var uføretrygdet, bidro til at helseopplysninger, deriblant overføring av tidligere journal og epikrise, var ønskelig. Legen bekrefter at klager ble sint, men benekter at hun ikke ville behandle klager uten epikrisen. Med hensyn til betaling så mener legen at hun hadde krav på det, men pasienten hadde frikort. Legen beklager det som skjedde, men hun opplevde klagers reaksjon som uventet og forvirrende.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at påstand står mot påstand for mange av de innklagete forholdene. Rådet ser det ikke som kritikkverdig at legen ikke har legesekretær slik hun beskriver organiseringen av sin praksis. Rådet ser det også som naturlig, og vanligvis ønskelig, at en ny fastlege spør om pasientens bakgrunn og tidligere sykehistorie og om å få overført tidligere journalopplysninger. Særlig er dette ønskelig når en pasient har en omfattende og kanskje komplisert sykehistorie, noe legen her måtte anta siden pasienten var uføretrygdet. Slike opplysninger er ønskelige for å kunne ivareta pasientens helhetlige behov, jf Etske regler for leger, kap I, § 1 som bl.a. sier at legen ”...skal verne menneskets helse..” og kap I, § 2 som bl.a. sier at ”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet” og ”Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit...”. Dersom en pasient ikke ønsker å oppgi tidligere leger eller sykehistorie, må legen likevel respektere det. Innklagete lege hevder at hun ikke forlangte å få slike opplysninger, men at hun så det som ønskelig. I så fall gir ikke Rådet klager medhold.

### 1.2.22 Klage på lege – oppførsel mot medarbeider - 11/2677

En sykepleier ved et sykehjem har innklaget en lege ved sykehjemmet for brudd på Etske regler for leger, kap. II, §§ 1 og 2 for ikke å ha vist henne respekt eller gitt råd til henne som kollega (§ 1), og for at han ikke har tatt opp en bekymring direkte med henne (§ 2) gått varsomt fram (§ 2) eller tilbudt hjelp (§ 2).

Saken er denne:

Klager, som er sykepleier, og innklagete lege har i flere år vært nære kolleger ved lindrende avdeling ved et sykehjem. Etter en hjerneblødning kom klager gradvis tilbake i jobb, men da hun var i ferd med å gå tilbake i nær full stilling, ble hun kjent med at innklagete lege hadde sagt til andre ansatte ved sykehjemmet at hun hadde en skade etter hjerneblødningen og derfor ikke kunne gå alene i vakt som sykepleier av hensyn til pasientenes sikkerhet på grunn av endret atferd. Klager hevder videre at innklagete lege hadde bedt kolleger om å overvåke henne uten at hun selv var informert om det. Selv mener hun at hun var fullt restituert etter sykdommen og at hun hadde fått bekreftelse på det av sine behandlere.

Klager ble ikke gjort kjent med bekymringen av innklagete lege, men i et møte med avdelingssykepleier og daglig leder. Etter møtet, som hun forlot, ble klager umiddelbart sykemeldt. I den forbindelse hevder hun at innklagete lege forsøkte å få henne tvangsinnlagt gjennom hennes fastlege med begrunnelse om at han mente hun kunne være suicidal etter reaksjonen på beskjeden. Klager har senere ikke vært i stand til å gå tilbake i jobben på grunn av det hun oppfatter som mistillit fra innklagete lege og ledelsen.

Innklagete lege bekrefter hendelsesforløpet og at han og ledelsen mente at klager foreløpig ikke kunne gå alene i vakt. Han benekter å ha spredd rykter, men skriver at han selv opplevde, og hadde fått tilbakemeldinger om det fra flere ansatte, at hun ikke reagerte som hun pleide før sykdommen. All den tid han og ledelsen fortsatt var usikker på om hun mestret å gå alene i vakt da dette var aktuelt, så de det som nødvendig å ta dette opp med henne ut fra hensyn til pasientenes sikkerhet. Etter diskusjon mellom ham og ledelsen, ble det bestemt at klagers ledere, og ikke innklagete lege som ikke hadde en ledelsesfunksjon overfor henne, skulle ta denne samtalen.

Innklagete lege bekrefter videre at han ringte klager samme ettermiddag og at han, ut fra hennes fortvilelse, var bekymret for om hun kunne være suicidal. I senere samtale med hennes mann ble de enige om at innklagete lege skulle kontakte hennes fastlege, og mannen fikk, på anmodning, råd om eventuelt å kontakte legevakt og eventuelt be om psykiatrisk vurdering dersom det skulle bli behov for det. Innklagete lege fikk etter hvert kontakt med fastlegen som overtok ansvaret for videre oppfølging.

Innklagete lege utdyper behovet for å ta vare på klager, men samtidig måtte han, som medisinsk-faglig ansvarlig, la hensynet til pasientenes sikkerhet gå foran. Han så det som riktig å ikke ta opp bekymringen om hennes endrete væremåte på et tidligere tidspunkt enn det ble gjort og etter at bekymring også hadde kommet fra andre, og at det var korrekt at hennes ledere, og ikke han, var de som tok dette opp med henne. Han mener videre at det ville ha vært feil av ham å ikke ta på alvor at han opplevde henne som mulig suicidal, men mener i ettertid at han burde ha tatt kontakt med mannen hennes om dette allerede første ettermiddag og ikke først etter 2 dager.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har stor forståelse for at denne situasjonen må ha vært svært vanskelig for begge parter. Rådet tar ikke stilling til faglige spørsmål, i dette tilfellet om klager burde få gå selvstendige vakter, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Rådet mener imidlertid at hensynet til pasientenes sikkerhet alltid må være avgjørende i en slik avveielse fra fagansvarlig lege og avdelingsledelse. Rådet anser det også som naturlig at det var klagers nærmeste linjeleder og avdelingens ledelse, og ikke innklagete lege, som tok opp bekymringen med klager.

Med hensyn til innklagete leges handlemåte ut fra at han var bekymret for at klager kunne være suicidal, har Rådet forståelse for at en slik situasjon er svært krevende og at det ikke er enkle svar. Rådet mener imidlertid at en lege, selv om han ikke er vedkommendes behandlende lege, er forpliktet til å ta en slik bekymring på alvor, jf Ethiske regler for leger, kap I, § 1 som bl.a. sier at *"En lege skal verne menneskets helse"*, og kap I, § 6 som sier at *"Når en pasient trenger rask og nødvendig helsehjelp, skal denne ytes så snart som mulig. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp bortfaller dersom legen har sikret seg at annen lege yter hjelp"*. Rådet merker seg at innklagete lege i ettertid mener at en del ting med fordel kunne ha vært taklet annerledes, men Rådet har forståelse for de valg han



gjorde i en slik vanskelig situasjon. Rådet mener derfor at legen ikke har brutt bestemmelser i Ethiske regler for leger og kan ikke gi klager medhold.

### 1.2.23 Klage på lege – kommunikasjon med en døende og pårørende - 11/2475

En pasient har innklaget en lege ved et sykehjem for måten han informerte og kommuniserte med moren og pårørende på da moren var døende.

Saken er denne:

Moren hadde en alvorlig kreftsykdom, men benektet alvorret og tviholdt på en illusjon om å bli bedre til tross for at hun var grundig informert om sin tilstand fra behandlende leger. De pårørende vernet om denne illusjonen hennes fordi de mente hun sårt trengte den.

Moren var innlagt ved sykehjemmet, og etter en visitt av innklagete lege var hun svært opprørt. Han hadde uten særlig innledning, i følge klager, spurt om hun ville dø hjemme, fortalt henne at hun ikke ville leve ut måneden og spurt om hun trodde på Gud. Moren var uforberedt på denne samtalen og tok budskapet hardt og oppfattet det som respektløst å spørre om hennes livssyn. Da de pårørende konfronterte innklagete lege med at han ikke hadde kontaktet de pårørende før visitten, skjulte han seg bak både taushetsplikt og informasjonsplikt.

Klager mener at legens opptreden var i strid med flere paragrafer i Ethiske regler for leger, kap I, § 1 om at *”legen skal helbrede, lindre og trøste”*, § 2 som sier at *”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke*, § 3 som bl.a. sier at *pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det. Opplysninger som kan tenkes å være særlig belastende, skal gis med varsomhet*”, § 4 om at *”utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov”* og § 5 om at *”Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett”*.

Innklagete lege skriver at han ikke kjenner seg igjen i klagers beskrivelse: Samtalen med pasienten hadde utgangspunkt i om hun virkelig ønsket en tur i ambulanse til sykehuset for å få en blodoverføring slik både fastlegen og familien ønsket. Han var i tvil om det var riktig at hun skulle utsettes for plagen med en lang ambulansetur i livets slutfase og spurte om hun var orientert om sykdommen og prognosen, noe hun bekreftet. De diskuterte også om legen kunne tilrettelegge noe for henne. Han skriver videre at *”Og selvfølgelig spurte jeg hun i løpet av samtalen om hun var troende. Det er en viktig informasjon”*.

I en kommentar mener klager at det er ubegripelig at legen i det minste ikke tok opp problemstillingen om hvor hun ville dø (sykehjem eller hjemme) med familien før spørsmålet i det hele tatt ble stilt og med hvilken rett legen kunne si noe om hvor lenge hun hadde igjen å leve. Til slutt kritiserer hun legen, også fra tidligere erfaring, for mangelfull kommunikasjon med familien.

Rådet **vedtok** å uttale:

God kommunikasjon med pasient og pårørende i livets slutfase er en viktig forutsetning for at denne tiden kan oppleves så god som mulig for alle. Det er vanskelig å gi noen generell oppskrift for hva som er riktig eller god informasjon, men Rådet for legeetikk vil vise til en utdypende diskusjon om dette i den nasjonale veilederen *”Beslutningsprosesser for begrensnings av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende”* utgitt av Helsedirektoratet i 2009 ([www.helsedirektoratet.no/Publikasjoner/IS-1691](http://www.helsedirektoratet.no/Publikasjoner/IS-1691)). Der understrekes det at *”Informasjon skal gis hensynsfullt, være tilpasset mottakerens forutsetninger og skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje”*. I veilederen er det påpekt at *”Dersom han/hun ønsker det, skal en pasient som kommer på en varig institusjon, for eksempel sykehjem, få anledning til å snakke om sin situasjon og... spørres om tanker om hva de ønsker ved forverring av helsetilstanden. Også når pasienten er kompetent, bør pårørende*

*få anledning til å delta i slike samtaler, gitt at dette ikke strider mot pasientens ønske". Studier tyder på at mange pasienter føler at slike problemstillinger for sjelden blir drøftet og at dette også i stor grad er tilfelle for pårørende. Forskning tyder på at mot slutten av livet øker pårørendes behov for informasjon, mens den døendes behov minker.*

Etiske regler for leger, kap I, § 3 om at pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det, innebærer også en rett for pasienten til ikke å vite. I denne saken står delvis påstand mot påstand om hvordan samtalen mellom lege og pasient forløp, men Rådet vil peke på at det i slike situasjoner er viktig at forventninger og ønsker om informasjon, og pårørendes medvirkning, så langt som mulig er avklart på et relativt tidlig tidspunkt slik at pasient og pårørende ikke utsettes for unødige negative opplevelser og belastninger. En slik avklaring vil være en god veileder for hvordan informasjons- og beslutningsprosessene bør skje og hvordan pårørende bør involveres etter hvert som tilstanden endrer seg. Siden det er noe uklart om forløpet av samtalen, kan ikke Rådet ta stilling til om det foreligger brudd på Etiske regler for leger, kap I, § 3.

Rådet gir klager rett i hennes kritikk ut fra at det ikke ser ut til at forventninger i forhold til kommunikasjon og medvirkning fra pårørende har vært avklart på en tilfredsstillende måte så nær pasientens død, noe som legen og institusjonen har hovedansvar for.

Med hensyn til legens spørsmål til pasienten om hun trodde på Gud, er klager og innklagete lege enige om hva som ble sagt. Rådet mener at det på et eller annet tidspunkt er viktig å åpne opp for samtale om eksistensielle spørsmål der også spørsmål om livssyn kan komme naturlig opp, men det å spørre direkte om gudstro uten at dette er tatt opp av pasienten, slik det ser ut til å ha skjedd i dette tilfellet, anser Rådet som ufølsomt og potensielt krenkende og dermed i strid med Etiske regler for leger, kap I, § 2 om å ivareta pasientens integritet og vise omsorg og respekt. Rådet gir derfor innklagete lege kritikk for måten spørsmålet ble tatt opp på.

Rådet vil ellers henvise til nevnte veileder der tilnærmingen i denne typen situasjoner, som kan være vanskelig og i stor grad må tilpasses den enkeltes behov, er diskutert mer omfattende.

#### **1.2.24 Klage på lege – kommunikasjon under konsultasjon - 11/3150**

En pasient har innsendt klage på en revmatolog. Klagen er sendt til fastlege og i kopi til Rådet for legeetikk og fylkeslegen.

Saken er denne:

Klager behandles av innklagete lege for en revmatisk lidelse. Klager forteller at hun gruet seg til en konsultasjon fordi hun har opplevd at legen aldri lytter til henne og alltid virker stresset under konsultasjoner. Senere var det aktuelt å starte opp med en ny medisin. I påvente av dette skulle klager få en annen medisin. Klager hadde en forventning om at denne medisinen skulle gis som sprøyte. Da hun oppdaget at legen skrev ut resept på tabletter av det aktuelle medikamentet, protesterte klager. Legen hevdet da å ha uttalt: *"..er du helt dum i håve .. hvor dum kan man egentlig bli?"* I sitt klagebrev sier klager: *"Jeg har ikke lyst til å forholde meg til lege NNs, hans atferd og arroganse takler jeg ikke..."*. Utover dette klager pasienten også på at legen ikke gir pasienter mulighet for annet enn kontant betaling samt at konsultasjoner ofte blir forstyrret av at sekretæren kommer inn på legekantoret med beskjeder.

Innklaget lege har i sine tilsvarende svar en oppfatning av at klager har endret sin væremåte i løpet av den tiden han har kjent henne – noe klager ikke kjenner seg igjen i – og at han oppfattet henne som i utgangspunktet irritert ved den aktuelle konsultasjonen. Han skriver at alle hans pasienter før konsultasjoner blir informert om at han ikke har betalingsterminal og at de bes ta med kontanter når de har avtale. Når det gjelder påstanden om at han skal ha spurt pasienten om hun var dum i hodet, skriver innklagete lege: *"Jeg kan ikke ha sagt dette. Jeg vil beklage på det sterkeste om jeg har sagt*

*noe som hun har tolket i denne retning*". Han medgir at sekretæren tidvis kommer inn på kontoret hans når han har pasienter, men at de fleste pasienter ikke reagerer negativt på dette.

Rådet **vedtok** å uttale:

Klagen dreier seg dels om faglig medisinske vurderinger av medikamentell behandling som Rådet ikke kan ta stilling til, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

Både klager og innklaget lege beskriver en vanskelig konsultasjon. Legen har opplevd pasienten som i utgangspunktet irritert, og pasienten har opplevd legen som arrogant og avvisende og med svært nedsettende omtale av pasienten. Rådet registrerer at de to partene har ulike opplevelser av konsultasjonen og hva som ble sagt i den. Når det gjelder det nedlatende utsagnet om pasienten, beklager legen om han kan ha sagt noe som hun har tolket i den retning. Rådet erfarer ofte i sin klagebehandling at påstand står mot påstand og erkjenner at kommunikasjon er en vanskelig kunst. Det er imidlertid et grunnleggende prinsipp i legeetikken at pasienter skal behandles med respekt. Rådet mener det er viktig at pasienter gir slike tilbakemeldinger for at leger skal kunne reflektere over sin egen væremåte.

Det fremgår av saken at legen hverken gir pasienter mulighet til å betale med kort eller giro. Rådet mener at pasienter i vår tid skal ha mulighet for å kunne betale på annen måte enn kontant. Å ikke kunne tilby pasienter mulighet for å få med en giro, mener Rådet er brudd på Ethiske regler for leger, kapittel I, § 2: *"Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt...."*. Rådet gir legen kritikk for brudd på denne bestemmelsen. Rådet vurderer videre at det er i tråd med god legeetikk å sørge for at konsultasjoner er mest mulig uforstyrret av både telefoner og sekretæravbrudd.

### **1.2.25 Klage på lege – taushetsplikt overfor ekssamboer - 11/5001**

En pasient har fremsatt klage på en lege. Rådet for legeetikk besluttet å innlede klagebehandling etter Ethiske regler for leger, kap I, § 4.

Saken gjelder:

Innklaget lege er klagers fastlege, men også en venn av familien, herunder klagers ekssamboer. Etter bruddet er innklaget lege nabo med klagers ekssamboer - som også er lege. Klager fremhever at hun har tro på innklagete som en bra lege og troverdig person. Grunnlaget for klagen er imidlertid at klager mener å ha avdekket at innklaget lege og ekssamboer kommuniserer om klagers helse - ved at ekssamboer i forbindelse med en samtale hos familierådgiver skal ha uttrykt misnøye med at innklaget lege ikke har henvist klager til nevrolog - skal ha sagt *"jeg skal snakke med ham om dette. Vi har diskutert det før."* Klager stiller også spørsmål ved om hva innklaget lege har gjort for å fremme klagers helse.

I innklaget leges tilsvaer hevder han at han aldri har diskutert klagers helse med ekssamboeren. Han opplyser at ekssamboer heller ikke har henvendt seg til ham om klagers helse og at han heller ikke har videreformidlet til ekssamboer eller andre opplysninger som han har mottatt i kraft av å være klagers fastlege. Han har tolket Rådets henvendelse slik at han ikke skal uttale seg om andre forhold ved klagen.

I klagers tilleggsuttalelse og i uttalelse til innklaget leges tilsvaer fremkommer at det har vært dialog mellom klager og innklaget lege om det er hensiktsmessig at fastlegeforholdet består, men av sammenhengen fremgår at det fortsatt er et lege-pasientforhold mellom innklaget lege og klager. Klager fastholder det hun tidligere har uttalt om brudd på taushetsplikten. Siden brevet fra klager ikke inneholder noe nytt i forhold til klagegrunnlaget, har sekretariatet akseptert at det ikke blir gitt ytterligere kommentarer fra innklaget lege.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at lege-pasientforholdet i dette tilfellet byr på noen svært krevende utfordringer siden innklaget lege har et vennsforhold til begge ekssamboere. Dette er i seg selv ikke formelt problematisk, men stiller store krav til legens profesjonalitet - spesielt med hensyn til taushetsproblematikken.

Når det gjelder den episoden som klager henviser til, står påstand mot påstand. Rådet for legeetikk kan ikke ta standpunkt til hva som er riktig beskrivelse av hva som faktisk har skjedd, men tar til orientering at legen meddeler at han ikke har drøftet klagers helseproblemer med hennes ekssamboer. Rådet kan derfor ikke ta standpunkt til om det har skjedd brudd på Etske regler for legers bestemmelser om taushetsplikt i kap I, § 4.

Når det gjelder klagers påstand om at innklaget lege ikke har gjort nok for å fremme klagers helse, er dette et medisinsk-faglig spørsmål som Rådet ikke kan behandle, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

### **1.2.26 Klage på lege – mangelfull oppfølging og utlevering av opplysninger - 11/1513**

En pasient har innsendt klage på oppfølgingen fra en legespesialist. Rådet besluttet å ta saken opp til behandling etter Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2.. Rådet har ikke mottatt svar fra innklagete lege til tross for puring.

Rådet **vedtok** å uttale følgende:

Rådet ser det som vanskelig å realitetsbehandle saken uten at det foreligger uttalelse fra innklaget lege, men det er utvilsomt kritikkverdige etter Etske regler for leger, kap I, §§ 1, 2 og 3 at en lege ikke oversender epikriser til pasienten eller til andre behandlende leger.

Siden innklaget lege heller ikke har besvart henvendelser fra Rådet for legeetikk må innklagete lege gis reprimande for å unnlate dette, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 6, 2. ledd.

Rådet for legeetikk har i etterkant av møtet vedtatt at innklagete lege må pålegges å utlevere de pasientopplysninger, epikriser etc som gjelder klager, både til klager selv og til andre behandlende leger. Innklagete lege må også beklage overfor klager at dette ikke har vært gjort tidligere. Rådet viser til Reglement for Rådet for legeetikk § 10, 1 ledd, siste setning og 2. ledd, siste setning.

## **1.3 Høringssaker**

### **1.3.1 Endring av prioriteringsforskriften – Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet - 10/6376**

Legeforeningen har i brev av 1.12. 2010 bedt om uttalelse fra enkelte organisasjonsledd vedrørende forslag om endring av prioriteringsforskriften som gjelder helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Det vises til høringsbrev av 25.11. 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk ser det som meget positivt at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeider forskrift for hvordan personer som oppholder seg ulovlig i landet, kan sikres forsvarlig helsetjeneste. Rådet mener imidlertid at forslagene er utilstrekkelige for hva Norge bør tilby denne gruppen så lenge de oppholder seg i landet, både ut fra et humanistisk og legeetisk synspunkt og ut fra hvordan forslagene kan etterleves i praksis.

Ut fra menneskerettshensyn, barnekonvensjonen og Den norske legeforenings "Ethiske regler for leger" mener Rådet for legeetikk at leger og annet helsepersonell er forpliktet til å tilby samme omfang av helsetjeneste til alle som henvender seg til oss og ber om det. I Ethiske regler for leger, kap I, § 1 heter det bl.a. "*Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter..*" og i kap I, § 2, bl.a. "*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt.*". Et rettferdighetsprinsipp i forhold til å tilby helsetjenester er også nedfelt i kap I, § 12. Dette er også, slik Rådet tolker det, i tråd med "Declaration on the Rights of the Patient" av World Medical Association (Lisboadeklarasjonen, 2005, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/index.html>). Både Ethiske regler for leger og Lisboadeklarasjonen er regler for hvordan leger skal forholde seg til pasienter. Spørsmål knyttet til personer som oppholder seg ulovlig i landet, er verken omtalt eller sannsynligvis tenkt på, men dette er generelle etiske retningslinjer som leger bør forholde seg til og som gjør det vanskelig å "sortere" tilbud ut fra en persons juridiske rettigheter.

Når det gjelder øyeblikkelig hjelp og tilbud til gravide og barn, mener Rådet at disse gruppene, ut fra de nevnte konvensjoner og etiske retningslinjer, utvilsomt har krav på de samme rettighetene til helsetjenester som dem med lovlig opphold. Dette er i samsvar med HODs forslag. Uenigheten knytter seg til det å skille mellom "*helsehjelp som er nødvendig og ikke kan vente*" og nødvendig helsehjelp på annet grunnlag. I høringsnotatet er det satt opp eksempler på hva som kan oppfattes som "nødvendig og ikke kan vente", men listen er uklar, ikke uttømmende, og vanskelig å forholde seg til i praksis; for eksempel er ikke kroniske infeksjoner nevnt. I praksis vil enhver første gangs konsultasjon måtte oppfattes som øyeblikkelig hjelp eller noe som "ikke kan vente" - det er først i løpet av en slik konsultasjon at legen kan ha noen formening om grad av hast og betydning for helsen, og denne vurderingen vil uansett ofte være meget subjektiv eller meget vanskelig å ta stilling til.

Rådet for legeetikk ser det som avgjørende å skille mellom rett til helsehjelp så lenge mennesker oppholder seg i landet, og rett til opphold i landet som reguleres av utlendingsloven. Rådet innser at det å ha en sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke kan gi en automatisk rett til opphold eller at det helsetilbudet de får mens de er i Norge nødvendigvis skal være norm for den standarden de må få i hjemlandet dersom de utvises fra Norge. I hvor stor grad sykdom eller funksjonsnedsettelse skal ha betydning for om en person skal få opphold på humanitært grunnlag må være gjenstand for en individuell vurdering av myndighetene ut fra en sakkyndig vurdering av helsetilstanden og kjennskap til hva som kan tilbys i hjemlandet.

Rådet for legeetikk mener altså at personer som oppholder seg ulovlig i landet må ha samme rett til helsehjelp som dem som oppholder seg lovlig, så lenge de er i landet, både ut fra etiske prinsipper om likebehandling og fordi det i praksis er vanskelig å skille mellom helsehjelp som kan eller ikke kan vente. Men uansett hva resultatet blir, må det sikres finansiering av helsetjenestene. I høringsnotatet er det foreslått egenbetaling. Det bør gjelde for dem som kan betale, men de aller fleste vil ikke ha mulighet til å betale for tjenestene, og da blir rettigheten fiktiv. For dem som ikke er i stand til å betale må det sikres automatisk finansiering av øyeblikkelig hjelp og helsetjenesten til barn og gravide, og for andre helsetjenester må lege kunne søke om dekning på en enkel og rask måte. Dette bør være en statlig forpliktelse fordi dette er personer som ikke har tilknytning til kommune eller som ofte flytter mellom kommuner.

### **1.3.2 Høring – forslag til forskrift om endringer i forskrift om genetisk masseundersøkelse i forbindelse med utvidet tilbud om nyfødtscreening - 11/250**

Legeforeningen har i brev av 20.1. 2011 tilskrevet bl.a. Rådet for legeetikk med anmodning om uttalelse til Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i forskrift om genetisk masseundersøkelse som er gitt med hjemmel i bioteknologiloven, sendt ved brev av 11.1. 2011 til høringsinstansene.

Rådet **vedtok** å uttale:

Forslaget innebærer at nyfødtscreeningen utvides til 23 forskjellige sykdommer mot 2 i dag. Det er et bærende prinsipp i forslaget fra arbeidsgruppen som har utredet programmet, at de sykdommene som er foreslått inkludert kan diagnostiseres med stor grad av sannsynlighet (høy sensitivitet og spesifisitet) gjennom en biokjemisk undersøkelse av blod, at programmet bare omfatter sykdommer der det etter flertallets mening i arbeidsgruppen er et tilfredsstillende behandlingstilbud og at det er viktig for prognosen at sykdommen oppdages før det oppstår kliniske symptomer. Flertallet i arbeidsgruppen mener derfor at alle disse sykdommene fyller WHO's kriterier for å kunne være gjenstand for screening.

Rådet for legeetikk stiller seg derfor undrende til HODs høringsutkast der det opplyses om at screeningen er å definere som en "presymptomatisk eller *prediktiv* undersøkelse". Slik Rådet har oppfattet innstillingen er det bare snakk om *presymptomatiske* undersøkelser. Ved påvist sykdom vil riktig nok foreldrene få vite at de er bærere av en recessivt arvelig sykdom, men de vil ikke bli syke. Riktignok vil også en positiv diagnose på barnet innebære at foreldrene får vite at eventuelt senere barn er i risiko for å få samme sykdommen, men en slik kunnskap kan neppe innebære at påvisning av sykdommen hos barnet oppfattes som en prediktiv test. Screening innebærer ikke at det stilles en sikker diagnose, men en diagnose vil raskt bekreftes eller avkreftes gjennom videre undersøkelser. Slike undersøkelser kan innebære spesifikke genetiske tester, slik det er foreslått for cystisk fibrose, men igjen så dreier det seg i utgangspunktet om presymptomatiske og ikke prediktive undersøkelser.

Arbeidsgruppen satte også som forutsetning at screeningen skulle baseres på biokjemiske, og ikke genetiske tester, bl.a. for å unngå at det ble foretatt genetisk kartlegging ut over formålet, samt at genetiske tester i stor grad er *prediktive* undersøkelser fordi de viser disposisjon/risiko for en sykdom. En biokjemisk test viser derimot at det *foreligger* en stoffskiftefeil og er derfor i hovedsak en presymptomatisk test såfremt barnet ikke allerede har utviklet symptomer.

Fra høringsnotatet pkt 4.3 og 7 slås det fast at prøvene til nyfødtscreening vil inngå i en behandlingsbiobank, og det er anført at iflg helseforskningslovens § 28 kan det på visse vilkår, og etter søknad til REK, bestemmes at humant biologisk materiale innsamlet i helsetjenesten som ledd i diagnostisering og behandling, "*kan eller skal brukes til forskningsformål uten innhenting av pasientens samtykke*". Men samtidig er det anført at "*Pasienten skal på forhånd ha blitt informert om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og må ha fått adgang til å reservere seg mot forskning på materialet*". Rådet for legeetikk finner HODs forslag uklart, og er bekymret for at forslaget om at blodprøvene skal inngå i en behandlingsbiobank kan føre til at disse vil kunne anvendes i undersøkelser langt ut over formålet for screeningen, for eksempel omfattende genetiske undersøkelser av befolkningen. I biobanker Rådet kjenner til, er biologisk materiale innsamlet etter informert og eksplisitt samtykke, og materialet kan ikke brukes til formål ut over det som det er gitt samtykke til. I nyfødtscreeningen er det enighet om at screeningen skal være basert på presumert samtykke på bakgrunn av en generell informasjon til foreldrene om hensikten, nemlig å oppdage et bestemt sett av alvorlige medfødte sykdommer. Dersom det innsamlete blodet skal kunne brukes til annet formål enn å undersøke for de spesifiserte sykdommene og kvalitetssikre metodene i den forbindelse, måtte det, etter Rådets oppfatning, foreligge et spesifikt samtykke. Selv med et spesifikt samtykke er Rådet usikker på i hvor stor grad foreldrene skal ha anledning til å samtykke på vegne av barnet om at blodet skal inngå i en behandlingsbiobank.

Hele hensikten med screeningen er *barnets beste*. Ved å utvide formålet med nyfødtscreeningen til også å gjelde en behandlingsbiobank som kan anvendes til andre formål enn å screene for de sykdommene man er blitt enige om og kvalitetssikre diagnostiseringen av disse spesifikke sykdommene, er Rådet engstelig for at nyfødtscreeningen vil komme i miskreditt. Det vil kunne medføre sviktende oppslutning i så stor grad at samfunnet må vurdere å gjøre screeningen obligatorisk av hensyn til barna. Å gjøre screeningen obligatorisk er imidlertid problematisk, i alle fall foreløpig, blant annet fordi vi ikke kan være helt sikre på metodenes sensitivitet og spesifisitet når det gjelder å påvise og forebygge klinisk sykdom for enkelte av sykdommene, selv om dette er nøye vurdert i forslaget; med andre ord kan man ikke utelukke at noen av sykdommene på sikt kan vise seg å ikke fylle WHO's krav til screening. Det å endre på formålet med nyfødtscreeningen kan derfor også bidra til å svekke tilliten til helsevesenet generelt sett.

Rådet for legeetikk mener derfor at forslaget er uklart og vil advare mot at det åpnes for at blod samlet i nyfødtscreeningen skal kunne brukes til annet formål enn presymptomatisk diagnose av de sykdommene som til enhver tid inngår i programmet, samt kvalitetssikring av metodene for screeningen for disse.

### 1.3.3 Høring – forslag om lovregulering av rituell omskjæring av gutter - 11/2428

Legeforeningen hadde mottatt høring om forslag om lovregulering av rituell omskjæring av gutter fra Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26.4. 2011 med høringsfrist: 8.9. 2011.

Rådet **vedtok** å avgi følgende uttalelse:

HOD foreslår lovregulering av rituell omskjæring for å sikre at prosedyren utføres forsvarlig. Videre foreslår HOD, etter å ha utdypet flere mulige alternativer, en lovfesting av at rituell omskjæring skal organiseres av de regionale helseforetakene og tilbys gratis fra spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i forbindelse med fødselen. Innenfor denne rammen skisserer HOD til slutt 2 alternativer - enten at inngrepet bare kan gjøres av lege, eller at inngrepet også kan gjøres av andre enn leger når bestemte vilkår er oppfylt. I forhold til det siste alternativet er det foreslått at andre enn leger kan få tillatelse til å utføre inngrepet de første 2 levemånedene dersom de kan dokumentere kompetanse.

Rådet for legeetikk er enig med HOD om at spørsmålet reiser vanskelige og delvis motstridende medisinsk etiske hensyn, og at virksomheten må lovreguleres. I denne gjennomgangen har Rådet tatt for seg det oppfatter som de viktigste etiske avveiningene, og det vil fremgå at Rådet er uenig med HOD på flere vesentlige punkter.

#### 1. Bør rituell omskjæring tillates eller forbys?

Prinsipielt er det gode argumenter for at rituell omskjæring hos gutter burde forbys siden det er et kirurgisk inngrep med fjerning av en kroppsdel uten medisinsk begrunnelse hos en gutt som ikke har samtykkekompetanse. Inngrepet er forbundet med smerte i flere dager, selv om det gis adekvat bedøvelse, og kan medføre medisinske komplikasjoner/følgetilstander, selv om det er sjelden. Et annet moment er at barnet *varig* påføres en bestemt religiøs identitet uten å kunne gi samtykke til det. I lovteksten (§ 2) er det foreslått at rituell omskjæring skal defineres som at det har en religiøs eller kulturell begrunnelse (Rådets understrekning). Kulturelt sett har kvinnelig omskjæring sannsynligvis samme forankring som mannlig omskjæring blant noen etniske grupper, men er straffbart, selv når inngrepet utføres like begrenset som ved mannlig omskjæring, noe som er tradisjonen hos noen folkegrupper. Ut fra en konsekvens-etisk betraktning kan det derfor hevdes at samme forbud eller tillatelse bør gjelde for begge kjønn dersom kvinnelig omskjæring ikke fører til kjønnslemlestelse.

Rådet for legeetikk ønsker likevel ikke et forbud fordi mannlig omskjæring tross alt er et sterkt påbud i jødisk og islamsk religion. Et forbud vil bety at virksomheten går "under jorden" med potensielt alvorlige konsekvenser, særlig for guttene, men også for familiene. Et forbud vil i praksis også være nær umulig å håndheve. Rådet har også respekt for det religiøse påbudet, og i avveiningen av "barnets beste" i konflikten mellom å utføre inngrepet uten samtykke og betydning av tilknytning til religion, anser Rådet at å akseptere omskjæring foreløpig er til barnets beste, helheten tatt i betraktning. Religiøse oppfatninger endrer seg imidlertid med tiden, og Rådet vil oppfordre religiøse ledere til å arbeide for alternative ritualer for å bekrefte tilhørighet.

I argumentasjonen både for og mot omskjæring er det brukt medisinske begrunnelser. De siste årene er det holdepunkter for at mannlig omskjæring kan bidra til å begrense hiv-smitte i noen høy-endemiske områder. Før dette var det bred enighet blant medisinsk faglige organisasjoner om at rutinemessig omskjæring ikke hadde noen medisinsk indikasjon, jf American Academy of Pediatrics som tidligere oppsummerte dette. Rådet for legeetikk mener at forhold til hiv-smitte ikke kan gjøres til et generelt argument for omskjæring hos barn uten samtykkekompetanse - en eventuell medisinsk indikasjon må

bedømmes konkret ut fra den epidemiologiske og sosiale situasjonen på det enkelte sted. Dersom det derimot var åpenbart at omskjæring kan føre til endret funksjon av penis, for eksempel i seksuell sammenheng, kan det være aktuelt med et lovforbud, men etter det Rådet har kjennskap til, foreligger det ikke overbevisende dokumentasjon for at omskjæring påvirker seksualfunksjonen selv om en dansk studie nylig ga holdepunkter for at omskjæring fører til økt risiko for seksuell dysfunksjon (Frisch M et al. Int J Epidemiol 2011).

*I det hele tatt mener Rådet at eventuelle medisinske begrunnelser for omskjæring ikke har noen plass i diskusjonen fordi lovteksten ikke foreslår en medisinsk, men en rituell begrunnelse ut fra kultur og religion. Medisinsk- faglige argumenter kan bare brukes til å begrense virksomheten dersom omskjæring fører til betydelig risiko for medisinske komplikasjoner/problemer. Rådet mener at det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å forby omskjæring på et slikt grunnlag dersom inngrepet utføres forsvarlig etter de medisinske normer som gjelder i Norge.*

## 2. Hvem bør få tillatelse til å utføre inngrepet?

HOD har her skissert 2 modeller; enten at bare lege eller at også andre enn leger kan utføre inngrepet dersom vedkommende har fått konkret godkjenning etter å ha dokumentert visse kompetansekrav. HOD har foreslått at ikke-lege kanskje bare kan utføre inngrepet dersom barnet er yngre enn 2 måneder.

Rådet for legetikk mener, av flere grunner, at bare lege bør kunne utføre inngrepet:

- Internasjonalt er det vanlig å utføre inngrepet uten noen som helst form for smertelindring eller bare etter å ha påført lokalbedøvende krem på huden. I Norge vil en slik praksis ikke kunne forsvares med den kunnskapen vi nå har om spedbarns opplevelse av smerte. Et minimum av smertelindring bør derfor være ledningsanestesi av nerverøttene til huden. Slik Rådet leser innstillingen, er dette også HODs oppfatning. I så måte er hele prosessen mer komplisert og omfattende enn det som har vært tradisjonen internasjonalt, og krever at kompetent lege utfører inngrepet. Rådet er kjent med at jødisk religion krever at inngrepet utføres av en mohel. Rådet ser det som en mulighet at lege står for inngrepet, men at legen kan tillate at en mohel med spesifikk godkjennelse snitter av huden med kniven som siste fase i inngrepet.
- Rådet er uenig i forslaget om at annen enn lege bør kunne utføre inngrepet hvis barnet er yngre enn 2 måneder. Rådet ser ingen faglige grunner til å sette et skille avhengig av alder på barnet. Smerteopplevelsen og krav til forsvarlig anestesi er den samme - den eneste grunnen til å tillate et alternativ hos spesielt unge spedbarn måtte være det praktiske at de er lettere å holde i ro, noe som ikke bør være et forsvarlig argument ut fra et helsemessig synspunkt.
- Rådet mener at leger må kunne reservere seg mot å utføre inngrepet fordi de her endrer sin rolle fra å utføre et inngrepet på medisinsk indikasjon til å utføre et religiøst ritual. Dette kan, etter Rådets oppfatning, sammenlignes med legers rolle i forhold til nøddåp. Barneleger opplever ikke sjelden at foreldre ønsker nøddåp ved kritisk sykdom hos nyfødte. Dette er en forespørsel den enkelte lege må ta personlig stilling til.
- HOD foreslår at inngrepet bør gjøres på føde-/barselsavdeling. Rådet mener at dette kan være hensiktsmessig på avdelinger der det er stor etterspørsel etter å få inngrepet utført. Ved de fleste fødeavdelingene i landet dreier dette seg imidlertid om et lite antall gutter hvert år og liggetiden er meget kort. På grunn av dette, og fordi mange leger åpenbart ikke ønsker å tilegne seg ferdigheten av samvittighetgrunner, vil det ikke være tilstrekkelig antall leger som er tilgjengelige og som har tilstrekkelig erfaring til å utføre inngrepet på en forsvarlig måte. I tillegg er spredning av overfladiske sykehusinfeksjoner, særlig stafylokokker, et stadig tilbakevendende problem på barselsavdelinger. Det å etablere åpne sår, slik som etter omskjæring, kan tenkes å øke risikoen for slik smitte.

Rådet for legetikk ser for seg at det er en bedre løsning at virksomheten organiseres slik at den utføres planlagt av et fåtall leger som får mye erfaring og god kompetanse. Dette kan skje som planlagt poliklinisk virksomhet i en offentlig eller privat klinikk og gjerne kort tid etter fødselen.



### 3. Bør omskjæring av gutter være en offentlig prioritert oppgave?

- HOD foreslår at omskjæring bør skje innenfor det offentlige helsevesenet for å hindre at guttene lider overlast. Dette argumentet er for så vidt lett å forstå, men Rådet mener at samme typen forsvarlighet kan oppnås på annen måte gjennom lovgivningen. En lovregulering av virksomheten setter krav, *både* til den som utfører inngrepet, og til foreldrene som har plikt til å påse at den som utfører inngrepet, har de kvalifikasjonene som loven forutsetter.
- HOD foreslår at rituell omskjæring, i tillegg til å være en offentlig oppgave, også skal være gratis. Rituell omskjæring er en religiøs og ikke en medisinsk begrunnet handling. Å innføre dette som en gratis og prioritert offentlig oppgave, vil stride mot de flestes oppfatning av hva som skal være samfunnets prioriterte helseoppgaver. Det er også fare for at en slik "offentlig godkjennelse" vil øke presset på familier som ikke ønsker omskjæring, men som er medlemmer av religiøse grupper der omskjæring er normen.
- Rådet foreslår at omskjæring skal være lovlig såfremt det utføres av kompetent lege og under forsvarlige forhold. Det er positivt om de regionale helseforetak er behjelpelig med å bidra til at tilbud opprettes i hver helseregion, men det bør ikke medføre kostnader for det offentlige. Hvorvidt helseforetak oppretter et tilbud til selvkost innenfor det offentlige helsevesen eller oppfordrer private foretak til å stå for tilbudet, bør være opp til det enkelte foretak.

Rådet forstår at mange familier opplever at det er dyrt å få utført inngrepet for prisen det faktisk koster, men tviler på om det er dyrere i Norge enn det familiene må betale for tilsvarende kvalitet i de landene de opprinnelig kom fra når forskjell i prisnivå tas i betraktning. Rådet mener uansett at det strider mot viktige prinsipper i prioriteringen innen helsevesenet at et slik inngrep skal være gratis og prioriteres foran oppgaver med medisinsk begrunnelse. Rådet mener videre at dette er en kostnad familiene må være forberedt på å prioritere innenfor familiens budsjett.

Rådet er i det hele tatt forundret over at høringsnotatet overhodet ikke bærer preg av å ha vært utformet i samarbeid med de gruppene det gjelder. Så vidt vi kan se, er det ingen avveininger som refererer til diskusjoner med sentrale representanter for de muslimske og jødiske miljøene. Rådet er kjent med at jødene alltid har sørget for en organisering av omskjæring utenfor det offentlige helsevesen. Hvorvidt dette fortsatt vil være tilfredsstillende ut fra en medisinsk forsvarlighetsbetraktning har ikke Rådet noen formening om, men antar at de fortsatt vil opprettholde sin organisering også etter at nye krav blir stilt. Rådet er klar over at de muslimske miljøene er mer heterogene og sammensatte, men er likevel forundret over at disse til dels store miljøene ikke ser ut til å ha tatt initiativ til eller forsøkt å organisere et forsvarlig tilbud til sine medlemmer. Rådet er kjent med at stadig færre offentlige som private institusjoner har vært villige til å utføre omskjæring de siste årene, men er ikke kjent med årsakene til dette. Rådet savner en mer utdypende analyse av dette i høringsnotatet. Men i Norge er det i dag så vidt mange leger med muslimsk og jødisk bakgrunn, og sannsynligvis også mange leger uten slik bakgrunn som kan tenke seg å gjøre omskjæringer, at det ikke burde være vanskelig å etablere gode tilbud i alle helseregionene.

### 4. Konklusjon

Rådet for legeetikk:

- Mener at rituell omskjæring er en religiøst begrunnet handling uten medisinsk begrunnelse. Leger bør derfor ikke pålegges å måtte utføre inngrepet.
- Støtter forslaget om at rituell omskjæring av gutter må lovreguleres slik at virksomheten fyller kravene til medisinsk forsvarlig behandling.
- Er uenig i at omskjæring skal være en prioritert og gratis spesialisthelsetjeneste.

- Mener at inngrepet bare må utføres av lege, men at person med ansvar i fht det religiøse ritualet under visse forutsetninger kan utføre en begrenset del av handlingen under legens veiledning.
- Ser det som positivt om helseforetakene er hjelpelige med å etablere forsvarlige tilbud.

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

### 2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer

#### 2.1.1 Klage på offentlig kritikk av kolleger - 11/799

En lege har på vegne av en legegruppe innklaget en lege ved et sykehus for hans kritikk i media mot kollegaer ved et annet sykehus innenfor samme helseforetak.

Saken er denne:

Tre dager etter en tragisk bilulykke utenfor X, der to unge personer omkom og en person ble alvorlig skadet, var det et oppslag i lokalavisen om ulykken. I avisoppslaget, som er vinklet som en suksesshistorie med fokus på at en alvorlig skadd person fra bilulykken ble stabilisert på lokalsykehuset, ble flere av overlegene ved sykehuset intervjuet. Det ble bl.a. uttalt at personen som ble alvorlig skadet, ville dødd dersom det ikke hadde vært for lokalsykehuset.

Et halvt år etter ulykken gikk innklagete lege ut med kritikk av overlegene ved dette sykehuset, både for den medisinsk-faglige måten ulykkesmeldingen ble håndtert på, og fordi han mente overlegene, i avisoppslaget i lokalavisen, benyttet bilulykken som et lokalpolitisk innlegg i en pågående sykehusstrid, til fordel for lokalsykehuset. Innklagete lege skrev innlegget i debattforum på nettsiden til lokalavisen som respons på et anonymt innlegg, som viste til at det var på grunn av lokalsykehuset at to liv ble reddet ulykkesdagen. Innklagete leges innlegg ble også gjengitt på nettsiden til NRK lokalt. Innklagete lege hevder videre at han forsøkte ikke å komme med medisinske opplysninger som ikke allerede var kjent, og poengterer at saken i utgangspunktet var brakt fram i media av miljøet ved lokalsykehuset.

Klagerne peker på at det ikke var noen ved lokalsykehuset som aktivt kontaktet media, men at de svarte på henvendelser. Dette i motsetning til innklagete lege, som selv tok initiativ og gikk ut med offentlig kritikk, uten å ha tatt kontakt med involverte. Klagerne hevder at dette har vært belastende, både for ansatte ved sykehuset og for dem som var involvert i ulykken, og deres pårørende.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet tar ikke stilling til medisinsk-faglige spørsmål (jf Reglement til Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd), og kan dermed ikke ta stilling til selve håndteringen av bilulykken. Rådet har behandlet saken i forhold til de alminnelige (kap I) og kollegiale (kap II) bestemmelsene i Etske regler for leger.

Ut fra vedlagte dokumentasjon mener Rådet at innklagete lege i sitt nettinnlegg ga flere opplysninger om dem som var involvert i ulykken enn det som fremgår av oppslaget i lokalavisen. Dette er i strid med bestemmelsene i kap I, § 4, om hensyn til taushetsplikt og også kap I, § 2, om å behandle pasienter med barmhjertighet, omsorg og respekt, siden innlegget var egnet til å påføre pasienter og pårørende uønsket offentlig oppmerksomhet og så tvil om de forulykkede fikk rett behandling. Innlegget er, etter Rådets oppfatning, også i strid med kap II, §§ 1, 4, 5 og 7 som bl.a. sier at *"En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt..", "En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men alltid ha pasientens interesse for øye", "Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig*

plan” og ”Leger skal kommunisere åpent og tillitsfullt med hverandre”. Innklagete lege får kritikk for å ha brutt disse bestemmelsene.

I det opprinnelige oppslaget i lokalavisen står det at ”Hadde det ikke vore for lokalsjukehuset, hadde det vore fire døde, tre frå bilulukka og eitt barn, seier [navn på en av legene]. Det var neppe grunnlag for en så bastant konklusjon, og gitt den åpenbare sykehusstriden, oppfatter Rådet sitatet som brudd på kap I, § 11, som sier at ”En lege som avgir uttalelse om medisinske spørsmål til media, bør sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort” og kap II, § 5, om å holde en medisinsk faglig debatt på et saklig plan. Rådet gir derfor også kritikk til klagerne for å ha brutt disse bestemmelsene.

### 2.1.2 Klage på kolleger - 11/3116

En overlege ved ett av sykehusene i et helseforetak har innklaget 9 kolleger ved andre sykehus i samme helseforetak for å ha fremsatt uakseptable, feilaktige og regelstridige beskyldninger mot helseforetaket for ”bevisst feilkoding” og ”direkte juksing” i forhold til koding av en type pasientskade i brev stilet til helseforetakets administrerende direktør (AD), viseadministrerende direktør og ansatte styrerepresentanter fra sykehusene.

Klager mener at de innklagetes brev stilet til AD og andre er i strid med Etske regler for leger, kap I, § 11 om å ”...medvirke til at almenheten og myndigheter får saklig informasjon...” og med kap II, §§ 1, 4, 5 og 7 i de kollegiale bestemmelsene i Etske regler for leger.

Klager påpeker at brevet, som var undertegnet av de innklagete legene og 4 andre avdelingssjefer, ble skrevet kvelden før et møte i sykehusstyret og overlevert AD samme kveld uten at saken hadde vært drøftet i linjen under AD. Det framgår av klagen at AD la brevet fram for sykehusstyret neste dag og at informasjonen tilfløt pressen som deretter hadde store oppslag om saken.

Klager påpeker at brevskriverne må ha skjønt at innholdet ville bli kjent for offentligheten, at brevet hadde en uakseptabel form og åpenbart hadde til hensikt å skade helseforetaket generelt og sykehusavdelingen spesielt.

I sitt tilsvarende skriver de innklagete legene at det for nevnte skadetype var skjedd etterkoding ved ... (klagers sykehus) og at dette hadde skaffet avdelingen mange millioner i uberettiget refusjon. Dette hadde blitt tatt opp med vedkommende avdelingssjef og AD uten at de innklagete legene følte at de var blitt tilstrekkelig hørt. Brevet ble forfattet da brevskriverne like før nevnte styremøte ble kjent med ADs forslag til vedtak som de mente var utilfredsstillende. De innklagete legene påpeker at brevet ble sendt i linjen, dvs til AD. De påpeker videre at alle utsagnene i brevet er riktige og at utredninger har bekreftet det. De viser også til at AD og divisjonsdirektøren ved ... (klagers sykehus) har uttrykt ”forståelse for at 13 ledere i forkant av et styremøte påpekte uregelmessigheter i bruk av ...koder ved ....(helseforetaket)”. De innklagete legene presiserer også at det var AD, ikke brevskriverne, som utleverte informasjonen til media.

De innklagete legene har lagt ved kopi av en e-post fra klager stilet til de 13 brevskriverne med kopi til AD og egen divisjonsdirektør, avdelingssjef og hovedtillitsvalgt. Det fremgår også at innholdet ble lagt ut på åpent nett (blogg) og innklagete leger spør hvordan Rådet ser på formen og innholdet av denne meningsyttringen, som de oppfatter som injurierende personangrep.

I et tilsvarende opprettholder klager sin klage og begrunner denne nærmere. Hovedankepunktet er at de innklagete legene har brukt begrepene ”bevisst juks” og ”svindel” om kodeproblemene. Han viser ellers til at offeret er vedkommende som er beskyldt for uberettiget koding og hans familie. Han beklager videre at de innklagete legene har oversett fristen på 3 uker på å svare på klagen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet oppfatter at brevet fra de innklagede legene var stilet til rette vedkommende, dvs AD, all den tid dette gjaldt en sak som vedkom hele helseforetaket, ikke bare .....(klagers sykehus), og siden de mente at saken ikke var behandlet på betryggende måte. Rådet mener også at de innklagete legene var berettiget til å sende brevet ut fra sakens karakter og siden de mente at saken angikk alle sykehusene i helseforetaket. Rådet vil heller ikke kritisere måten brevet ble overlevert på all den tid ADs forslag til vedtak i saken ble kjent kort tid før møtet i sykehusstyret. At AD ga brevet til media kan ikke lastes brevskriverne.

I brevet til AD har ikke forfatterne skrevet at det er skjedd ”bevisst juks” eller ”svindel”, men at ”*For oss som fagpersoner vil vi være så direkte som å si at det virker åpenbart at.....bevisst har brukt kodeverket på en måte som har skaffet divisjonen urettmessige inntekter og på en måte som overhodet ikke er intensjonen med kodeverket*”, og senere at ”*Vi vil hevde at dette dreier seg om direkte juksing,...*” [Rådets understrekinger]. Rådet kan ikke se at innklagete leger har brukt ordet ”svindel” slik det blir påstått av klager. Rådet mener at disse formuleringene var akseptable gitt begrunnelsene i brevet og sakens karakter og siden de mente at AD i sitt forslag til styrevedtak ikke hadde tatt tilstrekkelig hensyn til sakens alvor til tross for tidligere påpekninger.

Rådet gir derfor ikke klager medhold. Tvert om vil Rådet påpeke at det er i tråd med Etske regler for leger, kap II, § 2 å påpeke det de mener er ”...*faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider*”. Samme paragraf sier at dette først bør tas opp med vedkommende, men også at ”*hvis dette ikke fører fram, bør legen ta saken opp enten med administrativt overordnet....*” Slik denne saken hadde utviklet seg, anser Rådet at det var rimelig å ta saken opp med AD, også ut fra denne bestemmelsen i Etske regler for leger.

I forhold til at klager kritiserer de innklagete legene for sent tilsvare, vil Rådet påpeke at de etter direkte kontakt med leder og sekretariatet fikk utsatt fristen på grunn av ferieavvikling.

Rådet oppfatter den nevnte e-posten som er skrevet av klager og stilet til de innklagete legene og flere andre adressater, og som visstnok også skal være lagt ut på åpen blogg, som så usaklig og sjikanøs at den er i strid med Etske regler for leger, kap II, § 1 om å vise kolleger respekt. Rådet viser også til kap II, § 2 om å ta opp tegn til faglig/etisk svikt med kollegaer. Rådet gir klager kritikk for brudd på disse bestemmelser i Etske regler for leger.

## 2.2 Tvister mellom leger

### 2.2.1 Klage på rettsoppnevnt psykiater - 11/404

To leger og en sykepleier har i innklaget en psykiater til Rådet for legeetikk for psykiaterens rolle som sakkyndig psykiater i en barnefordelingssak som gjaldt klagernes nevø. Saken gjelder det samme forholdet som sak 22/2011, men der var det psykiateren som innklaget de klagende legene for deres klage på ham til Helsetilsynet i etterkant av rettsaken

Klagen fra legene og sykepleier er oppsummert i 12 punkter. De fleste forholdene gjelder den sakkyndiges medisinsk-faglige vurderinger, noe det ikke er opp til Rådet å behandle, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd. Rådet besluttet å vurdere følgende punkter:

- Erklæringen oppfylte ikke kravet om nøyaktighet, objektivitet, nøytralitet og varsomhet
  - Klagerne mener at erklæringen bygger på synsing og ikke er i samsvar med helsefaglige retningslinjer ut fra kunnskapen om for tidlig fødte barn
  - Innklagete lege opptre partisk
  - Innklagete lege har fremsatt uriktige påstander i forhold til besøksrestriksjoner
- Erklæringen strider mot legeetiske prinsipper i sitt honorarkrav
  - Honorarkravet ansees som urimelig høyt
- Den sakkyndige viser ikke nok diskresjon og objektivitet/nøytralitet i saken

- Sakkyndige er registrert på facebookside til farens privatbolig og firma i utlandet. Dette vitner om manglende diskresjon, nøytralitet og habilitet siden faren ble tilkjent foreldreansvaret for barnet.

I sitt tilsvarende svar imøtegår innklagete lege beskyldningene. I forholdet til honoraret redegjør han for hvordan dette er beregnet ut fra salærforskriften. I forholdet til facebookside forklarer han dynamikken ved Facebook, at faren ikke er på hans venneliste og at grunnen til at han opptrer på fars side er farens ansvar.

Rådet **vedtok** å uttale:

Denne saken dreier seg i hovedsak om uenighet om medisinsk-faglige spørsmål, noe det ikke er opp til Rådet for legeetikk å behandle, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

Rådet merker seg at klagerne ikke har fått medhold i sin faglige kritikk av innklagete hos Helsetilsynet. Slik Rådet leser sakkyndige-erklæringen, oppfyller den også de krav som gjelder i forhold til Etske regler for leger, kap IV når den vurderes opp mot mandatet gitt av retten. I erklæringen gir ikke den sakkyndige noen klare råd om hvem som skal ha foreldreansvaret, og det må være opp til rettforhandlingene å belyse om den sakkyndige har vist tilstrekkelig faglighet, nøyaktighet, varsomhet og objektivitet.

Innklagete lege har redegjort for honoraret, og Rådet har ikke grunnlag for å anse at det er i strid med Etske regler for leger, kap I, § 8 om at *"En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer"*.

Slik Rådet forstår dynamikken i Facebook, er det heller ikke grunnlag for å kritisere at innklagete lege har figurert på farens facebookside. Rådet for legeetikk gir derfor ikke klagerne medhold i sin klage på innklagetes rolle som sakkyndig.

### 2.2.2 Klage på leger fra kollega - 10/5877

En psykiater har innklaget to leger etter Etske regler for leger, kap II, § 1 som sier at *"En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem"*. Bakgrunnen for klagen er at de innklagete legene klaget psykiateren inn for lokalt helsetilsyn, der de ba helsetilsynet vurdere om psykiateren hadde opptrådt uforsvarlig som sakkyndig i en vanskelig barnefordelingssak. I klagen til helsetilsynet påstod de innklagete legene bl.a. at psykiateren ikke hadde ivaretatt den helsefaglige sakkyndigerollen overfor retten, men tvert i mot villedet retten til å fatte en feil beslutning og dermed opptrådt grovt uaktsomt, og at hans grove forsømmelse kvalifiserte for å ta fra ham slike verv i fremtiden. De innklagete legene fikk ikke medhold av helsetilsynet som også konkluderte med at sakkyndigeerklæringen oppfylte helsepersonellovens krav til legeerklæringer og fremstod som balansert ut fra det mandatet som var gitt av retten.

Rådet vedtok å ta saken til klagebehandling etter Etske regler for leger, kap II, § 1.

De innklagete legene er onkler av barnet saken gjaldt. De gir i tilsvarende en omfattende begrunnelse for sin klage til helsetilsynet ut fra medisinsk faglige vurderinger sett i sammenheng med sosial situasjon. Ut fra dette mener de at klager har opptrådt klanderverdig som sakkyndig.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har ikke som mandat å uttale seg om de medisinsk-faglige vurderingene som ble gjort av klager eller av de innklagete legene, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Rådet konstaterer imidlertid at de innklagete legene ikke har fått medhold hos Helsetilsynet i sin faglige kritikk av klager.

Rådet mener imidlertid at enhver person, det være seg lege eller andre, må være i sin fulle rett til å få en slik sak som denne prøvet hos tilsynsmyndighetene. Beskyldningene som de innklagete legene fremførte om klager overfor helsetilsynet, er alvorlige, men Rådet mener at det må tåles når et offentlig tilsynsorgan er adressat. Rådet anser derfor at de innklagete legenes brev til helsetilsynet ikke er i strid med Etske regler for leger, kap II, § 1, og gir ikke klager medhold.

### 2.2.3 Klage på lege for offentlig kritikk av kollega - 10/5994

Leder i en lokalforening, har fremsatt klage på en lege for brudd på Etske regler for leger, kap II, §§ 1, 2, 4 og 5.

Klagen gjelder et innlegg i en stor regionavis. Leserinnlegget fra innklagete lege har som overskrift *”LAR-X forhindrer livreddende behandling”*. Det er usikkert hva denne kritikken består i. I oppslaget angis at LAR-X ledes av forsker og lege NN. Videre påstås at *”LAR-forskere, som lege NN setter til side hensyn til liv og helse, for å utføre uetiske og farlige eksperimenter på en utsatt pasientgruppe.”* Andre deler av oppslaget som blir trukket frem er *”Pasienter dør uten at tilsynet reagerer (lokalt helsetilsyn). LAR er konstruert med de beste intensjoner, men noe er alvorlig galt når LAR-X presser allmennleger til å stanse behandling med livreddende medisin når pasienten viser symptomer på sin sykdom.”* og *”Lar-Xs systematiske feilbehandling av alvorlige syke må bringes til opphør, av hensyn til liv og helse.”*

Innklaget lege har i tilsvaret bedt klager konkretisere hvilke utsagn som er i strid med Etske regler for leger. Innklaget lege har også bedt om at klager redegjør for sitt samarbeid med NN i lys av eventuell interessekonflikt. Innklaget lege mener at klager selv har deltatt i den offentlige debatten, blant annet ved å tilbakevise kritikken fra pasientombudene. Han stiller spørsmålsteget ved at klager avstår fra å kommentere innklagets innlegg videre i den offentlige debatten og isteden velger å bringe saken inn for Rådet for legeetikk. Han påpeker også at klager ikke har tatt direkte kontakt med ham, jf prinsippet i Etske regler for leger, kap II, § 2.

Klager har i en uttalelse til tilsvaret fra innklaget lege presisert at klagen ikke gjelder faglig uenighet og heller ikke innholdet i beskyldningene mot NN, men at beskyldningene er fremsatt ”i feil fora” (pressen) og i en debatt hvor NN ikke har deltatt. Videre mener han at beskyldningene mot legene i LAR-X går langt over streken i udokumenterte beskyldninger. Klager mener også at det er irrelevant for klagen at han har en faglig relasjon til LAR-X og avviser at det foreligger en interessekonflikt som skulle medføre at han er uberettiget til å klage til Rådet for legeetikk.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet er enig med klager i at det i avisoppslaget anvendes sterke formuleringer og fremsettes udokumenterte påstander som karakteriserer den behandling og praksis som finner sted i LAR-X. Formuleringene kan være egnet til å skape frykt for den behandling som gis av det offentlige helsevesen, og som er lovlig. Rådet er ikke kjent med hvorledes kritikken fra pasientombudene er utformet eller hva denne går ut på, men utgangspunktet for Rådet må være at den behandling som gis av legene ved LAR-X er forsvarlig i forhold til Helsepersonelloven. Rådet er derfor av den oppfatning at innklaget lege bryter Etske regler for leger, kap II, § 5 om at *”Offentlig debatt og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan.”*

Selv om det i avisoppslaget rettes kritikk mot navngitt institusjon og hvor leder navngis, vil ikke dette i seg selv være i strid med Etske regler for leger. På et felt som det foreliggende, hvor hele behandlingssystemet har vært gjenstand for debatt gjennom mange år, må våre medlemmer tåle at det fremsettes kritikk offentlig og at det er offentlig debatt om saken - så fremt formen ikke overskrider normkravet i kap II, § 5. Rådet har tidligere i kontroversielle saker til og med ment at det er ønskelig med offentlig debatt om slike problemstillinger. At leder av en institusjon i en slik sammenheng blir navngitt, kan ikke i seg selv kritiseres, men Rådet mener at innklaget lege også bryter kap II, § 1 og 2

når han i innleggets 5. avsnitt hevder at *"LAR-forskere, som lege NN, setter til side hensyn til liv og helse, for å utføre uetiske og farlige eksperimenter på en utsatt pasientgruppe."*

Rådet er enig med klager i at han ikke er uberettiget til å klage til Rådet for legetikk selv om han har samarbeidsrelasjoner til den institusjon og de ansatte som er gjenstand for kritikk. For Rådet fremstår ikke dette som noen interessekonflikt eller habilitetsmangel som gjør det uberettiget å bringe saken inn for Rådet for legetikk.

#

Innklagete har etter at Rådets avgjørelse var gjort kjent for partene bedt Rådet vurdere sin avgjørelse på nytt..

Rådert **vedtok** å opprettholde tidligere avgitte uttalelse i saken, men med en presisering av at det er normkravet i kap II, § 5 som Rådet anser er brutt i denne saken (Sak 29/2011).

#### **2.2.4 Klage på kommunelege I for å ha henvendt seg til fylkeslege om kollega - 10/4780**

En fastlege har innklaget kommunelege I i samme kommune for brudd på Etske regler for leger, kap II, § 1 som sier at *"en lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem"* og § 2 som bl.a. sier at *"Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos kollega eller medarbeidere, bør han/hun først ta det opp med vedkommende. Han ønsker vurdering av saksgang, prosess og formalia omkring kommunens anmodning til fylkeslegen om vurdering av praksis.*

Utgangspunktet var at klager hadde sendt en e-post til kommunelegen, andre kolleger og representanter for kommunen i forhold til diskusjoner om innsparinger i helsetjenesten i kommunen. Han påpekte at han og hans kontor ikke representerte noen økonomisk belastning for kommunens samlede utgifter og at hans kontor sjelden var stengt. I den forbindelse skrev han blant annet at *"...helsesenteret sjelden er stengt og at det oftest i mitt fravær er en sykepleier på jobb som behandler UVler, tonsillitter, luftveisinfeksjoner, konjunktivitter, diabetesproblemer, sårproblemer, smerteproblemer og andre akutte småting uten å belemre legene på [andre legesenter i kommunen]."*

Denne e-posten var utgangspunkt for at innklagete kommunelege I og rådmannen henvendte seg til fylkeslegen for å få en vurdering av forsvarligheten ved klagers praksis. Henvendelsen var først muntlig, men fylkeslegen fikk på anmodning henvendelsen skriftlig. I brevet til fylkeslegen ble det spurt om forsvarligheten ved at sykepleier behandlet pasienter i legens fravær, om det var lovlig at sykepleier førte regningskort som om pasienten hadde vært til konsultasjon hos lege, om en nyutdannet lege, som jobbet midlertidig i klagers praksis, hadde lov til å arbeide selvstendig i fastlegens fravær og føre regningskort med spesialisttakst i fastlegens navn og om kommunen ville stå rettslig ansvarlig for eventuelle feil som gjøres. Kopi av e-posten det er referert til ovenfor, var vedlagt brevet. Det fremgår ikke på hvilket grunnlag innklagete lege hadde opplysninger om bruk av vikar eller føring av regningskort.

På bakgrunn av brevet fra kommunen opprettet fylkeslegen en tilsynssak overfor klager. Konklusjonen var at klagers praksis og bruk av medhjelpere var forsvarlig i forhold til Helsepersonelloven. Fylkeslegen behandlet ikke spørsmålet om bruk av regningskort.

Klager påpeker at han burde vært kontaktet i forkant av en eventuell henvendelse til fylkeslegen. Han hevder at brevet til fylkeslegen inneholder både ufullstendige og direkte usanne opplysninger, og at misforståelsene kunne ha vært avklart. E-posten, som var utgangspunktet for henvendelsen til fylkeslegen, gjaldt en annen sak, nemlig økonomien i helsetjenesten, og i frustrasjon over samarbeidsforhold var det spissformulert. Klager spør også om kommunelege I på tilstrekkelig vis hadde skilt mellom sin oppgave som privatpraktiserende og offentlig ansatt, om det var forsvarlig at brevet, som var unntatt offentligheten, ble sendt til hans legekantor og ikke spesifikt til ham og at innholdet var kjent av en ansatt i administrasjonen i kommunen.

Innklagete lege peker på at som kommunelege I, og dermed medisinsk-faglig rådgiver for kommunen, ble bedt om å ta stilling til om den praksisen klager beskrev i sin e-post var medisinsk forsvarlig. Sammen med administrasjonen i kommunen ble det vedtatt å ta dette opp med klager i forbindelse med et planlagt samarbeidsmøte som egentlig hadde en annen agenda. Innklagete skriver at klager på dette møtet ble spurt flere spørsmål rundt dette og at han ikke var mottakelig for råd eller dialog rundt dette; han opprettholdt at det var forsvarlig at sykepleier alene kunne behandle allmennmedisinske problemstillinger. Det er ikke referert til denne samtalen i referat fra møtet.

I forhold til bruk av takster har innklagete konferert med HELFO om dette på anonymt grunnlag og fått bekreftet at sykepleier ikke kan føre legetakster på regningskortet for selvstendige konsultasjoner.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet behandler ikke medisinsk-faglige spørsmål, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd, og heller ikke forhold som ikke omfattes av Etske regler for leger. Rådet har derfor bare vurdert klagen ut fra Etske regler for leger, kap II, §§ 1 og 2, og da i forhold til prosessen som førte fram til henvendelse til fylkeslegen.

Rådet mener at innklagete lege i egenskap av kommunelege I var forpliktet til å ta opp spørsmålet om forsvarlighet ut fra klagers første e-post der han beskriver hvilke oppgaver som i hans fravær ble overlatt til sykepleier. I tillegg hadde innklagete lege åpenbart fått høre om praksis i forhold til bruk av legevikar med midlertidig lisens og i forhold til legeregninger som kommunelege I også var forpliktet til å undersøke.

Etske regler for leger, kap II, § 2 sier at dersom lege oppdager tegn til svikt hos kollega bør (Rådets understreking) legen først ta det opp med vedkommende. Selv om dette bør være regelen, mener Rådet likevel at det kan være riktig å ta et forhold opp med tilsynsmyndighetene direkte dersom det er mistanke om klare lovbrudd eller andre graverende forhold. Dette er en vurdering den enkelte lege må gjøre i en konkret sak.

Påstand står mot påstand om hvorvidt denne saken ble tilstrekkelig drøftet med klager i forkant av henvendelsen til fylkeslegen, og Rådet kan ikke ta konkret stilling til det. Rådet mener imidlertid at det ville ha vært i tråd med etikkreglene å drøfte denne saken i forkant for å bringe de faktiske forhold mest mulig på det rene. Innklagete lege synes også å mene det all den tid hun hevder at det ble gjort. I en så alvorlig sak burde en slik samtale ha skjedd i et eget forberedt møte mellom innklagete lege og klager, ikke i tilknytning til et tilfeldig samarbeidsmøte, og forholdet burde vært dokumentert. Rådet vil uttale kritikk til innklagete lege for det forholdet.

Rådet vil også gi kritikk til klager for hans e-post til rådmannen i kommunen der han bl.a. skriver om innklagete kommunelege at "*Jeg trenger å forsikre meg om at X kommune har tatt de nødvendige tiltak for å sikre at en helsesvekket kommunelege uten dømmekraft ikke fortsetter sitt destruktive og ødeleggende virke...*". Dette er en offisiell uttalelse om en kollega som er respektløs og i strid med Etske regler for leger kap II, §§ 1 og 2. Som anført over, mener Rådet at innklagete lege burde ha valgt en annen fremgangsmåte, men samtidig at det var innklagetes plikt som kommunelege I å reagere og ta opp de forhold rundt klagers praksis som innklagete ble kjent med.

### **2.2.5 Klage på leges oppførsel i det offentlige rom - 11/1675**

To leger ved et sykehus har fremsatt klage på en lege som også er advokat, for uttalelser han skal ha gitt i offentlighet i en sykehuskorridor.

Rådet besluttet å ta saken opp til behandling i forhold til Etske regler for leger, kap II, §§ 1, 2, 4 og 5.

Saken er som følger:



En advokat, som også er lege i henhold til annonsering av hans praksis, er innklaget for hans oppførsel og adferd i en sykehuskorridor i forbindelse med et oppdrag han i 2007 hadde for pårørende til en pasient. Han skal i følge klagerne ha opptrådt upassende, ved til to sykepleiere å ha anklaget klinikken for aktiv dødshjelp. Uttalelsen kunne lett høres av avdelingens øvrige pasienter og pårørende. Beskyldningene blir samme dag gjentatt overfor klinikksjefen (en av klagerne) mens de står i sykehuskorridoren. Advokaten trekker frem at en av de behandlende leger skal ha blitt ”dømt” i en annen sak for å ha ordinert de samme medisiner som i nærværende sak. Advokaten skal ha uttalt at en av klagerne var dømt i den tidligere saken og, om den aktuelle saken, at ”*dette er aktiv dødshjelp*” og at ”*avdelingen handler i uforstand*”. Klagerne trekker også frem at innklaget advokat i flere sammenhenger under behandlingen av sak i Statens helsetilsyn i den aktuelle saken, har gjentatt sine beskyldninger mot klikken for å drive aktiv dødshjelp.

Innklaget advokat og lege har overfor Rådet for legeetikk avvist klagen fordi han i det angitte tilfellet bare har opptrådt som advokat og ikke utført noe arbeid som lege. Han har for øvrig vist til sin uttalelse til Disiplinærnemnden for advokatvirksomhet som har til behandling en identisk klage fra de samme klagerne. Han mener i denne uttalelsen at klagernes gjengivelse av faktum er ”*fullstendig feilaktig*”, men han gir ingen korrigert fremstilling siden han mener at klagen må avvises av disiplinærnemnden i det klager har oversett klagefristen. Han har i et senere tilsvar avvist klagernes fremstilling av hva som skjedde på sykehuset i 2007 og mener denne er ”*grovt uetterrettelig*” og at det ikke er hans arbeidsform å engasjere seg følelsesmessig i advokatarbeidet på den måten som fremstilles i klagen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet legger til grunn at klagen som er fremsatt overfor Rådet for legeetikk, er konsentrert om det som skjedde på sykehuset. Rådet vil derfor ikke vurdere de forholdene som trekkes frem om mediakontakt i det underliggende saksforholdet.

Rådet konstaterer at det er uenighet om det faktiske forholdet som klagen er knyttet til, men Rådet har merket seg at innklaget advokat og lege bare karakteriserer klagernes faktumbeskrivelse som ”*fullstendig feilaktig*” og ”*uetterrettelig*”, uten at innklagete gjør noen forsøk på å beskrive hva som konkret er feil i klagernes fremstilling eller gir sin egen fremstilling av det faktiske handlingsforløp. Rådet for legeetikk vil på denne bakgrunn langt på vei legge til grunn klagernes faktumbeskrivelse av hva som skjedde i de to episoder på sykehuset som det er vist til.

Rådet er enig i at innklaget advokat og lege var på sykehuset som advokat og at han ikke utførte legearbeid. Rådet er imidlertid klart av den oppfatning at leger som er medlem av Legeforeningen, kan være omfattet av Etske regler for leger også når de ikke spesifikt utfører legearbeid. Dette er utvilsomt tilfelle for innklagete advokat, som i markedsføring av sine tjenester som advokat, betegner seg som ”advokat og lege”. Dette indikerer at han også bruker legetittelen i sammenhenger hvor han ikke spesifikt utfører legearbeid. Når så skjer, vil Etske regler for leger komme til anvendelse. I dette tilfellet gjør innklagete noe mer enn bare å markere at han har tilleggskompetanse, han titulerer seg både som advokat og som lege når han skal drive advokatvirksomhet. Da må han også tåle å bli vurdert som lege.

Når det gjelder de tre episoder som fant sted på klinikken, kan ikke Rådet ta standpunkt til om innklaget advokat og lege hadde grunnlag for å hevde at det ble gitt aktiv dødshjelp til den aktuelle pasienten. Dette er et medisinsk-faglig spørsmål som Rådet ikke kan vurdere riktigheten av. Det fremgår ikke klart om utsagnet om aktiv dødshjelp ble fremført i en form som kan ha gått ut over pasientene eller om det kan karakteriseres som usaklig. Rådet kan derfor ikke gi klagerne medhold i at opptreden overfor de to sykepleierne var i strid med Etske regler for leger, kap II, §§ 4 og 5.

Når det gjelder påstand nr 2 i klagen, finner Rådet at innklagetes ordvalg er stigmatiserende i forhold til det som faktisk var resultatet i en tidligere sak om aktiv dødshjelp og at han må gis kritikk for dette.

I påstand nr 2 er det ikke anført at uttalelsen er avgitt i en form som strider mot Etske regler, kap II, §§ 4 og 5.

I påstand nr 3 fremgår at han anvender uttrykk som er egnet til å kunne vekke frykt hos pasienter og pårørende. Det er i dette tilfelle ikke avgjørende om utsagnene er sanne eller ikke, men i hvilken form utsagnene er avgitt. Rådet mener at innklagete opptre i strid med Etske regler, kap II, §§ 4 og 5, når han høylydt i en sykehuskorridor uttaler at *"dette er aktiv dødshjelp"* og at *"avdelingen handler i uforstand"*, og at han kopler disse utsagnene opp mot en av klagernes navn. Innklagete advokat og lege gis kritikk for brudd på Etske regler for leger, kap II, § 1 *"En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og .....*" og §§ 4 og 5 *"En lege må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende.."* og *"Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske (og helsepolitiske) spørsmål skal holdes på et saklig plan."*

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

### **3.1. Markedsføring**

#### **3.1.1 Klage på leger for å ha bidratt i markedsføring - 10/5771**

En lege har fremsatt klage på annonse i brosjyrer fra et firma som har tilbud om opplegg for livsstilsendring, blant annet ved mosjon og salg av kosterstatning. Klagene retter seg mot to leger som medvirker i brosjyren. Klagen vurderes individuelt for hver av legene.

##### **3.1.1 a**

En lege har innklaget en kommunelege for at han i en brosjyre utgitt av et kommersielt firma, reklamerer for et spesielt program for vektreduksjon og livsstilsendring. I programmet inngår bruk av en kosterstatte. Legen presenteres med bilde, og han gir generelle råd og reklamerer spesifikt for firmaet og firmaets opplegg.

I sitt tilsvare forklarer innklagete lege bakgrunnen for at han bidro i brosjyren. Han beklager at han lot seg bruke, særlig at han også anbefalte kosterstatteren, og skriver at han på eget initiativ, og før han ble innklaget til Rådet, har bedt firmaet om å fjerne hans bidrag.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har ikke som mandat å uttale seg om medisinsk-faglige forhold, slik som innklagete leges vurderinger av produktet han reklamerte for, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd.

Rådet for legeetikk anser imidlertid at innklagete leges bidrag til markedsføringen er i strid med Etske regler for leger, kap III, § 5, som sier at *"En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler"*. Rådet mener også at bidraget er i strid med intensjonen i kap I, § 12 som sier at *"En lege må ikke inngå forbindelse med farmasøytisk industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurdering svekkes"*.

Rådet vil uttale kritikk for innklagete leges bidrag til markedsføringen, men merker seg at han tok initiativ til å trekke tilbake sitt bidrag før han fikk klagen og at han selv beklager forholdet.

##### **3.1.1 b**

En lege har innklaget en lege for å ha bidratt til markedsføring av kosttilskuddet vitamin K2. I en brosjyre som firmaet har utgitt i sin markedsføring, presenteres innklagete lege med bilde og forteller at han *"har troen på K2 vitaminets fantastiske effekt"*. Ellers i brosjyren vises det til angivelige forskningsresultater som bevis på K2s betydning når det gjelder å forebygge hjerte-kar-sykdommer. Klager viser til at det ikke er dekning for denne påstanden ut fra den refererte studien.

I sitt tilsvare begrunner innklagete lege hvorfor han mener at vitamin K2 har forebyggende effekt og at dette var bakgrunnen for at han sa seg villig til å være en del av firmaets markedsføring. Han presiserer at han ikke har mottatt noen form for økonomiske fordeler av dette. Han skriver videre at han er enig med klager i at leger ikke bør bidra til markedsføring, verken av kosttilskudd eller legemidler. Selv opplevde han det problematisk å anbefale produktet til sine pasienter så lenge han figurerte i markedsføringen. Av den grunn tok han for et år siden skriftlig kontakt med firmaet for å bli fjernet fra brosjyren. Han var ikke oppmerksom på at han fortsatt figurerte i brosjyren.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har ikke som mandat å uttale seg om medisinsk-faglige forhold, slik som innklagete leges vurderinger av produktet han reklamerte for, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2- ledd..

Rådet for legeetikk anser imidlertid at innklagete leges bidrag til markedsføringen av dette spesielle produktet og firmaet er i strid med Etske regler for leger, kap III, § 5, som sier at *”En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler”*. Rådet anser kosttilskudd som likestilt med medikamenter. Rådet mener også at bidraget er i strid med intensjonen i kap I, § 12 som sier at *”En lege må ikke inngå forbindelse ned farmasøytisk industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurdering svekkes”*.

Rådet vil uttale kritikk for innklagete leges bidrag til markedsføringen, men merker seg at han selv har innsett det uheldige i en slik rolle og tatt initiativ til å trekke tilbake sitt bidrag.

### 3.1.2 Vurdering av annonse - 10/6566

Rådet var gjort oppmerksom på annonse for et medisinsk senter. Annonsen viser bilde av en yngre kvinne hvor bildets underskrift lyder ”Det haster vel ikke å se eldre ut”. Annonsen er reklame for plastisk kirurgi.

Rådet vedtok å innlede klagebehandling i forhold til Etske regler for leger, kap III. Det foreligger uttalelse fra medisinsk leder ved det medisinske senteret, hvor det fremgår at annonsen allerede er stoppet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet tar til etterretning at annonsen allerede er stoppet og gir senteret ros for dette.

Etter Rådets oppfatning er sammenstillingen av bilde, undertekst og reklamebudskapet for plastisk kirurgi (egentlig kosmetisk kirurgi), klart egnet til å vedlikeholde og skape urealistiske forventninger til helsetjenesten. Annonsen kan også være egnet til å svekke selvrespekt og selvbilde hos mange mennesker, også utover målgruppen for annonsen.

Rådet legger til grunn at annonsen ville ha vært i strid med Etske regler for leger, kap III, § 1.

### 3.1.3 Vurdering av annonsering på nettside – 10/6567

Rådet for legeetikk var gjort kjent med markedsføring av en privat klinikk på nettet og var bedt om å vurdere om den er i strid med bestemmelsene i Etske regler for leger, kap III, om avertissement og annen informasjon om legetjenester.

I annonsen stilles leseren først overfor flere spørsmål som i sitt budskap oppfordrer pasienter til å ta kontakt selv om de har vært fullt utredet av annen lege. Etter spørsmålene avsluttes det med at *”Årsaken kan være at stadig flere syndromer og sykdomsplager skyldes ernæringsmessige,*

*biokjemiske forstyrrelser som bare kan oppdages i vevsmineralanalyse". Deretter listes det opp tilbud som hårmineralanalyse, metabolske analyser og urtemedisin. Det skrives bl.a. om urtemedisin at den er verdens best dokumenterte medisin.*

I to tilsvare gir vedkommende lege begrunnelsene for å tilby undersøkelsene og behandlingene og hevder at de er etablerte og godt dokumentert. Han har lagt ved utdrag fra en stor mengde artikler som dokumentasjon.

Rådet for legeetikk har via Nasjonal forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin - NAFKAM, bedt sakkyndig lege om å vurdere tilbudene. Han beskriver usikkerheten ved hårmineralanalysene og konkluderer med at det ikke foreligger vitenskapelige studier som støtter bruk av hårmineralanalyse som individuelt diagnostisk verktøy. "Metabolsk analyse" er et så diffust begrep at det ikke kan vurderes. Urtemedisin er også et vidt begrep, men det finnes ikke dokumentasjon for at urtemedisin er verdens best dokumenterte medisin.

I sitt siste tilsvare imøtegår innklaget lege påstandene fra vedkommende lege og peker bl.a. på at hans referanser er relativt gamle (1985, 2001 og 2002) og at disse senere har vært kritisert. Han peker bl.a. på at Folkehelseinstituttet tilbyr hårundersøkelser for ulike typer legemidler. Han skriver likevel at *"Hårmineralanalyser alene kan ikke sette noen diagnoser på pasienter, og skal heller aldri brukes alene som eneste utredningsmetode"*.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det meste av det som markedsføres i nettpresentasjonen er ikke dokumentert utredning og behandling for enkeltpasienter. Rådet har lest gjennom utdragene fra tidsskriftartiklene som innklaget lege har lagt ved og finner ikke at disse støtter opp om metodenes berettigelse i individuell utredning og behandling bortsett, muligens, fra diagnose av bruk av visse legemidler og forgiftninger. Dokumentasjonen det er henvisning til, er også i stor grad eldre enn referansene som er oppgitt av legen som ble forespurt av Rådet. Rådet mener derfor at markedsføringen er i strid med bestemmelsene i Ethiske regler for leger, kap I, § 9 om at *"Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring"*.

Rådet anser også markedsføringen for å være i strid med kap III, § 1, som bl.a. sier at *"Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder", "Annonser som kan skape...urealistiske forventninger... må ikke forekomme" og Avertissement... skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestens kvalitet."*

Rådet mener at omtalen på nettsiden er i strid med disse bestemmelsene og at markedsføringen som helhet har et forledende språk og derfor i strid med siste ledd i kap III, § 1; *"Den totale utformingen av avertissement ....må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående"*.

Rådet gir derfor innklaget lege kritikk for å anbefale og benytte metoder som ikke har tilstrekkelig medisinsk dokumentasjon, og for måten dette er markedsført på.

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

### **4.1     Attestutstedelser**

#### **4.1.1   Vurdering legeerklæring for NAV - 11/62**

En lege har bedt Rådet for legeetikk vurdere om det var riktig å ta med en karakteristikk av annet helsepersonell i en legeerklæring han har sendt til NAV og formen på det han skrev.

Brevet fra legen er en blanding av brev til Rådet og gjengivelse av legens legeerklæring til NAV - som også synes å inneholde en gjengivelse av hans tidligere erklæring. Erklæringen er noe forvirrende siden det ikke er lett å klarlegge hvem legen omtaler i 3. person - "han". Brevet inneholder til slutt legens meninger om en ergoterapeut som synes å ha representert kommunen, og som han trolig har tatt inn i det samme dokument han har kalt "legeerklæring".

Rådet **vedtok** å uttale:

Innledningsvis vil Rådet for legeetikk bemerke at det i legens brev ikke er helt enkelt å skille de ulike elementer fra hverandre, dvs hva som er innholdet i brevet til Rådet, innholdet i den legeerklæring han har sendt til NAV og hva som er referat fra møtet i NAV. Det ville vært en fordel om legen hadde sendt Rådet en separat kopi av legeerklæringen for at Rådet klart kan se hva legen har inntatt i denne.

Rådet for legeetikk har ikke noe å innvende i mot at legen gjør NAV oppmerksom på forhold som knytter seg til andre personer i behandlings- og eller støtteapparatet til en pasient, men Rådet er sterkt kritisk til at legen inntar slike betraktninger i noe han selv kaller en legeerklæring. En legeerklæring er en leges vurdering av en pasients sykdomstilstand. Å innta karakteristikker av andre personer i en legeerklæring, må anses som uprofesjonelt. Dersom det var nødvendig for legen å gjøre NAV oppmerksom på dette, ville det være mer adekvat med et separat brev til NAV.

#### **4.1.2 Klage på legeerklæring til forsikringsselskap - 10/6170**

Et forsikringsselskap har bedt Rådet for legeetikk vurdere om de legeerklæringer en lege har utferdiget er i samsvar med Etske regler for leger, kap IV, § 4. Rådet for legeetikk vedtok å innlede klagebehandling etter Etske regler for leger, kap IV, § 4.

Ved søknad om barne- og ungdomsforsikring var det kjent for forsikringsselskapet at barnet mottok hjelpe- og grunnstønad. Selskapet tilskrev barnets fastlege, med følgende spørsmål:

*"Det blir opplyst at barnet får hjelpe- og grunnstønad.*

- *Hva er bakgrunnen til dette?*
- *Hvordan er den psykomotoriske utviklingen til barnet?"*

Svaret fra innklaget lege var slik:

*"Jeg er NNs fastlege siden september 2000. Gutten har generelle lærevansker, utredet ved BUP, men ingen klarlagt somato-medisinsk diagnose. Barnefysioterapeut beskrev i 2007 at han var stram i muskulaturen og han hadde fysioterapi i en periode."*

PPT i kommunen skrev i sin rapport følgende:

*"Eleven har diagnosen moderat psykisk utviklingshemning."*

Selskapet tilskrev igjen legen hvor det ble påpekt manglende samsvar mellom hans uttalelse til fastlegen og opplysningene fra PPT.

Innklaget lege svarte:

*"Jeg kan dessverre ikke gi flere opplysninger da jeg ikke kjenner til det. Dette er et barn jeg sjeldent ser, det vil si jeg har ikke sett ham på kontoret mitt de siste årene, dvs ikke siden 2000.*

*Derfor: Å gi en faglig begrunnet vurdering. Av hans psykomotoriske utvikling har jeg ikke gjort. Det har ikke vært aktuelt/eller spørsmål om. Det er andre i det pedagogiske teamet rund ham som er bedre på enn meg."*

Selskapet mener at innklaget lege har gitt mangelfulle opplysninger som kunne være egnet til å forlede selskapet til å inngå forsikringsavtale på gale premisser.

Innklaget lege har i sitt tilsvare opplyst at hans uttalelse var basert på innholdet i journalen og at det ikke er vanlig å innhente annen informasjon ved utferdigelse av legeerklæring. Han mener også at han ved å bruke formuleringen ”generelle lærevansker” har gjort oppmerksom på pasientens lettere, psykiske utviklingshemning.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at legen i sin første uttalelse, benevnt ”legeattest”, bekrefter at han har vært guttens fastlege siden 2000, men opplyser ikke om at han ikke har sett gutten siden 2000 - som han opplyser til selskapet i neste uttalelse. Rådet mener at en slik opplysning burde ha vært gitt ved første henvendelse, spesielt når han tidsangir hvor lenge han har vært pasientens fastlege. Etter Etske regler for leger, kap IV, § 5 skal grunnlaget for legens kunnskap om personen fremgå av attesten. Opplysningene i legeattesten fra 2000 er i så måte mangelfulle og egnet til å forlede selskapet. Grunnlaget for denne kritikken følger også av Etske regler for leger, kap IV, § 4, hvor det står *”En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies.”*

Rådet registrerer at attesten han sender forsikringsselskapet er særdeles kortfattet og at legen mener at en slik attest kan utformes på grunnlag av opplysningene som finnes i journalen. Rådet er ikke uenig i at en legeerklæring kan utarbeides på grunnlag av journalopplysninger alene, men dette vil selvfølgelig avhenge av journalens innhold og kvalitet. Etske regler for leger, kap IV, § 3 statuerer at *” En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier.”*

Selv om legen kan kritiseres for brudd på flere av bestemmelsene i Etske regler for leger ved sin attestutstedelse, er det grunnlag for å hevde at selskapet gjennom den første attesten fikk et så vidt klart varsel om at gutten hadde alvorlige medisinske problemer, at selskapet alt i alt ikke kan hevde at det var stor fare for at selskapet skulle ha gitt forsikring på uriktig grunnlag. Det må forventes at et forsikringsselskap er kjent med at generelle lærevansker er et annet uttrykk for psykisk utviklingshemning.

#### **4.1.3 Klage på legeerklæring - 10/2484**

To pårørende har innklaget en lege i forbindelse med legeerklæring avgitt etter deres mors død og som har vært anvendt i forbindelse med skifte av dødsboet. Klagerne ber Rådet for legeetikk vurdere ”de etiske sider av erklæringen” og vurdere hvorvidt Etske regler for leger, kap I, § 4 og kap IV, §§ 1-5 er overtrådt.

Innklagete lege har i sitt tilsvare til Rådet fremholdt at pasienten 13 dager før hun døde meddelte legen at hun hadde et viktig budskap som hun ville formidle til legen under fire øyne og som skulle videreformidles ved behov. Legeerklæringen er datert ca 5 måneder etter at pasienten døde.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at uttalelsen om avdøde er gitt betegnelsen ”Legeopplysninger” og at den inneholder opplysninger om pasientens sykehistorie og tilstand på det angitte tidspunktet for sykebesøk, blant annet at hun var samtykkekompetent. Etter Rådets oppfatning er derved betingelsene for å kalle dette en legeerklæring oppfylt etter definisjonen i Etske regler for leger, kap IV, § 1. Det er ikke opplyst om de samme opplysninger er gjengitt i pasientens journal.

Rådet legger til grunn at innklaget lege uoppfordret ble bedt om å viderebringe de opplysninger som pasienten gav om konflikter mellom barna, særlig at hun hadde fått veldig god oppfølging og omsorg av en navngitt sønn og at han ikke hadde hatt økonomisk gevinst av kontakten med sin mor. Rådet legger også til grunn at pasienten har gitt samtykke til å viderebringe opplysninger om hennes mentale

tilstand. Uansett vil det være rettslig grunnlag for å gi slike opplysninger etter en pasients død dersom betingelsene i helsepersonellovens § 24 er oppfylt - noe Rådet for øvrig ville ha lagt til grunn dersom et samtykke ikke kan presumeres. Rådet kan på denne bakgrunn ikke se at innklagete lege har brutt Etske regler for leger, kap I, § 4.

I forhold til Etske regler for leger, kap IV, har Rådet merket seg at legerklæringen ikke har noen adressat. Det fremgår heller ikke på annen måte hva som er foranledningen til at legerklæringen ble skrevet på det tidspunkt som er angitt i erklæringen. Oppdraget fra pasienten var imidlertid at formidlingen skulle skje ved behov. Innklagete lege har ikke opplyst om hva som på dette tidspunkt har utløst behovet for erklæringen. Dette er mangler ved erklæringen, som innebærer at § 5 i kap IV må anses brutt. Øvrige betingelser i § 5 synes oppfylt.

Rådet har også vurdert legerklæringen i forhold til kap IV, § 2 om det saklige grunnlaget for å utstede legerklæringen. Rådet har kommet til at det er akseptabelt å benytte legerklæringsformen for å formidle et budskap som blir betrodd en lege, fra en pasient, men det burde ha fremkommet av erklæringen hvorfor dette ble gjort på det aktuelle tidspunkt, jf merknadene i foregående avsnitt. Rådet kan ikke se at denne erklæringen er i strid med kap IV, §§ 3 og 4.

#### 4.1.4 Anmodning om vurdering av legeuttalelser - 11/279

Et pasient- og brukerombud har på vegne av en pasient, innklaget en psykiater for brudd på Etske regler for leger, kap I, §§ 1-4 og kap IV. Klagen gjelder utformingen av 2 legerklæringer som innklagete lege har skrevet til lokalt helsetilsyn som tilsvar på klage på den psykiatriske behandlingen pasienten hadde fått. Sammen med klagen er det lagt ved en redegjørelse fra pasienten.

Pasienten hadde klaget til helsetilsynet på feilbehandling gjennom mange år. I sitt første tilsvare til helsetilsynet redegjør innklagete lege detaljert for den behandlingen klager hadde fått og begrunner de forskjellige tiltakene. I en senere uttalelse til helsetilsynet utdyper innklagete lege det han oppfatter som årsaksforhold ut fra nye opplysninger som kom fram om pasienten i radioprogrammet "Sånn er livet" og i en artikkel i tidsskriftet "Sykepleien" der pasienten ble portrettert anonymt etter at den første erklæringen var skrevet. Bl.a. bygger han mye av argumentasjonen for at behandlingen ikke hadde ønsket effekt på at pasienten i portrettene fortalte at "*Når jeg fikk komme på perm i helgene så drakk jeg meg full og spiste Sobril...*".

I sitt tilsvare til Rådet for legeetikk påpeker innklagete lege at han i følge kap IV, § 4 i Etske regler for leger var forpliktet til å gi all relevant informasjon til helsetilsynet, og at opplysningene om bruk av alkohol og Sobril var vesentlige for å forstå pasientens sykdomsforløp. Dette forholdet ble legen først kjent med gjennom programmet, og han visste hvem dette gjaldt fordi han skriftlig ble løst fra taushetsplikten for å kunne kommentere pasientens sykehistorie i programmet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det aller meste av klagen til helsetilsynet og redegjørelsen fra pasienten til Rådet for legeetikk gjelder medisinsk-faglige forhold som Rådet ikke uttaler seg om, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd.

For Rådet dreier dette seg om hvorvidt innklagete lege hadde anledning til å bygge deler av sin legerklæring til helsetilsynet på opplysninger som fremkom gjennom en anonym presentasjon i media, og om hvordan legerklæringene var utformet.

Tilleggsopplysningene og nye vurderinger av årsaksforhold i innklagete leges siste erklæring til helsetilsynet er i stor bygd på pasientens utsagn i media. I forhold til Etske regler for leger er da det sentrale spørsmålet om han hadde anledning til å avsløre pasientens identitet i denne erklæringen eller om det var brudd på bestemmelsen om taushetsplikt (kap I, § 4). Innklagete lege var løst fra taushetsplikten for å kommentere pasientens sykehistorie i radioprogrammet og kunne derfor

dokumentere at mediaoppslagene gjaldt pasienten. All den tid det kom fram opplysninger som han mente var vesentlige for å forklare behandlingssvikten, anser Rådet at han hadde anledning til å gi disse opplysningene, og Rådet kan vanskelig se at han kunne dokumentere vurderingene uten å gi tilkjenne hvordan han hadde fått rede på dem. Rådet mener derfor at det var akseptabelt å avsløre identiteten i avveiningen mellom taushetsplikten og den lovbestemte opplysningsplikten til helsetilsynet ifølge Helsepersonelloven § 30. Det vises til siste ledd i Etske regler for leger, kap I, § 4, som sier at *"utlevering av informasjon må ha bakgrunn i .....lov"*. Hvorvidt han hadde faglig grunnlag for å knytte behandlingssvikten til opplysningene om bruk av alkohol og Sobril, er et faglig spørsmål som det er utenfor Rådets mandat å vurdere.

Legeerklæringene er meget omstendelige, men det kan forstås all den tid det gjaldt et langvarig og komplisert sykdoms- og behandlingsforløp og en omfattende klage. Imidlertid har erklæringene i flere avsnitt en unødig polemiserende form, for eksempel deler av de 2 siste sidene av begge erklæringene og også deler av hvordan innklagete lege formulerer vurderinger på bakgrunn av opplysningene om alkohol- og Sobril-forbruk. Rådet har forståelse for at deler av disse oppleves lite relevante og nedlatende. Rådet gir derfor klager medhold i at deler av disse er i strid med Etske Regler for leger, kap IV, § 4, som bl.a. sier at *"En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form"* og gir innklagete lege kritikk for det.

#### **4.1.5 Klage på lege for informasjon i forsikrings sak - 10/3263**

En pasient har innklaget en lege for uttalelser og opptreden i forbindelse med en forsikrings sak.

Saken er denne:

Innklagete lege hadde vært klagers allment praktiserende lege i mange år da klager ble utsatt for en bilulykke. Etter ulykken var hun plaget av symptomer tilskrevet whiplash og ischias, og på dette grunnlaget søkte hun etter en tid om ytelse fra folketrygden og om erstatning fra forsikrings selskap. Så vidt Rådet kan lese av dokumentasjonen, tilskrev klager både symptomer som svimmelhet, hodepine og kognitiv svikt og ischias bilulykken.

Etter pasientens søknad om ytelse fra folketrygden, skrev og utdypet innklagete lege i sin erklæring til Rikstrygdeverket at ikke alle plagene kunne tilskrives ulykken, at pasienten hadde nektet ham å sende ved kopi av epikrise fra nevrolog som ikke underbygget at plagene skyldtes ulykken, og at hun hadde fortalt at hun skulle få nevrologen til å skrive en "ny og annerledes" uttalelse til trygdekontoret. Han presiserte at hennes ischiasplager var til stede før ulykken inntrådte og sådde også tvil om at whiplash alene var ansvarlig for de andre plagene. Han la ved epikrisen fra nevrologen idet han mente at det var uriktig å underslå opplysningen derfra. I erklæringen (standard formular) har legen krysset av for at pasienten, av medisinske grunner, ikke bør få kjennskap til innholdet i erklæringen.

Senere har innklagete lege på eget initiativ sendt et brev stilet til trygdekontoret og forsikrings selskapet der han redegjør for sitt syn på pasientens plager. Som begrunnelse for å sende brevet innleder han med at han opplever det som et etisk dilemma at klager tilskriver plagene bilulykken alene og at han opplever at han er blitt forsøkt manipulert av klager til å underslå medisinske fakta som tyder på andre årsaksforhold. Han skriver bl.a. at *"jeg føler at her "lukter" det forsikrings svindel og det godtar jeg ikke"*. Brevet ble også sendt anonymt til ortoped, som klager var henvist til for vurdering fra trygdekontoret.

I sine tilsvare bekrefter innklagete lege de medisinske forhold slik han vurderte dem, selv om han reserverer seg for enkelte detaljer all den tid klagers legejournal ikke lenger er tilgjengelig.

Rådet **vedtok** å uttale:

I forhold til klagers egenerklæring var det korrekt av innklagete lege å tilkjenne og begrunne sitt syn på hva som var årsak(er) til klagers plager, både overfor trygdekontoret og forsikrings selskapet, jf



Etiske regler for leger, kap IV, § 4 som bl.a. sier at *"Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies"*. Rådet for legeetikk mener imidlertid at erklæringene hadde en unødig polemisk form, jf Etiske regler, kap IV, § 4 som også sier at en legeerklæring *"...skal være objektiv og nøytral i sin form"*. Rådet mener også at innklagete lege burde ha vært tydelig overfor klager, både med hensyn til hvordan han oppfattet årsaksforholdene og om hva han skrev i erklæringen til folketrygden, og om at han skrev en erklæring på eget initiativ, og om innholdet i denne, til trygdekontoret og forsikringsselskapet, jf etikkreglene, kap IV, § 6: *"Den person som en legeerklæring gjelder har i alminnelighet rett til informasjon om innholdet i en legeerklæring."* Rådet kan ikke se at det var medisinske grunner for å tilbakeholde informasjon, noe innklagete lege påberopte seg i erklæringen til trygdekontoret.

Rådet ser det videre som brudd på taushetsplikten (kap I, § 4) å sende kopi av erklæring til annen lege. Det at innklagete lege sendte denne anonymt var særlig kritikkverdig. Hans vurdering av årsaksforhold i forhold til ytelse var en sak for folketrygden og forsikringsselskap, ikke for annet helsepersonell. Rådet uttaler derfor kritikk for mangel på åpenhet i forhold til klager, formen erklæringene hadde og for brudd på taushetsplikten i forhold til annet helsepersonell.

#### 4.1.6 Vurdering av grunnlaget for diagnostikk - 11/1090

Et forsikringsselskap har innklaget en overlege til Rådet for legeetikk for brudd på kap IV, § 3 i Etiske regler for leger. Klagen gjelder innholdet i et poliklinisk notat. Rådet vedtok å innlede klagebehandling siden notatet kan oppfattes som legeerklæring.

Bakgrunnen for klagen er at en pasient, som av overlegen fikk diagnosen postinfeksiøst utmattelsessyndrom, har rettet erstatningskrav til forsikringsselskapet. I den forbindelse har forsikringsselskapet innhentet kopi av poliklinisk notat fra første kontakten innklagete lege hadde med pasienten. Der konkluderer innklagete lege med at forsikringstakeren fyller kriteriene for denne sykdommen. Bakgrunnen for denne konsultasjonen var at pasienten var henvist for vurdering med tanke på postinfeksiøst utmattelsessyndrom i etterkant av en konkret infeksjonsepidemi som ble satt i sammenheng med senere postinfeksiøst utmattelsessyndrom. Pasienten hadde denne infeksjonen, men i journalnotatet er det ikke spesifikt konkludert med at denne infeksjonen var årsaken til pasientens sykdom.

Det klager reagerer på, er at innklagete lege i sitt journalnotat skriver at *"[Pasientens navn] har hatt god helse bortsett fra ryggproblemer fram til høsten 2004"*, mens det fremgår av fastlegens journal at hun har hatt en rekke sykdomssymptomer forut for infeksjonen som ble vurdert til å utløse sykdommen. Klager viser til at innhenting av tidligere sykehistorie og en detaljert anamnese er viktige kriterier for å kunne sette diagnosen kronisk/postinfeksiøs utmattelsessyndrom i sammenheng med bestemte årsaksfaktor, og at innklagete lege derfor har stilt diagnosen på mangelfullt grunnlag og i strid med etikkreglenes kap IV, § 3 som sier at *"En lege skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier"*.

Innklagete lege har vist til at det angitte notatet ikke var en spesialisterklæring, men en poliklinisk undersøkelse/vurdering etter henvisning fra pasientens fastlege. Han har videre gjort rede for kriterier for å stille diagnosen og fastholder at pasienten oppfyller disse kravene.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det fremkommer ikke hvordan forsikringsselskapet har innhentet innklagete leges journalnotat, men slik Rådet forstår det, har det ikke skjedd etter direkte henvendelse fra forsikringsselskapet. Rådet merker seg at journalnotatet ble sendt til både fastlegen og pasienten selv.

Rådet oppfatter epikrisen fra det polikliniske notatet som en legeerklæring idet Rådet anser enhver uttalelse av lege om en pasients helse som en legeerklæring, jf Etiske regler for leger, kap IV, § 1, som bl.a. sier at *"Legeerklæringer omfatter for eksempel utfylte....."* (Rådets understrekning). Samtidig

sier kap IV, § 4, at "*En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt...*" (*Rådets understreking*). Av fastlegens henvisningsskriv, som var utgangspunkt for undersøkelsen, og journalnotatets utforming, er det tydelig at hensikten i denne sammenhengen var å vurdere om hun fylte kriteriene for postinfeksiøs utmattelsessyndrom. Hvorvidt anamnesen og utredningen var fyldestgjørende for denne hensikten, er et medisinsk-faglig spørsmål som Rådet ikke behandler, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Rådet gir derfor ikke klager medhold.

#### 4.1.7 Klage på legeerklæring til forsikringsselskap - 11/1089

Et forsikringsselskap har innklaget en spesialist i indremedisin for brudd på Etiske regler for leger, kap IV, § 4, for å ha unnlatt å gi relevant informasjon i forhold til de opplysningene han satt inne med. Legeerklæringen gjaldt krav om erstatning ved arbeidsuførhet.

I formularet for legeerklæringen har innklagete lege oppgitt årsaken til arbeidsuførheten (angst, depresjon, sammensatt lidelse), dato da søker første gang ble behandlet for og fikk kjennskap til diagnosen hos innklagete lege, og "usikkert" er oppført for når søker første gang ble behandlet for lidelsen. Innklagete lege har videre oppgitt viktigste objektive funn (lav stress-sårbarhetsterkel, mye invalidiserende angstsymptomer, sekundær depresjon), når sykdommen oppstod og hvordan sykdommen har utviklet seg (jevnt progredierende). På spørsmål om forsikrede har vært behandlet for tilsvarende de siste 10 årene svarer innklagete "ukjent", og med hensyn til tidligere fastlege har han oppgitt navn på vedkommende. På spørsmål om arbeidsuførhet har han oppgitt 100 % de siste 2 år, og med spørsmål om hvor lenge arbeidsuførheten antas å vare er svaret "høyst usikker prognose".

Klager påpeker at legen i tilsvarende erklæring til Folketrygden, som forsikringsselskapet har innhentet, har gitt mer fyldestgjørende opplysninger idet han der bl.a. skriver at "*Hun forteller (Rådets understreking) at hun har vært rusmisbruker med i.v. heroin fram til 2002, og at hun hele livet har vært utsatt for belastninger hun ikke har fått bearbeidet*".

Innklagete lege mener at han innenfor rammen av det aktuelle spørreskjemaet har fått fram de opplysningene som er relevante for vurderingen av prognose, at han eksplisitt har påpekt at han ikke har dokumentasjon for perioden før 2007, men har oppgitt navn på tidligere fastlege. Med hensyn til tilleggsopplysningene gitt til Folketrygden, oppfattet han ikke at disse gamle tilbakelagte forholdene som relevante i forhold til formålet med legeerklæringen.

Rådet **vedtok** å uttale:

I legeerklæringen til forsikringsselskapet har innklagete lege gjort det tydelig at han bare har kjent forsikringssøker fra 2007 og at han var usikker på i hvor stor grad hun hadde symptomer på sykdom før dette. I den forbindelse har han henvist til navngitt tidligere fastlege. Han har oppgitt at hun har vært 100 % arbeidsufør i 3 år og at hun har en høyst usikker prognose med hensyn til arbeidsførhet. Med hensyn til opplysningene fra tiden før innklagete lege ble kjent med pasienten, har han i søknaden til folketrygden oppgitt at forsikringssøker forteller om de forhold klager mener er underslått. Med andre ord er dette forhold innklagete lege ikke har fått bekreftet.

I hvor stor grad en persons mulige risikofaktorer for sykdom, i dette tilfellet en vanskelig oppvekst og en periode med rusmisbruk, bør være med i en legeerklæring om sykdom, må være gjenstand for vurdering. Rådet for legeetikk mener at de opplysningene innklagete lege har gitt, er tilstrekkelige for den vurderingen forsikringsselskapet må gjøre. I tillegg har innklagete lege oppgitt at han var usikker om søkerens sykdom før han ble kjent med henne og oppgitt navn på hennes tidligere fastlege. Forsikringsselskapet hadde derfor full anledning til å innhente opplysninger om tidligere forhold. Rådet gir derfor ikke forsikringsselskapet medhold i klagen.

#### 4.1.8 Klage på lege for bekymringsmelding til barnevernet - 10/5692

En advokat har på vegne av en part i en barnefordelingssak innsendt klage på en lege. Sekretariatet hadde vurdert saken som klagesak i forhold til Etske regler for leger, kap IV og hadde innledet klagebehandling.

Saken er denne:

Grunnlaget for klagen er en bekymringsmelding fra innklagete lege til en lokal barnevernstjeneste. Klager anfører at bekymringsmeldingens innhold er ufundert, villedende og sterkt subjektivt. Klager bestrider ikke legens rett og plikt til å sende bekymringsmelding, men mener at denne meldingen på flere måter er i strid Etske regler for leger og lovgrunnlaget for bekymringsmeldinger. Klager mener at meldingen er avgitt som et partsinnlegg til beste for mor i en barnefordelingssak og at den i liten grad er i samsvar med formålet med bestemmelsene om bekymringsmeldinger, som er mistanke om mishandling eller andre former for grov omsorgsvikt.

Klager fremhever at det ikke fremkommer hvilket grunnlag legen har for å uttale seg om barnets helse, blant annet når legen bruker uttrykket *”er kjent fra før”* uten å redegjøre for hva dette innebærer. Det holdes derved åpent om legen har behandlet eller ikke behandlet barnet tidligere. Det opplyses imidlertid at barnet *”har vært her til korte samtaler sammen med sin mor fordi hun har undret seg over hva vi driver med her egentlig”*. Klager hevder også at det er uklart hva kilden er for de opplysninger som gis, dvs om opplysningene er gitt av barnet selv, barnets mor, bestemor eller andre instanser. Klager mener at hovedinnholdet i meldingen er påstander som fremstår som anklager mot far, bl.a. med utsagnene *”har trolig opprettholdt sitt voldelige forhold til mor”* og at han *”trolig korporlig grensesetter og tvinger barnet i de situasjoner der hun ikke vil det far vil”*. Klager hevder videre at poenget i denne sammenheng ikke er om påstandene er sanne eller ikke, men at legen formidler anklager uten andre holdepunkter enn utsagn fra den ene part.

Innklagete lege opplyser å ha *”fulgt [morens navn] som allmennlege siden 2007”*. Hun er ikke barnets allmennlege, men har rådet moren til å søke kontakt med pediater når det gjelder barnets helse. Innklagete lege opplyser at hun har kunnskap om flere bekymringsmeldinger når det gjelder barnet, at hun gjennom samtaler med mor har fått tilgang til informasjon som gir grunnlag for bekymringsmelding til barnevernet, at hun har fått råd fra fagfolk om å gi slik melding og at hun selv har mange års erfaring i å vurdere informasjon som pasienten kommer med.

Advokaten opplyser i en replikk at det fremkom under rettsmøtet at innklagete lege ikke har vært barnets lege og at hun aldri har snakket med barnet alene. Advokaten mener at legen ikke har noe reelt grunnlag for å bidra til opplysninger om barnets situasjon. Innklagete lege påpeker på sin side at hennes pasient ikke har gitt samtykke til at klager bringer navnet på pasienten frem for Rådet for legeetikk og at hun er avskåret fra å gi ytterligere tilsvarende på de forhold som advokaten trekker frem fra behandlingen av saken i retten.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Rådet legger til grunn at leger skal ha lav terskel for å bruke sin rett og plikt til å sende bekymringsmeldinger til barnevernet. Den konkrete vurdering av om det har vært riktig å anvende bekymringsmelding i dette tilfellet, er et medisinsk faglig spørsmål som Rådet ikke kan avgjøre. Rådet konstaterer at legen har vært i kontakt med barnevernsmyndighetene før melding ble utarbeidet og sendt og har ikke noe grunnlag for å gi kritikk for å ha sendt bekymringsmeldingen.

Når det gjelder bekymringsmeldingens innhold, mener Rådet at innklagete lege har overtrådt Etske regler for leger, kap IV, § 4, som bl.a. sier at en legeerklæring *”...skal være objektiv og nøytral i sin form”*. Bekymringsmeldingen bærer preg av at innklagete lege har tatt et klart standpunkt i tvisten mellom foreldrene og at uttalelsene ensidig er ment å underbygge mors interesse. Selv om det fremgår av sammenhengen at opplysningene som gis i erklæringen, er basert på utsagn fra moren, er den formen som er valgt for enkelte utsagn, egnet til å forlede mottakeren til å se på opplysningene som kjensgjerninger, for eksempel at *”far trolig har opprettholdt sitt voldelige forhold til mor”*.

Rådet finner å måtte gi legen kritikk for form og innhold i den avgitte bekymringsmeldingen.

Advokatens bruk av navn og fødselsdato på barnets mor, er et forhold som Rådet ikke kan ha noen mening om. Eventuell tvist om dette må eventuelt være et anliggende mellom disse to personer.

#

Innklaget lege har etter å ha mottatt Rådets uttalelse bedt Rådet for legeetikk om å vurdere sitt på nytt. Hun peker på at det hun skrev var en bekymringsmelding, ikke en legeerklæring eller attest. Hun oppfatter at Rådet har ment at det var klanderverdig av henne å sende bekymringsmeldingen og påpeker meldeplikten etter Helsepersonelloven § 33 om å informere barnevernstjenesten ved mistanke om omsorgssvikt.

Rådet **vedtok** å tilskrive innklagete lege slik:

Rådet opprettholder tidligere vedtaket som, slik Rådet ser det, ikke er i strid med de innvendingene du har fremført. Rådet har ikke tvilt på plikten til å sende bekymringsmeldingen. Det eneste Rådet har kritisert, er *formen*. Rådet påpekte at enhver erklæring fra lege, det være seg en bekymringsmelding eller annen erklæring som gjelder personer legen har kontakt med i egenskap av lege, skal ha en *objektiv* og *nøytral* form, jf Etske regler for leger, kap IV, § 4. Rådet for legeetikk oppfatter enhver skriftlig uttalelse fra lege der en persons karaktertrekk eller helsetilstand omtales, som en legeerklæring, jf Etske regler for leger, kap IV, § 1 som gir en vid definisjon av hva en legeerklæring er. Kravet om objektivitet og nøytralitet innebærer at det må være tydelig hva utsagn og vurderinger bygger på. Dersom en opplysning bygger på hva en person forteller, må kilden fremgå tydelig i erklæringen. Et slikt *formkrav* betyr altså ikke at erklæringen skal være mindre omfattende. Det vises for øvrig til en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeförening der Rådet utdyper sin forståelse av begrepet ”legeerklæring”(http://tidsskriftet.no/article/1945642 )

#### 4.1.9 Klage på lege for legeerklæring til NAV - 11/4136

En pasient har fremsatt klage på en spesialist i fysikalsk medisin ved et sykehus, både hva gjelder innholdet i en spesialisterklæring til NAV og for at han ikke vil føre inn rettelse i den avgitte erklæringen. Klager har også tatt saken opp med helsetilsynet som hevder at slike erklæringer ligger utenfor deres myndighetsområde. Klager hevder at helsetilsynet allikevel skal ha avgitt bemerkninger knyttet til helsepersonellovens krav til legeerklæringer, blant annet om partiskhet/objektivitet og om ironisk undertone. Erklæringen var ikke vedlagt klagen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Siden erklæringen ikke var vedlagt klagen, kan Rådet for legeetikk ikke gi noen vurdering av erklæringen i forhold til Etske regler for leger. Rådet må derfor bare henvise til reglens bestemmelser om utarbeidelse av legeerklæringer. Kravene i Etske regler for leger, kap IV, skiller seg ikke vesentlig fra de krav til legeerklæringer som stilles i helsepersonelloven.

Rådet har tidligere sett det som ønskelig at det også etableres et uavhengig organ som kan vurdere legeerklæringer. Etableringen av et slikt råd har tidligere vært drøftet i offentlige utredninger, men saken har ikke kommet videre. Rettsmedisinske erklæringer kan bringes inn for den rettsmedisinske kommisjonen, men for erklæringer i sivile rettslige – og/eller administrative saker er det ikke etablert slike ordninger. Rådet for legeetikk har tidligere overfor Legeföreningen foreslått at det tas initiativ til å etablere ordninger som kan medføre at legeerklæringer i sivile saker kan få et organ som kan vurdere slike erklæringer, og vil følge opp dette. I dette ligger det også at NAV-brukere bør kunne få vurdert legeerklæringer som er innhentet av NAV, av en uavhengig instans.

Det er ikke vanlig å foreta rettelser i en avgitt legeerklæring, men utsteder av erklæringen kan ved tilleggserklæring presisere erklæringen eller avgi erklæring om nye forhold i saken. Bruker/pasient kan selvfølgelig også fremlegge erklæringer fra annen lege som pasienten kontakter. Om pasienten skal kunne kreve utgifter til slike erklæringer dekket, er ressurs spørsmål i de ulike instanser som Rådet for legeetikk ikke kan gi noen mening om.

#### **4.1.10 Klage på lege for inhabilitet og mangel på objektivitet ved utferdigelse av erklæringer - 11/401**

Fire søsken har innklaget en lege for ikke å ha opptrådt nøytralt og objektivt i vurderingen av morens medisinske og omsorgsmessige behov i forhold til hennes demens, men tatt stilling i en familiekonflikt om dette. Klagerne mener at innklaget lege på den måten har brutt Etske regler for leger, kap I, §§ 1, 4 og 6 om å verne menneskets helse, om taushetsplikt og om anledning til ikke å ta pasient i behandling, kap II, §§ 2 og 4 om å vise respekt for kolleger og kap IV, §§ 2 og 4 om habilitet og krav til objektivitet og nøytralitet ved utferdigelse av legeerklæringer.

Rådet besluttet å ta saken opp til behandling etter Etske regler for leger kap I, §§ 1, 4 og 6, kap II, §§ 2 og 4, og kap IV, §§ 2 og 4.

Saken er belyst ved klagerens fremstilling med vedlagte legeerklæringer skrevet av innklagete lege til overformynderi og fylkeslege og vedtak fra overformynderiet, og ved tilsvarende fra innklaget lege, samt kommentar til dette tilsvaret fra klagerne. Det foreligger også et brev til forsvar for innklaget lege fra et annet medlem av familien.

Saken er denne:

Klagers mor lider av Alzheimers sykdom. Det oppstod konflikt i familien om hvilke tilbud moren burde få. Ifølge klagen kom innklagete lege inn i bildet fordi hun er nær venninne av et av familiemedlemmene som er blant motparten i familiekonflikten. Klagerne beskriver meget nære vennskapsbånd mellom innklagete lege og den delen av familien. Innklagete lege var uenig i de medisinske vurderingene som var gjort av morens fastleger på hjemstedet og tok over som hennes fastlege selv om hennes praksis var ca. 10 mil fra morens hjemsted. I følge klagen har innklagete lege engasjert seg sterkt på motpartens side med hensyn til hvilke tilbud moren burde få og hvordan hennes samtykkekompetanse skulle vurderes, noe som bl.a. hadde betydning for motpartens økonomiske utnyttelse av moren, og for hvilken hjelpeverge moren burde få.

Vedlagt klagen er innklagete leges legeerklæring til det lokale overformynderiet. I denne fremgår det som del av begrunnelsen for vurderingen, at hun har observert moren "ved flere sosiale anledninger". I erklæringen opplyser hun, som faktum, flere forhold knyttet til familiekonflikten som klagerne bestrider. Motparten til klagerne omtales som "hennes daglige omsorgspersoner". Ellers sies bl.a. at det er "...sjalusi mellom døtrene", "komparentopplysninger gitt meg – gir ingen holdepunkter for at hun [moren] har gjort kritiske økonomiske disposisjoner eller andre forhold...". "...det er ille hvordan jeg oppfatter henne behandlet..." [av sammenhengen er det tydelig at det her henspeiles på klagerne] og "Jeg finner det uansvarlig og hensynsløst hvordan hun er blitt behandlet – blitt meg informert - av nære pårørende – og oppfatter det kompromitterende for hennes helsetilstand".

I legeerklæringen går hun nøye inn på medisinske vurderinger av moren, og hun konkluderer med at hun anser moren som samtykkekompetent. Hun fortsetter med å anmode om at moren får oppnevnt annen hjelpeverge. Hun fremhever i den forbindelsen at "hun [moren] liker godt å ha sin svigersønn til å støtte seg" – og at "Hun har en stor og nær familie som vil hennes beste og vil sørge godt for henne – og hjelpe henne med det hun trenger". Forut for erklæringen til overformynderiet, og kort tid etter at innklagete lege ble morens fastlege, sendte hun to brev til fylkeslegen; bekymringsmelding om morens behandling og utredning ved det lokale sykehjemmet og klage over at moren ikke hadde fått oppnevnt den hjelpevergen hun ønsket.

Klagerne fremholder at legeerklæringene er partiske, inneholder feil og alene er basert på påstander fra den delen av familien de fire klagerne er i konflikt med. De mener at moren er manipulert av den ene datteren og hennes mann som har tatt kontroll over henne og isolert henne fra de andre døtrene.

Innklagete lege benekter vennskap med deler av pasientens (morens) familie og anser seg som habil. Hun viser videre til at hennes legeerklæringer til overformynderiet og fylkeslegen har ført til at moren er erklært samtykkekompetent og ikke lenger har hjelpeverge.

I en kommentar til innklagete leges tilsvarende, fremhever klagerne at nære vennskapsbånd er et faktum, at spesialisterklæringen som bidro til at moren ble kjent samtykkekompetent, var preget av tendensiøse opplysninger i henvisningen fra innklagete lege og at de forskjellige erklæringene fra innklagete lege manglet objektivitet og inneholdt uriktige og krenkende uttalelser om klagerne. Som konklusjon hevder klagerne at innklagete lege opptrådte i strid med Etsiske regler for leger ved å være inhabil, partisk, uprofesjonell, ukollegial og for å ha krenket klagerne ved ukorrekt journalføring og krenkende uttalelser i skriftlige uttalelser.

Rådet **vedtok** å uttale:

Fra begge parters saksframstilling er det tydelig at uenighet om morens evne til å gi samtykke og ta selvstendige beslutninger, og om hennes omsorgsbehov, har skapt en vond familiekonflikt som bl.a. har ført til at de 4 døtrene, som er klagerne, opplever å ha fått mindre innflytelse i forhold til morens ve og vel. Når det gjelder medisinske forhold, deriblant om moren bør kjennes samtykkekompetent eller ikke, står påstand mot påstand, og Rådet tar ikke stilling til det, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. ledd.

Påstand står også mot påstand når det gjelder hvor nært forholdet er mellom innklagete lege og den ene part i familiekonflikten. Rådet finner det imidlertid godt gjort at innklagete lege ble pasientens fastlege gjennom kontakt med den ene parten i familiekonflikten. Inntrykket av at det i alle fall var en viss nærhet til den ene part i familiekonflikten forsterkes av at moren avsluttet forholdet til 2 lokale fastleger og valgte innklagete lege som fastlege selv om legens praksis var 10 mil borte, og ved at legen skriver at hun har observert pasienten ved flere sosiale anledninger allerede kort tid etter at hun påtok seg oppgaven som fastlege..

På den tiden innklagete lege ble pasientens fastlege, erkjenner legen å ha hatt kjennskap til familiekonflikten. I Etsiske regler for leger, kap IV, § 2 heter det bl.a. at *"En lege skal ikke avgi en legeerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet"* (Rådets understrekning). Rådet oppfatter at etiske krav til habilitet for å kunne være mer omfattende enn den lovgitte. Rådet mener at innklagete lege burde ha forutsett at hun ved å ta på seg oppgaven som fastlege på det grunnlaget som forelå, ville forsterke familiekonflikten og at hun derfor burde ha forsøkt å unngå å bli morens fastlege og erklært seg inhabil med tanke på å skrive legeerklæringer i forhold til de sakene klagen gjelder. Det er velkjent at pasienter med demens lett kan være offer for manipulering av sine nære omgivelser, og dette burde legen ha tatt hensyn til i sin vurdering om hun ville påta seg oppgaven som fastlege og utsteder av legeerklæringer. Siden pasienten i dette tilfelle valgte fastlege ved hjelp av en pårørende, burde legen overfor pårørende og pasienten ha gitt uttrykk for at pasienten burde velge en annen lege. Dette ville, etter Rådets mening, ikke vært i strid med prinsippet om at en fastlege normalt plikter å ta i mot pasienter som melder seg til en fastleges liste. Etsiske regler for leger, kap I, § 6, gir også rom for å unngå å ta på seg oppgaven som lege for en pasient ut fra formuleringen: *"En lege kan avslå å ta en pasient under behandling, såfremt denne har rimelig anledning til å få hjelp av en annen lege"*.

Rådet tar ikke stilling til innklagete leges medisinsk-faglige vurderinger i legeerklæringene til overformynderiet og fylkeslegen, jf Reglement for Rådet for legeetikk § 2, 2. Rådet mener imidlertid at erklæringene mangler varsomhet, objektivitet og nøytralitet i beskrivelse av pasientens forhold til alle pårørende. Erklæringene bærer også preg av nærmest å være prosesskriv i forhold til det legen mener burde tilkjennes moren, og begrunnelsene baserer seg i stor grad på fremstillingen fra den ene

parten i familiekonflikten, uten at dette kommer tydelig fram. Rådet er også enig med klagerne i at erklæringene inneholder uttalelser om klagerne som kan oppfattes krenkende.

Rådet mener derfor at innklagete lege har opptrådt i strid med Etske regler for leger, kap IV, § 2 ved at hun burde ha erklært seg inhabil til å påta seg en så aktiv rolle, og i strid med kap IV, § 4 ved at erklæringene mangler nøytralitet og objektivitet og ved at de inneholder opplysninger som går ut over formålet. Rådet gir innklagete lege kritikk for disse forholdene. Rådet tar ikke stilling til de andre klagenes all den tid de i vesentlig grad dreier seg om medisinsk-faglige forhold og at påstand står mot påstand i forhold til om taushetsplikten ble brutt.

#

En 3. person - søsken til klagerne - har etter at Rådets avgjørelse var meddelt partene, tilskrevet Rådet med en rekke innvendinger mot Rådets behandling av saken og til Rådets vedtak.

Rådet **vedtok** å tilskrive avsender slik:

Rådets vedtak i sak 133/2011 er svaret på en klage fremsatt av fire søsken mot morens fastlege for ikke å ha opptrådt nøytralt og objektivt i vurderingen av morens medisinske og omsorgsmessige behov i forhold til hennes demens, men tatt stilling i en familiekonflikt om dette. Klagen var relatert til en rekke bestemmelser i Etske regler for leger.

Rådet har behandlet klagen ut i fra det anførte klagegrunnlaget og de opplysninger som partene har gitt til Rådet - som er i samsvar med de saksbehandlingsregler som gjelder for Rådet, jf Reglement for Rådet for legeetikk. Rådet har ansett at de opplysninger som partene har fremlagt har vært tilstrekkelig for at Rådet har kunnet behandle saken forsvarlig. Ansvaret for sakens opplysning ligger på begge parter. Det må i denne sammenheng opplyses at det har vært vanskelig å få uttalelser og kommentarer fra innklagede lege, men det som har blitt gitt, har som anført ovenfor vært tilstrekkelig til at saken kunne behandles forsvarlig.

Rådet har ikke tatt standpunkt til de faglige spørsmål som har vært fremmet i konflikten, for eksempel spørsmål om morens samtykkekompetanse, søsknens kontakt med moren, omsorgsinnsats, overformynderiets og fylkesmannens vurderinger, andre legers attester etc. Slike problemstillinger ligger utenfor Rådets mandat.

Avgjørelser som fattes av Rådet for legeetikk, blir av Rådet ikke gjort tilgjengelig for andre enn partene i klagesaken. Rådet har imidlertid som prinsipp at vi ikke setter restriksjoner for partenes bruk av Rådets avgjørelser.

Da det i brevet ikke er fremlagt nye opplysninger i saken som belyser det vurderingstemaet som Rådet har hatt til behandling, er det ikke grunnlag for at saken tas opp til fornyet behandling. Vedtaket slik det kommer til uttrykk i protokollen i sak 133/2011, fastholdes derfor av Rådet.

#### **4.1.11 Klage på lege for mangelfull legeerklæring til forsikringsselskap - 11/3475**

Et forsikringsselskap har fremsatt klage på legeerklæring fra en lege.

Rådet besluttet å innlede klagebehandling etter Etske regler for leger, kap IV, § 4.

Saken er denne:

I forbindelse med søknad om forsikring fra en pasient, tilskrev forsikringsselskapet en allmennlege, som av søkeren var oppgitt som behandlende lege, med forespørsel om opplysninger om søkerens helse. Forsikringsselskapet ba om at opplysningene ble gitt ved besvarelse av et spørreskjema

utarbeidet av selskapet. Slike opplysninger ble gitt i brev fra legen til selskapet. I dette brevet ble det opplyst at søkeren i 2009 ble utredet for mangeårige magesmerter med følgende resultat: *"Ingen av disse objektive undersøkelser avdekket patologi og spes. ingen mistanker om lidelsene Morbus Crohn eller Ulcerøs colitt."*

I forbindelse med fremsatt erstatningskrav etter senere diagnostisert rectumcancer, ble det i legeerklæring fra innklaget lege opplyst at pasienten tidligere ble henvist til sykehusundersøkelse "p.g.a. blodig avføring.". Selskapet har lagt til grunn at denne henvisningen ble gjort av innklagete lege og har anført at denne er skrevet over 1 måned før hans uttalelse til forsikringsselskapet og at denne opplysningen om henvisningen er utelatt i uttalelsen til forsikringsselskapet. Selskapet har tilskrevet legen og bedt om forklaring på uoverensstemmelsen, men har ikke mottatt svar.

Innklaget lege har i sin uttalelse til Rådet gitt til kjenne at opplysningene som er gitt *"kan bli villedende"* og erkjent at opplysningen om blod i avføringen *"...skulle selvfølgelig vært meddelt forsikringsselskapet."* Innledningsvis kan det se ut som om han oppfatter at klagen går ut på å ha "manipulert med datoer". Han anfører videre at opplysningen om rectumcancer ikke var kjent for han da han skrev den første erklæringen, og påpeker at hans pasient sannsynligvis ville ha fått tegnet forsikring dersom han hadde besvart henvendelsen fra selskapet den første gangen han fikk henvendelsen. Selskapet anfører i sitt tilsvaret at saken ikke dreier seg om påstand om "datomanipulering".

Rådet **vedtok** å uttale:

Saken er tilfredsstillende opplyst fra både klager og innklagete lege. Det er i det alt vesentlige enighet om sakens faktabeskrivelse. Rådet konstaterer at innklaget lege erkjenner at hans opplysninger har vært villedende.

Rådet legger til grunn at innklaget lege har holdt tilbake opplysninger han måtte vite var av stor viktighet for selskapet, og at han ved dette har brutt Etiske regler for leger, kap IV, § 4: *"En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies."*

Innklaget lege må gis sterk kritikk for dette bruddet på Etiske regler for leger og for ikke å ha besvart henvendelser fra selskapet for å oppklare divergenser mellom de avgitte legeerklæringer. Rådet ser det ikke som formildende at en tidligere sendretighet med besvarelse av henvendelser fra forsikringsselskapet, medførte at forsikringsselskapet ikke aksepterte tegning av forsikring for pasienten.

#### **4.1.12 Klage på rådgivende lege i NAV - 11/5302**

En NAV-bruker har innklaget en rådgivende lege i NAV for de vurderinger hun har gjort i forbindelse med klage på vedtak om ménerstatning. Med klagen er det lagt ved rikelig dokumentasjon, bl.a. uttalelse fra psykiater som vurderer klagers invaliditetsgrad som høyere enn det som er anbefalt overfor NAV av innklagete lege til tross for at innklagete lege bygde sin anbefaling på psykiaterens uttalelse.

Slik Rådet for legeetikk forstår klager, er det innklagete leges overprøving av psykiaterens anbefaling klagen går ut på, og at en slik overprøving er uakseptabel all den tid psykiateren har størst kompetanse når det gjelder å vurdere invaliditetsgraden.

Av dokumentasjonen er det lagt ved kopi av "Uttalelse fra rådgivende lege" til NAV fra innklagete lege. I rubrikken "Rådgivende leges vurdering i forhold til de fremsatte spørsmål" skriver hun at ut fra invaliditetstabellen skal fysiske og psykiske følger av en skade ses samlet og ikke hver for seg på den



måten at de summeres, slik sakkyndig psykiater har ment. Rådgivende lege endte dermed opp med å anbefale en lavere invaliditetsgrad enn psykiateren.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet oppfatter ikke at rådgivende lege har overprøvd psykiaterens medisinsk-faglige vurderinger, men at hun har ment at graden av invaliditeten skulle gis en annen klassifisering ut fra de retningslinjene som gjelder for NAV. Hvordan en slik klassifisering skal skje er et faglig spørsmål som det er utenfor Rådets mandat å ha noen formening om, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd. Rådet vil derfor ikke innlede noen klagesak overfor den rådgivende legen.

#### **4.1.13 Vurdering av sakkyndig rapport - 10/1973**

En tidligere organisasjonsleder har innklaget to psykiatere for deres arbeid i forbindelse med utarbeidelse av sakkyndig rapport til undersøkelsesutvalget i konfliktsak i organisasjonen.

Saken har tidligere vært behandlet av Rådet i flere møter hvor det har blitt vedtatt å innlede klagebehandling mot psykiaterne. Verken de sakkyndige eller organisasjonen har villet utlevere den sakkyndige rapporten. Denne avklaringen har tatt tid og saken har derfor vært stilt i bero inntil det var klart hvilke dokumenter Rådet kunne få tilgang til.

Den tidligere organisasjonslederen har igjen bedt Rådet for legeetikk vurdere om rapporten skrevet av psykiaterne i forbindelse med arbeidskonflikten er i overensstemmelse med de krav som leger skal forholde seg til ved utferdigelse av sakkyndige erklæringer i følge Etske regler for leger.

Saken har vært stilt i bero fordi de innklagete legene ikke ønsket å gi noen uttalelse av hensyn til taushetsplikt overfor deres oppdragsgiver og også fordi de mente at deres funksjon ikke falt inn under Etske regler for leger, samt at Rådet ikke har fått anledning til å lese legenes sakkyndige rapport fra oppdragsgiveren. Rådet for legeetikk mener derimot at medlemmer av Den norske legeförening må forholde seg til Etske regler for leger når legen utøver en funksjon i egenskap av å være lege, og har allikevel valgt å behandle saken på grunnlag av de opplysninger som foreligger i saken uten ytterligere kontradiksjon.

Saken er i korthet denne:

Klager var leder av en organisasjon, og det oppstod en konflikt mellom henne og leder for en av underavdelingene. Vedkommende avdelingsleder sa opp sin stilling gjennom et mediautspill med beskyldninger mot organisasjonslederen, bl.a. om mobbing. Dette skapte stor mediaomtale, og organisasjonen opprettet et undersøkelsesutvalg for å belyse alle sidene av saken. Utvalget definerte sitt mandat som å foreta en rettslig vurdering av hvorvidt det forelå brudd på arbeidsmiljøloven eller annet relevant regelverk eller andre ulovfestede rettslige normer i forbindelse med avdelingslederens arbeidsforhold og fratredelse fra stillingen. De to psykiaterne ble engasjert som sakkyndige i utvalget. Prosessen endte med at også klager fratradte funksjonen som øverste leder av organisasjonen.

Dokumentasjonen i saken er omfattende. Rådet har ikke fått utlevert eller fått lese de psykiatrisk sakkyndiges rapport, men har forholdt seg til et utdrag av denne og undersøkelsesutvalgets samlede rapport der det blir referert til, og delvis sitert fra, de sakkyndige psykiaternes rapport. Psykiaterne har ikke ønsket å kommentere sin erklæring siden denne er fortrolig, og heller ikke organisasjonen har villet gi Rådet fullt innsyn. Rådets vurderinger er derfor basert på utdragene av de sakkyndiges erklæring som Rådet har fått tilsendt av klager, og de opplysningene som er gitt i den endelige rapporten fra undersøkelsesutvalget.

Rådet **vedtok** å uttale:

Det er Rådet for legeetikks klare oppfatning at psykiaterne ble engasjert for å gjøre en medisinsk-faglig sakkyndig vurdering. Dette fremgår av flere utsagn i rapporten fra undersøkelsesutvalget, bl.a. at *"De sakkyndige undersøkte særlig om det var sammenhenger mellom (...klagers) lederatferd og .....(avdelingslederens) helsesituasjon"* (s 97) og de sakkyndiges redegjørelse om prinsippene for vurderingene (s 100-102). De konkluderer med at det er en årsakssammenheng mellom klagers atferd og avdelingslederens sykdom (s 102).

Fortrolige samtaler med avdelingslederens fastlege var noe av grunnlaget for å stille det Rådet oppfatter som diagnoser på klager og for å vurdere årsaksforholdet. I utdraget av de sakkyndiges erklæring skriver psykiaterne selv at *"..de sakkyndige forventes å avgi en årsaksvurdering i forhold til mulig psykisk traumatisering av ... (avdelingsleder) som følge av ....(klagers) lederadferd"* (s 21). Samtidig refereres det i undersøkelsesrapporten til at *"de [psykiaterne] ikke har kunnet gjennomføre en full arbeidspsykologisk og klinisk-psykiatrisk undersøkelse"*. Ikke desto mindre har de, etter Rådets oppfatning, stilt psykiatriske diagnoser hos avdelingsleder og tillagt årsakene til klager. Selv om det ikke er gitt noen klar diagnose(r) på klager, er det personlighetsbeskrivelser som ligger nær opp mot diagnoser, for eksempel at hun mangler empati og er preget av *"underliggende utrygghet"*, har *"reduisert evne til å skille mellom saklig uenighet, konstruktiv kritikk og personlig fiendtlighet"* og *"..fremtrer sårbar på stolthet og selvbilde"*. Avdelingsleder beskrives i positive vendinger karaktermessig, mens det omvendte preger beskrivelsene av klager.

Rådet for legeetikk behandler ikke den faglige delen av legers virksomhet, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2, 2. ledd, og kan derfor ikke uttale seg om de faglige vurderingene i de sakkyndiges erklæring. Ut fra de tilgjengelige dokumentene er Rådet imidlertid i tvil om de sakkyndiges erklæring bygger på tilstrekkelig informasjon og den objektivitet og nøytralitet som forventes i følge Etske regler for leger kap IV, § 4. For Rådet er forholdet til Etske regler for leger, kap I, §§ 1 og 2 særlig viktig.

Å opptre som psykiatrisk sakkyndig i en privat granskning av en konflikt er krevende. Rådet finner det ikke dokumentert at de involverte partene har vært tilstrekkelig informert om de sakkyndiges rolle og mandat til å kunne gi et informert samtykke til å bli vurdert. Informert samtykke innebærer bl.a. at den som blir vurdert, i forkant fullt ut har forstått hva undersøkelsene og vurderingene vil innebære (kap I, § 2). Rådet kan heller ikke se at det er dokumentert at de som ble gransket psykiatrisk, har gitt eksplisitt samtykke til det. Dette, og mangel på åpenhet, rører ved menneskerettighetsprinsippene som er nedfelt i kap I, § 1, og prinsippene om å ivareta menneskers integritet og vise barmhjertighet, omsorg og respekt (kap I, § 2).

Selv om en leges rolle som sakkyndig er en annen enn som behandlende lege, er disse prinsippene likevel relevante. Slik Rådet ser det, er det å forholde seg til disse etikkreglene særlig viktig i en privat granskning med uklart mandat, mangel på åpenhet og uten mulighet for en full psykiatrisk vurdering, slik Rådet oppfatter denne situasjonen. Undersøkelsesutvalget fremhevet at granskningen skulle følge vanlige rettsprinsipper. Det at klager, som *"tiltalt"*, ikke hadde reelle muligheter for kontradiksjon, oppfatter Rådet som bekymringsfullt i forhold til grunnleggende menneskerettigheter, også i forhold til de sakkyndige psykiaternes rolle. jf kap I, § 1.

Rådet mener derfor at de innklagete sakkyndige psykiaterne har opptrådt i strid med de generelle bestemmelsene i Etske regler for leger for måten de har latt seg benytte og utført granskningen på i denne arbeidskonflikten, og uttaler kritikk for det.