

BERETNING 1.7. 2004 – 31.12. 2005

for

RÅDET FOR LEGEETIKK

Innhold

1. Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden
2. Generelle problemstillinger i legeetikk
 - 2.1 Ethiske problemer i klinisk virksomhet
 - 2.2 Markedsføring
 - 2.3 Forholdet til legemiddelindustri og utstyrsleverandører
 - 2.4 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer
3. Pasienters klager på leger
4. Tvister mellom leger
5. Attestutstedelser
6. Ethiske regler for leger – organisasjon og saksbehandling
7. Høringssaker

1. Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

For perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2005 har Rådet for legeetikk hatt slik sammensetning:

Professor dr. med. Reidun Førde, leder
Professor dr. med. Ragnar Hotvedt, nestleder
Overlege dr. med. Kristin Bjørnland
Overlege dr. med. Trond Markestad
Kommunelege I, helsesjef Jo Telje

Varamedlemmer:

Praktiserende spesialist Solfrid Kjus
Direktør, dr. med. Stein Tore Nilsen

Rådets sekretær siden 1974, advokat Åsmund Hodne fratradte som Rådets sekretær i juni 2005 i forbindelse med oppnådd aldersgrense i Legeforeningens sekretariat.

Seniorrådgiver og advokat Odvar Brænden er fra 12.6. 2005 Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt 10 møter og har behandlet 128 saker.

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

Rådet for legeetikk arrangerte kurs om Varslerproblematikken 7. februar 2005 med følgende programposter og forelesere:

- Hva er varsling og hvordan møter den medisinske kulturen kritikk v/ rådets leder Reidun Førde
- Varsling i psykiatrien v/ overlege Bjarte Stubhaug
- Varsling i primærhelsetjenesten v/ allmennlegene Siri Håberg og Fridtjof Andersen
- Hvordan regulerer jussen feltet v/ professor dr. juris Jan Fridtjof Bernt
- Medias rolle, interesse og ansvar i varslersaker v/ journalist Johannes Morken
- Helseforetakenes syn på varsling v/ prosjektdirektør, Helse Midt-Norge, Asbjørn Hofslie
- Helsetilsynets rolle i varslingssaker v/ ass. helsedirektør Geir Sverre Braut

Nordisk etikkseminar fant sted i Stockholm 7.–9.9. 2005. Rådets medlemmer, Reidun Førde, Trond Markestad, Jo Telje og Ragnar Hotvedt, representanter oppnevnt av sentralstyret, president Torunn Janbu og Marte Walstad samt Rådets sekretær, Odvar Brænden deltok i Nordisk etikkseminar. Seminaret samlet ca 40 deltagere fra alle de nordiske landene og behandlet følgende temaer:

- Läkarettik – medicinsk etik – samhällsetik; avgränsningar/beröringspunkter
- Vad har hänt sedan sist?
- WMAs International Code of Medical Ethics – pågående revisjonsarbete
- Läkarnas relasjoner til läkemedelsindustrien
- Transplantasjonsetik
- Kosmetisk kirurgi

Reidun Førde og Ragnar Hotvedt fra Rådet for legeetikk holdt innledningsforedrag om hhv legenes forhold til legemiddelindustrien og transplantasjonsetikk.

I samarbeid med Senter for medisinske studier, Russland ved Det medisinske fakultet, ble det 24.11.-25.11. 2005 arrangert et symposium for russiske leger i Moskva om profesjonsetikk, kvalitet og forholdet mellom legeforeningene og samfunnet i Russland og Norge. Rådet var representert med medlemmene Reidun Førde, Trond Markestad, Ragnar Hotvedt og Kristin Bjørnland, samt Rådets sekretær Odvar Brænden.

Temaer ved symposiet var:

- Den medisinske profesjon i Russland i overgangsperioden
- Samarbeidet med myndigheter og andre organisasjoner
- Medisinsk etikk i forskning og klinisk virksomhet – innleder Reidun Førde
- Pasientrettigheter som fundament for offentlig, allmenn helsetjeneste – innleder Trond Markestad
- Legeforeningenes rolle i kvalitetsarbeidet i medisinsk virksomhet – innledere Olaf Aasland og Bjørn O. Hoftvedt
- Selvstyrt eller offentlig regulert utøvelse av medisinsk virksomhet
- Organisering av samspeilet mellom legeforeningene og andre organisasjoner og profesjonsgrupper – innleder Hans Petter Aarseth
- Fremherskende feil i medisinsk virksomhet - innleder Ragnar Hotvedt
- Økonomiske forhold mellom lege og pasient – innleder Berit Bringedal
- Legeforeningenes roller ved videre- og etterutdanning – innleder Bjørn O. Hoftvedt

Rådet har i perioden vedtatt å endre beretningsperioden slik at denne fra 2006 følger kalenderåret. Denne beretning omfatter derfor perioden 1.7. 2004 til 31.12. 2005.

2. Generelle problemstillinger i legeetikk

2.1 Etske problemer i klinisk virksomhet

2.1.1 Uttalelse om situasjonen for asylsøkere, etter endelig avslag på sin asylsøknad, i forhold til medisinsk hjelp og menneskerettighetene

Rådet hadde mottatt henvendelse fra et medlem om de problemer som asylsøkere møter i helsevesenet etter å ha mottatt endelig avslag på asylsøknad.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk vil først få takke deg for ditt engasjement og initiativ i denne svært aktuelle og problematiske saken. Ditt brev av 12.5. 2004 reiser viktige og prinsipielle spørsmål av menneskelig, juridisk, politisk og etisk karakter. Det er godt at vi har gode kolleger som tør å engasjere seg og

stille kritiske spørsmål ved medisinsk sett uheldige avgjørelser i samfunnet. Vi ser problemstillingen i relasjon til kapittel 1, paragraf 1 i Ethiske regler for leger, hvor det heter i annet ledd: "*Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter....* ".

Rådet ser ingen mulighet for å svare utfyllende på alle problemstillingene du reiser, men vil prøve å kommentere noen av punktene. Vi tror det er nyttig å dele svaret i tre; din rolle som politisk bevisst borger, din rolle som samfunnsmedisiner og din rolle som behandlende lege.

Den norske stat har gjennom vedtak i Regjering og Storting vedtatt regler for behandling av asylsøkere som mange finner uakseptable i menneskesyn og konsekvens. Det står enhver fritt til å forfekte sitt politiske syn gjennom skrift og tale, og derigjennom prøve å påvirke myndighetene til å endre regelverket. Noen kolleger har valgt å bruke massemedia og tatt opp enkeltskjebner for å illustrere uheldige konsekvenser, andre bruker politiske organer direkte. Alle som i kraft av sin posisjon i samfunnet ser utslåttede konsekvenser av et regelverk, har en forpliktelse til å gjøre dette kjent. Men i et demokrati må vi også godta at et flertall legger vekt på andre verdier, argumenter og synspunkter i en kontroversiell sak.

Som samfunnsmedisiner i et lokalsamfunn kan legen oppleve situasjoner der han har et eget medisinsk-faglig ansvar for å gjøre uheldige situasjoner kjent for kommunens administrative og politiske ledelse. Det gjelder f.eks. innen smittevern, der sosial nød og mangel på bolig kan vanskeliggjøre adekvat oppfølging og terapi for pasienten selv og øke smitterisikoen i lokalsamfunnet. Det er et tankekors at samfunnsmedisinsk arbeid og forebyggende innsats kanskje kan ha størst effekt nettopp overfor denne spesielle gruppen av asylanter uten rettigheter, og med elendige sosiale forhold og stor psykisk belastning.

Rådet har forstått det slik at lov om helsetjenesten i kommunene fortsatt gjelder også for den gruppen du har engasjert deg i. Det vil si at de har rett på nødvendig helsehjelp i den kommunen de oppholder seg i. Din rolle som behandlende lege er derfor å undersøke og diagnostisere hver enkelt med symptomer og plager med tanke på alvorlig sykdom. Men det er ikke vanskelig å se grenseproblemer overfor begrepet nødvendig helsehjelp. Ren sosial nød kan vanskeliggjøre både diagnostikk og adekvat medisinsk oppfølging. RTV's betalingsplikt er så vidt vi skjønner uavklart, samtidig som de ikke har økonomi til egenandelen.

Du reiser tilslutt spørsmål om ikke disse forholdene burde føre til debatt i Legeforeningens organer. Vi har stor sympati for dette synspunkt og håper du selv vil fremme forslag om dette gjennom din fylkesforening eller yrkesforening, eller ved innlegg i Tidsskriftet. Vi vil sende din henvendelse og vårt svarbrev til orientering både til Sentralstyret og Menneskerettighetsutvalget.

2.1.2 Uttransportering av asylsøkere – helsetjeneste til personer som oppholder seg ulovlig i landet

Rådet for legeetikk har etter anmodning fra Legeforeningens menneskerettighetsutvalg behandlet forslag til uttalelser fra Menneskerettighetsutvalget, som med utgangspunkt i norsk lov og i internasjonale deklarasjoner og konvensjoner, gir råd om hvordan leger bør forholde seg ved uttransportering og helsetjeneste til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Rådet støtter i det store og hele begge uttalelsene med noen merknader.

Rådet vedtok å tilskrive Menneskerettighetsutvalget slik:

Legens rolle ved uttransportering av asylsøkere

Rådet for legeetikk ønsker i denne saken å føye til at det etter Rådets oppfatning fullt ut er forsvarlig at leger deltar som sakkyndige for å vurdere om en person er transportdyktig, forutsatt at legen selv finner at han kan imøtekomme en anmodning om å opptre som sakkyndig. Leger har sakkyndigoppdrag i andre sammenhenger der de opptre på vegne av myndighetene, og der myndighetenes og den enkelte pasients interesser ikke er sammenfallende, for eksempel i promillesaker. Å undersøke om en person er helsemessig ute av stand til å gjennomføre en lengre reise, kan også være i den enkelte pasients interesse.

Helsehjelp til asylsøkere m.v. uten oppholdstillatelse

Rådet for legeetikk støtter uttalelsen fra Menneskerettighetsutvalget. Pasienter som har behov for nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten må få dette uavhengig av om de kan betale eller ikke. Spørsmålet om utgiftsdekning er et praktisk problem som myndighetene må løse.

Fra flere hold har Rådet fått opplysninger om at det er usikkerhet om hvor langt leger i sykehus kan hjelpe personer som uten oppholdstillatelse trenger nødvendig helsehjelp. Det er Rådets inntrykk at det i dag er altfor tilfeldig, og avhengig av hvor pasienten henvender seg, om og i hvilket omfang pasienten får helsehjelp. Rådet for legeetikk vil foreslå at Menneskerettighetsutvalget og Rådet sammen retter en henvendelse til Sosial- og Helsedirektoratet for at direktoratet kan gi råd til helsepersonell om hvordan de skal opptre når de møter mennesker uten rett til opphold i landet, men med stort behov for helsehjelp.

2.1.3 Lagring av informasjon om tredjeperson gitt av pasienter

En lege hadde kommet med følgende problemstilling til Rådet for legeetikk:

”Når en pasient undersøkes med tanke på dominant arvelig sykdom, er det naturlig og ofte nødvendig å innhente opplysninger om nær slekt for å stille diagnosen. Hvordan anbefaler rådet at de initiale opplysninger fra pasienten om navn og fødselsdata på nære slektninger bør lagres?” Som eksempel er det lagt ved en rekvisisjon til kromosomanalyse ved Institutt for medisinsk genetikk ved Universitetet i Oslo. På dette skjemaet er det i tillegg til navn og fødselsdata på foreldre, søsken, ektefelle og barn, rubrikker for opplysninger om misdannelser, arvelige sykdommer og antall spontanaborter og dødfødsler hos disse.

Rådet vedtok å tilskrive Sosial- og helsedirektoratet med kopi til legen slik:

Rådet vil først bemerke det prisverdige i at leger stiller kritiske spørsmål rundt personvernet. Rådet har diskutert problemstillingen på to møter og kommet til at det ikke kan gi noe entydig råd.

I mange pasientjournaler vil det være opplysninger om arvelige og intime psykososiale forhold som karakteriserer familiemedlemmer i tillegg til komparentopplysninger. De første vil som hovedregel være oppgitt av pasienten selv uten at familiemedlemmene er spurt om tillatelse. Personømfintlige opplysninger om 3.person i pasientjournal er derfor ikke noe prinsipielt nytt. Alle slike journalopplysninger må selvsagt sikres godt for unødige innsyn slik at de ikke kan misbrukes.

Det prinsipielt nye i dette tilfellet, er systematikken av utredningen og detaljnivået av til dels følsomme data og personidentifikasjon på navn og fødselsnummernivå. En måte å løse problemet ville være at pasienten innhentet samtykke hos hver enkelt slektning. I praksis er ofte ikke dette mulig. I tillegg kan familieforholdene være slik, at dersom dette skulle være et krav, ville man kunne gå glipp av nyttig medisinsk informasjon. En bedre løsning mer i tråd med eksisterende praksis ville være å fjerne mest mulig av de personidentifiserbare opplysningene når de lagres i journalen. Rådet har konsultert to sentrale jurister på helserettsområdet og fått bekreftet at dette er et uklart område juridisk. Rådet vil derfor be Sosial- og helsedirektoratet om å utrede spørsmålet slik at både de institusjonene som drive med genetisk utredning og leger som henviser pasienter hit kan få klarhet i hvordan de skal forholde seg i slike saker.

2.1.4 Anmodning om å vurdere retningslinjer for pasientmedvirkning i undervisning på nytt

En lege hadde i et debattinnlegg i Tidsskriftet nr. 16/2005, side 2243 stilt Rådet for legeetikk noen retoriske spørsmål om tidligere gitte retningslinjer for pasientmedvirkning og hadde anmodet Rådet om å se på sakskomplekset på nytt.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk gjorde i 1993 et omfattende utredningsarbeid om de etiske aspektene knyttet til pasienters medvirkning i undervisning (1). Dette temaet dukket opp igjen i 2004 i forbindelse med mediaoppslag om øvelse på gynekologisk undersøkelse av kvinner i narkose uten at det var innhentet eksplisitt samtykke om dette på forhånd (2). Fra mange hold ble det framsatt et krav om eksplisitt samtykke i slike situasjoner (2). Rådets uttalelse fra 1993 om at det som hovedregel bør innhentes

samtykke er nylig blitt kritisert som upraktisk og ugjennomførlig i et innlegg i Tidsskriftet (3). Rådet har derfor diskutert saken på nytt. Diskusjonen har tatt utgangspunkt i uttalelsen fra 1993 og andre relevante saker behandlet av Rådet i perioden fram til i dag. I det følgende presenteres en oppsummering av Rådets diskusjon.

Helsevesenet har flere oppgaver. Primæroppgavene er diagnostikk og behandling, men også forskning for å framskaffe ny kunnskap og utdanning og opplæring av helsepersonell er viktig. Kvaliteten på diagnostikk og behandling hviler på at forsknings- og undervisningsdelen tas alvorlig. Forskning og undervisning er helt avhengig av pasientenes deltagelse. På den måten kan man si at behandlingen av dagens pasienter er tuftet på innsatsen til tidligere pasienters bidrag for fellesskapet. Undervisning av helsepersonell er en omfattende oppgave, fra grunnutdanning til videre- og etterutdanning. Medisinen utvikler seg stadig, og derfor blir læring av ny teori og nye metoder en konstant utfordring for alt arbeidsaktivt helsepersonell. Gruppen helsepersonell er også svært stor, fra mange typer helsepersonell som har direkte pasientkontakt, til personell som arbeider på laboratorier eller på kontor.

De etiske problemene knyttet til forskning er godt regulert i Norge gjennom utvikling av forskningsetikken og særlig opprettelsen av systemet med forskningsetiske komiteer. De etiske problemene knyttet til bruken av pasienter i undervisningen, har langt sjeldnere vært tema i etikken (4).

Etiske betraktninger

Leger har pasientens interesser som sitt fremste anliggende. Kapittel 1, § 2 i Etiske regler for leger slår fast 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.*

Samarbeid, integritetsbevaring og tillit er tre stikkord som må være styrende for hvordan pasienter trekkes inn i undervisningen. Videre sier § 9, kapittel 1: *En lege skal ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk metoder som forsvarlig legevirkosomhet tilsier.* Legen har altså en etisk plikt å skaffe seg nok erfaring og kompetanse for at pasientene skal få den helsetjenesten de trenger. Heri ligger at interessene til den enkelte aktuelle pasient må veies mot interessene til framtidige pasienter, eller endog den aktuelle pasientens framtidige helsehjelp. Det er viktig å øke befolkningens bevissthet om nødvendigheten av at alle bidrar til kvalitetssikring av helsehjelp. Tillit til at forskning og undervisning skjer på en etisk akseptabel måte er en forutsetning for vilje til å bidra. Mye tyder også på at pasienter som deltar i undervisning, selv får noe igjen for det. Både kan det være en interessant erfaring i seg selv, men bevisstheten om at man bidrar til framtidens pasienter når man selv får hjelp, kan være en god erfaring. Det er Rådet for legeetikks oppfatning at dersom kulturen og holdningene rundt undervisningen er slik at respekten for integritet er et overordnet hensyn, vil de fleste pasienter samtykke når de forklares viktigheten av å bidra til undervisning av helsepersonell.

Selv om det er viktig at alle forstår hvor verdifull deltakelse i undervisningen er, er det tvilsomt om direkte press på pasienter kan forsvares. Noen pasienter kan ha private grunner for å vegre seg for å delta i undervisningen, så alvorlige grunner som tidligere ydmykende opplevelser med helsetjenesten eller andre opplevelser som gjør det vanskelig å gi fremmede innsyn i intime psykologiske eller kroppslige forhold. Et press vil kunne svekke tilliten til helsepersonell, og endog representere en trussel mot helsen og slik bryte med § 1 i Etiske regler for leger.

Tradisjonelt har mange undervisningssituasjoner funnet sted uten at pasient eller pårørende har blitt spurt om samtykke fordi man har antatt at selve undersøkelsen ikke er skadelig, men at bevisstheten om at dette er blitt gjort, kan gi opphav til sterke reaksjoner (5). Eksempel på dette er gynekologisk undersøkelse av pasienter i narkose. Et annet eksempel på dette er intubasjonstrening på døde nyfødte uten at det er innhentet samtykke. Også dette har Rådet for legeetikk vært kritisk til (6). En spørreundersøkelse blant foreldre som nylig hadde mistet et barn, kan tolkes i retning av disse foreldrene vil gi sitt samtykke til at barnet brukes i undervisningen for å bidra til fellesskapet, men et stort flertall tok avstand fra at dette skulle skje uten at de visste om det (7). En skjult praksis er også ødeleggende for tilliten slik oppslagene om gynekologiske undersøkelser i narkose var. Leger trenger øvelse for å kunne gjennomføre denne viktige undersøkelsen på en kvalitativt god måte. På den andre siden vil mange kvinner oppleve det ekstra krenkende og skremmende å ha blitt undersøkt

gynekologisk uten at de har hatt kontroll med hva som har foregått. Atferd som forsterker forstillinger om at integritetskrenkende atferd forekommer i norsk helsetjeneste i det skjulte, vil underminere viljen til å delta i forskning og undervisning på sikt.

I Rådet for legeetikks uttalelse fra 1993 hevdes det at alle kroppens organsystemer er prinsipielt like og at gynekologiske undersøkelser må sidestilles med undersøkelser av andre organsystemer. Rådet er i dag usikker på om dette kan legges til grunn for en praksis. Etter Rådets oppfatning må helsepersonells atferd styres av hensynet til pasienten og hva den individuelle pasienten kan ha av integritetskrenkende tålegrenser. Mye tyder på at gynekologiske undersøkelser står i en særstilling hos mange. Uttalelsen fra Rådet for legeetikk i 1993 framhevet da også hensynet til pasientenes autonomi, integritet og bluferdighet, og at ingen må forlate lege eller helseinstitusjon med følelsen av å være krenket når det gjelder disse forhold.

Etiske hensyn knyttet til innhenting av samtykke og gjennomføring av undervisningssituasjonen
 Observatører til behandling og diagnostikk må begrenses til medisinsk-faglig personell for hvem det er relevant i utdanning å overvære en behandling /prosedyre.

Når pasienten spørres om å delta i undervisning / opplæring, bør studenten ikke være tilstede for at samtykket skal være fritt. Studenten bør heller ikke ha tilgang til pasientens journal før samtykket er innhentet. Studenter skal lære holdninger og ikke bare tekniske kunnskaper. At pasienten spørres på en måte som respekterer pasientens autonomi og integritet er derfor i seg selv viktig for undervisningen.

Den som trekkes inn i undervisningen av alvorlig syke pasienter, må få vite hvor mye pasienten er informert om sin situasjon slik at ingen uheldige overtramp forekommer.

Når kan et presumert samtykke forsvares?

Alle pasienter som behandles på undervisningsinstitusjoner bør få vite om dette på forhånd slik at de er forberedt på at de kan bli spurt om å delta i undervisningen. Det er likevel viktig at denne informasjonen presiserer at det ikke er noe krav at de deltar for at behandling skal gis. Rådet ser det slik at et slikt generelt informasjonsskriv er nødvendig også fordi det er ugjennomførbart å innhente forhåndssamtykke til alle de situasjoner der pasienten kan komme i kontakt med helsepersonell under utdanning.

Når studentene bare er observatører i en prosess som ikke påvirkes av dette eller når studentene medvirker som fullverdige assistenter, for eksempel ved en operasjon, er det tilstrekkelig å basere seg på en generell informasjon og presumert samtykke. Det er selvsagt at det er avdelingens ansvar at sikkerheten for behandlingen ivaretas. Som en generell regel må gjelde at det i situasjoner som er lite personlige / integritetskrenkende eller risikofylte må det kunne drives nødvendig undervisning uten at det er innhentet eksplisitt samtykke i hvert enkelt tilfelle, slik Rådets uttalelse fra 1993 legger opp til. Det samme må gjelde dersom noe nytt og uforutsett dukker opp, for eksempel under en operasjon, som er av stor undervisningsmessig verdi. Slike situasjoner må gjennomføres i tråd med respekt for pasientens integritet. Dersom man har holdepunkter for at pasienten har særlige grunner til å ikke å ville delta i undervisning, må andre hensyn vike.

Referanser

1. Årsrapport. Rådet Tidsskr Nor Lægeforen 1993
2. Dommerud T. Må gi aktivt samtykke. Dagens medisin 28.01.2005
3. Nylehn P. Lov og rett på operasjonsstuen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2243.
4. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk etikk. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
5. Morvan PL, Stock B. Medical learning curves and the Kantian ideal. J Med Ethics 2005; 31: 513-8.
6. Rasmussen K. Intubering av døde i opplæringshensikt. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3104
7. Garnes MK, Vassbø K, Førde R. Intubasjonsopplæring på avlidne nyfødde – kva meiner foreldra? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 39-41.

2.1.5 Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. Kommentarer til rundskriv 2002 (IK-1/2002)

Rådet vedtok å avgi slik uttalelse overfor Sosial- og helsedirektoratet:

Det vises til brev sendt fra Rådet for legeetikk til Statens helsetilsyn 22.10.2003. Her etterlyste Rådet en presisering av rundskrivet og en avklaring av rundskrivets juridiske status.

Rådet for legeetikk har siden dette brevet ble sendt fått forsterket sitt inntrykk av at dette rundskrivet har skapt forvirring og frustrasjon rundt i det kliniske miljøet. Helsepersonell ønsker å opptre faglig og juridisk korrekt, men er usikker på hvordan regelverket skal forstås. Også pasienter og pårørende har tatt kontakt med Rådet og stilt spørsmål rundt HLR. Det som det etter Rådet for legeetikk er behov for å avklare er bl.a. følgende:

- 1 Hvilke områder gjelder rundskrivet for? Gjelder det for sykehjem, geriatrike avdelinger, kreftavdelinger?
- 2 Skal det gjøres HLR på alle pasienter dersom ikke koden er journalført?
- 3 Kan pasient og pårørende kreve at HLR utføres / at det ikke settes HLRminus der denne intervensjonen blir opplevd å være nytteløs og uetisk av de behandlingsansvarlige? Eksempel på dette er kreftpasienter i sluttstadiet, barn med store hjerneskader og inngripende behandling.
- 4 Hvordan skiller retningslinjene mellom de pasientene der HLR blir opplevd som unyttig og uetisk ut fra en faglig vurdering og de pasientene som ikke ønsker HLR, som er beslutningskompetente men som ikke kan sies å være døende? Eksempel pasient med ventrikkeltumor med spredning, uten behandlingsmuligheter, tidligere stort hjerteinfarkt, men kan ikke sies å være døende.
- 5 Hvordan skal retningslinjene skille de tilfellene der pårørende hevder at pasienten ikke ønsker hjertelungeredning, men der pasienten ikke har tilkjennegitt sitt synspunkt, og der hjertelungeredning ikke blir opplevd som sikkert unyttig?

Sosial- og helsedirektoratet besvarte henvendelsen ved brev av 16.3. 2005. I brevet presiseres det avslutningsvis at det ikke er mulig på det nåværende tidspunkt å avklare de spørsmål som Rådet reiser. Direktoratet vil imidlertid gå videre i arbeidet med en bred utredning av behovet for beslutningsstøtte i etiske vanskelige situasjoner. I dette arbeidet opplyses det at Rådet for legeetikk vil bli en sentral samarbeidspartner.

2.1.6 Obligatorisk underlivsundersøkelse av jenter for å avdekke omskjæring

I Innst.S.nr.185 (2004-2005), Innstilling fra kommunalkomiteen om mangfold gjennom inkludering og deltagelse, har flertallet i Stortingets kommunalkomité bedt regjeringen ”utrede innføring av klinisk observasjon av alle barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller, samt utrede omfanget av slike kontroller og om de skal være obligatoriske”.

Rådet for legeetikk er av Legeforeningen v/ president Hans Kristian Bakke bedt om å vurdere etiske sider ved innføring av slike kontroller. Han påpeker at kjønnslemlestelse er et meget alvorlig overgrep mot dem som rammes og rettferdiggjør innsats fra samfunnet for å avverge at slikt skjer, men stiller spørsmål om hensynet til å forebygge kjønnslemlestelse rettferdig-gjør denne typen undersøkelse som svært mange barn og foreldre vil oppleve som uforståelig, uberettiget og nedverdiggende.

Legeforeningens president stiller også et prinsipielt spørsmål om politikerne i Stortingets kommunalkomité skal kunne definere innholdet i medisinsk virksomhet, i denne sammenhengen om de kan bestemme hva en helsekontroll av barn skal inneholde og hvilke formål, utover det medisinske, en medisinsk undersøkelse skal ha.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk er enig i at kjønnslemlestelse er et så alvorlig overgrep at det berettiger betydelig innsats fra samfunnets side for å forhindre at det skjer.

Det er imidlertid ingen medisinske grunner for rutinemessig undersøkelse av kjønnsorganene hos

jenter etter at jentene er undersøkt som nyfødte. En undersøkelse, slik den er foreslått, har som eneste begrunnelse å avskrekke foreldrene fra å få utført overgrepet og eventuelt straffeforfølge dem. Undersøkelsen vil da måtte skje når jentene er i en sårbar alder, og den vil da oftest oppleves som meget krenkende. Rådet mener at en slik undersøkelse er uten medisinsk begrunnelse og i strid med Ethiske regler for leger, kapittel I, § 2, der det bl.a. heter: "Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt". Selv om undersøkelsen gjennomføres av annet helsepersonell enn lege, f.eks. helsesøster, må de samme regler gjelde. Å likestille undersøkelse av piker med gutter er misvisende. Undersøkelse av guttenes kjønnsorganer har en medisinsk begrunnelse og gjøres dessuten på en måte som er mindre sjenerende for barnet.

Spørsmål om kjønnslemllestelse er bare aktuelt for en meget liten gruppe jenter i Norge. I innstillingen er det foreslått at alle jenter skal undersøkes. En obligatorisk undersøkelse av jenter der kjønnslemllestelse overhodet ikke er en aktuell problemstilling, savner enhver medisinsk og etisk berettigelse. En begrunnelse om at alle bør undersøkes ut fra en ren likhetstanke er, etter Rådets oppfatning, ikke holdbar. Slik Rådet ser det, måtte den eneste tenkelige grunnen for å undersøke alle jenter være å oppdage seksuelle overgrep, noe som heller ikke er berettiget verken medisinsk eller etisk.

Rent faktisk stiller Rådet seg også tvilende til at en obligatorisk undersøkelse av kjønnsorganene vil være en effektiv måte å forhindre kjønnslemllestelse på. I så fall må undersøkelsen gjentas ofte gjennom barneårene. Kjønnslemllestelse må bekjempes gjennom informasjon og andre holdningsskapende tiltak, og med mer målrettede tiltak dersom det er grunn til å tro at slike overgrep er planlagt eller gjennomført.

Til det prinsipielle spørsmål som presidenten stiller, nemlig om politikerne i Stortingets kommunalkomiteé skal kunne definere innholdet i medisinsk virksomhet, vil Rådet bemerke følgende: Leger må selvsagt akseptere at politikere i form av lovvedtak kan definere innholdet i medisinsk virksomhet. For eksempel inneholder Smittevernloven bestemmelser om legens plikter ved smitteoppsporing. Som kjent er det Odelsting og Lagting som vedtar lovforslag, men den egentlige saksbehandling skjer i Stortingets komiteer. I denne prosessen innhentes det uttalelser fra såkalte berørte parter. Når det gjelder lover som regulerer medisinsk virksomhet, bør de høringsuttalelser som leger kommer med, tillegges spesiell vekt. Dette fordi leger har spesielle forutsetninger for å vurdere innholdet i, og konsekvenser av, slike lovforslag.

2.1.7 Uenighet om livsforlengende behandling – avslutning av sondeernæring

Rådet for legeetikk var spurt til råds om det er akseptabelt å avslutte livsoppholdende sondeernæring hos en gammel og sterkt svekket sykehjemspasient.

Saken er følgende:

En 90 år gammel kvinne har vært innlagt ved et sykehjem i 4 år. Hun har hatt 2 cerebrale insulter som førte til hemiparese, total afasi, spisevansker og inkontinens. De 3 siste årene har situasjonen vært uendret. Hun er sengeliggende, har kontrakturer i armer og bein og er ute av stand til å bevege seg. Hun er avhengig av sondeernæring, og fordi hun hele tiden trakk ut en nasogastrisk sonde, har hun de siste 2 ½ årene vært ernært med en PEG-sonde. Ved et uhell falt PEG-sonden nå ut, og hun ble henvist til nærmeste sykehus for å få satt inn en ny.

Legekollegiet ved sykehuset mente at livsforlengende behandling med sondeernæring burde avsluttes. Denne beslutningen var kvinnens 3 barn enige i. Barna ga uttrykk for at de var motstandere av at moren skulle holdes i live med sondeernæring og eventuelt antibiotika dersom hun fikk en infeksjon, men at de ikke hadde fått medhold i dette ønsket ved sykehjemmet. Barnas holdning var nedfelt i et skriftlig notat undertegnet av alle tre, ett år tidligere.

Vurderingene ved sykehuset er dokumentert i sykejournalen hvor det konkluderes med at "Overlegekollegiet bestående av ... (navn på 3 overleger).. er etter etiske og medisinske overveielser, kommet til at det ikke er riktig å legge inn ny PEG-sonde med tanke på videre kunstig ernæring av

denne pasienten som er totalt pleietrengende, og som selv ikke er istand til å gi informert samtykke. Vi har i vår selvstendige vurdering tatt med de pårørendes oppfatning i saken. Alt i alt mener vi at vår beslutning er i overensstemmelse med pasientens egen formodede vilje og relevant lovverk.” Legekollegiet ga råd om å gi analgetika ved smerte og væske *per os* eller subcutant ved tørste, og skrev også at *”Dersom henvisende lege, som også kjenner pasienten godt, er uenig i vår beslutning, ber vi om en tilbakemelding med vedkommendes redegjørelse og synspunkter.”* Pasienten ble så utskrevet til sykehjemmet uten PEG-sonde morgenen etter innleggelsen.

Tilsynslegen ved sykehjemmet aksepterte ikke beslutningen fra sykehuset. Han påpekte at ønsket om å avslutte sondeernæring var tatt opp tidligere av kvinnens barn i klage til Helsetilsynet, men at de ikke hadde fått medhold. Avgjørelsen fra Helsetilsynet var datert for et halvt år siden. Tilsynslegen viste til formuleringen som gjelder spørsmålet om avslutning av livsforlengende behandling i avgjørelsen fra Helsetilsynet: *”Helsetilsynet vil her peke på at denne bestemmelsen bare kommer inn hvor pasienten er døende. Det dreier seg altså kun om i hvilken grad det er anledning til å forkorte en pågående dødsprosess.”* Tilsynslegen påpekte at kvinnen ikke kom i kategorien døende all den tid tilstanden hadde vært stabil i 3 år, og at hun kun manglet en måte å få i seg mat på. Han mente at det å avbryte en enkel behandling som i tre år har vist seg å være livsforlengende, ville være en aktiv handling som måtte betegnes som aktiv dødshjelp som ikke er tillatt i Norge. Han presiserte at han ikke oppfattet kvinnen som hjernedød. Han pekte også på at dersom sondeernæringen skulle avsluttes, måtte det eventuelt skje ved den institusjonen som hadde bestemt dette, og ikke ved sykehjemmet der de var uenige i beslutningen og der elever, pleiehjelpvikarer og sommervikarierende sykepleiere hadde tjeneste, og hvor lege bare tidvis kunne være tilstede.

Rådet uttalte:

Rådet drøfter kun de etiske sidene av saken. Rådet har tidligere behandlet spørsmål om livsoppholdende behandling som respirator og kunstig ernæring med sonde (1,2), og ment at avslutning av slik behandling ikke er å regne som aktiv dødshjelp dersom pasienten er i en irreversibel vegetativ eller sterkt svekket tilstand. I Etiske regler for leger, Kapittel 1, § 5, heter det blant annet: «Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.» Tilførsel av ernæring og væske gjennom sonde er å oppfatte som en del av medisinsk teknologi og dermed aktiv livsoppholdende behandling (3).

Det er i denne saken uenighet om hvorvidt kvinnen er helt ut vegetativ eller ikke, og dette er en problemstilling som forekommer vanlig, f.eks. i et sykehjem. Rådet kan ikke ta stilling til denne konkrete saken. I slike situasjoner må en vurdering om å stanse aktiv behandling bero på skjønn og stor grad av enighet. Et viktig moment i beslutningen er pasientens formodete ønske. I Etiske regler for leger, Kapittel 1, § 5, heter det også at *”Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett”*. I den aktuelle situasjonen burde en blant annet overveie om det at pasienten stadig trakk opp sonden, før PEG-sonde ble lagt, var et uttrykk for et bevisst ønske eller ikke, og om de nærmeste pårørende, som var enige om at sondeernæringen burde avsluttes, var de beste til å bedømme kvinnens formodete ønske.

Før det tas en beslutning om å avslutte livsoppholdende behandling, slik som sondeernæringen, må dette diskuteres grundig i teamet rundt pasienten. Ansvarlig lege har ansvaret for beslutningen, men den bør i størst mulig grad bygge på konsensus. Det er selvsagt at familiens syn tillegges vekt uten å være avgjørende. Ved behov bør hjelp søkes utenfra, for eksempel fra medlemmer av en klinisk etikkomité. Når sondeernæring avsluttes må det sørges for tilstrekkelig symptomatisk behandling.

I denne aktuelle saken burde legene ved sykehuset ha tatt kontakt med tilsynslegen og brukt nødvendig tid på å diskutere hva som burde gjøres, og ikke bare sendt pasienten umiddelbart tilbake med en skriftlig beskjed om at ernæringen skulle avsluttes. Det er urimelig å forvente at tilsynslegen, som hadde behandleransvaret, og personalet ved sykehjemmet uten videre skulle akseptere en slik mangelfull prosess og beslutning.

Litteratur

1. Rådet for legetikk, beretning 1.7.2002-30.6.2003, nr 5.6. Respirator i sykehjem.
www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=906157
2. Rådet for legetikk, beretning 1.7.2002-30.6.2003, nr 5.7. Er det etisk forsvarlig å slutte med sondeernæring – behandlingsavslutning som etisk dilemma.
www.tidsskriftet.no/pls/lts/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID=906157
3. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment. London: BMJ Books, 2001.

2.1.8 Krav om betaling for legehjelp til passasjer under flyreise

SAS Braathens har henvendt seg til Rådet for legetikk i anledning følgende saksforhold: Under en flygning over til Amerika ble en passasjer syk og en norsk lege meldte seg til tjeneste. Legen har i ettertid sendt en faktura på kr. 2.500 for sin bistand.

SAS Braathens har ikke funnet grunnlag for å honorere kravet foreløpig og ber om Rådets uttalelse. Selskapet fremhever at dette ikke har vært vanlig og at ”den herskende filosofi i denne type saker er at etikk betyr at et medmenneske skal bistå et annet – hvis i nød”.

Rådet uttalte:

Rådet noterer seg med tilfredshet at vedkommende lege har påtatt seg å bistå i det aktuelle øyeblikkelig hjelp-tilfellet.

Etter Rådets oppfatning må det imidlertid forventes at leger i situasjoner som beskrevet i henvendelsen fra SAS Braathens opptrer uten å fremsette økonomiske krav i etterkant.

I etterkant av uttalelsen har vedkommende lege henvendt seg til Rådet og forklart at han av flyets besetning ble rådet til å sende krav. Han mente dessuten at det var et rettmessig krav i det han hadde planlagt å arbeide under flyreisen.

Rådet forstår bakgrunnen for at legen sendte krav om kompensasjon all den tid han oppfattet at besetningsmedlemmene mente dette var rettmessig. Imidlertid opprettholder Rådet sitt prinsipielle syn i saken.

2.1.9 Ønske om prinsipiell behandling av spørsmål vedrørende behandlingsansvar

En lege har henvendt seg til Rådet på bakgrunn av følgende hendelse:

Legen er fastlege bl.a. for en kvinne på 95 år. Hun benytter imidlertid lege ved et rent privat drevet legesenter beliggende i nærheten av der legen har kontor. Pasienten har aldri vært i kontakt med fastlegen. Pasienten ringte imidlertid hans kontor og sa hun var sengeliggende og trengte sykebesøk. Hun opplyste å ha vært i kontakt med det private legesenter hvor hun var kjent, men hadde der fått beskjed om at man ikke kjørte i sykebesøk.

Under henvisning til foranstående hendelse reiser legen følgende problemstilling:

”Når en lege eller et legesenter over lengre tid behandler en pasient og pasienten blir syk i den grad at sykebesøk er nødvendig for videre vurdering av denne pasienten er det da i tråd med Legeforeningens etiske regler å frasi seg ansvaret for slik oppfølging og overlate den til en for pasienten ukjent fastlege? Om vårt etiske regelverk ikke omfatter en slik problematikk, tillater jeg meg å foreslå at regelverket endres.”

Rådet uttalte:

Rådet ser at det pekes på en vanskelig problemstilling. Ideelt sett burde en pasient følges opp av egen lege også når pasienten blir skrøpelig og sengeliggende. Adressat for problemstillingen er imidlertid ikke Rådet for legetikk men i tilfelle allmennlegenes organisasjoner. Pasienten har gått til det private senter forutsetningsvis på de premisser dette setter for sin virksomhet, for eksempel ikke tilbud om legevaktsbesøk. Det er imidlertid en pasients valgt å gå til et slikt privat senter i tillegg til å ha knyttet seg til en fastlege. De forpliktelser fastlegen har følger av avtaleverket.

Saken gir ikke grunnlag for endring av Ethiske regler for leger.

2.1.10 Anmodning til Rådet for legeetikk om å drøfte avslutning av respiratorbehandling hos våkne og fullt bevisste pasienter ved ALS

En lege har i et brev til Rådet for legeetikk bedt Rådet drøfte om leger kan avslutte respiratorbehandling hos våkne og fullt bevisste pasienter med ALS som selv ber om det. Legen finner en slik praksis ”etisk vanskelig og juridisk mest sannsynlig ulovlig”.

Rådet vil takke innskriver for at et viktig og kontroversielt tema bringes på banen. Det er vårt inntrykk at praksis varierer mellom sykehus i forhold til om ALS-pasienter får tilbud om respiratorbehandling når BIPAP-støtte eller andre tekniske hjelpemidler ikke lenger har tilfredsstillende effekt. Ulik praksis er et problem i seg selv i forhold til rettferdighetsprinsippet. Synet på om det er riktig å legge pasienter med ALS på respirator vil være påvirket både av etiske og ressursmessige hensyn. Vi vil oppfordre de aktuelle fagmiljøene om å drøfte de faglige, etiske og ressursmessige spørsmålene knyttet til respiratorbehandling av ALS.

Før en pasient med ALS tilkobles respirator er det flere ting som må gjennomgås.

1. Grunnlaget for samtykket må baseres på fylldig informasjon om forløpet av sykdommen slik at pasienten i størst mulig grad vet hva respiratorbehandling av en slik sykdom medfører fysisk, emosjonelt og sosialt. I denne prosessen kan det være naturlig å ta kontakt med miljøer som har kompetanse om respiratorbehandling utenfor sykehus.
2. Det må avklares hvor behandlingen eventuelt skal skje, om det er hjemme eller på institusjon. Det må også avklares hvilket personell som skal ha ansvar for oppfølging av pasienten, og for avslutning av respiratorbehandling når den tid kommer.
3. Pårørende bør motta samme informasjon som pasienten får. Hjemmerespiratorbehandling er ressurskrevende og vil ha store konsekvenser også for pasientens pårørende. Det er viktig at disse vet hva som skal skje og kan få hjelp til å uttrykke hva de ønsker og hva de eventuelt måtte trenge av støtte for at behandlingen kan gjennomføres på en for alle best mulig måte.
4. Før behandlingen settes i verk, må det diskuteres med pasienten, og helst også med pårørende, på hvilket tidspunkt, og på hvilken måte respiratorbehandling skal avsluttes. Det må også klargjøres hvordan pasienten selv kan gi uttrykk for at han ikke lenger ønsker å motta aktiv behandling. Når pasienten gir uttrykk for dette, må han også få mulighet til å revurdere sitt standpunkt, før den endelige beslutning tas.

Etiske vurderinger av avslutning av respiratorbehandling

Rådet drøfter kun de medisinske etiske sidene av problemet. Rådet mener at livsoppholdende behandlingsmåter som hjemmerespirator og kunstig ernæring kan gi bedre livskvalitet i en avgrenset tidsperiode ved ALS og flere andre alvorlige kroniske og progressive sykdommer. Ved progressive sykdommer vil en imidlertid komme til et punkt da de positive effektene av behandlingen ikke lenger er til stede. Det som kjennetegner ALS er at kognitive hjernefunksjoner og opplevelse av smerte og ubehag ofte er bevart selv om evnen til kommunikasjon har forsvunnet. Rådet har tidligere behandlet spørsmålet om frakobling av en ALS-pasient som ikke selv lenger kunne kommunisere med omgivelsene og der en ikke visste hvordan pasienten stilte seg til spørsmålet om frakobling. Rådet mente at det å koble fra respiratoren hos slike pasienter kan la seg forsvare etisk fordi lidelsene knyttet til behandlingen måtte antas å være større enn pasientens positive livsopplevelse. Rådet la vekt på en åpen drøfting av spørsmålet både i behandlingsteamet og med pasientens familie, med særlig vekt på deres kjennskap til pasienten og hva som måtte antas å være til hans eller hennes beste. Rådet la også vekt på at selve

behandlingsavslutningen måtte gjøres av medisinsk kompetent personale som kunne ivareta pasientens krav på en mest mulig smertefri død.

Rådet finner at de hensynene som ble vektlagt i spørsmålet over også er relevante i de tilfellene der pasienten er fullt bevisst, og selv ikke lenger vil motta respiratorbehandling. De etiske regler for leger, kapittel 1 § 2, pålegger legen å "ivareta den enkelte pasients interesse og integritet". Å tvinge en pasient til å være lenket til respirator mot sin vilje, vil etter Rådets oppfatning være et brudd med dette påbud Rådet har forståelse for at de leger som skal foreta selve frakoblingen, finner dette emosjonelt og etisk vanskelig. Det kan være at den legen som har startet behandlingen, ikke er den samme som skal avslutte den. Dette gjør det ekstra vanskelig, fordi den legen som kommer inn ved avslutningen ikke har vært med i hele prosessen. Å ha en dokumentasjon om pasientens kompetente ønske, er en viktig hjelp her.

Avslutning av respiratorbehandlingen medfører at pasienten dør. Dette kan forveksles med aktiv dødshjelp eller assistert suicid. Imidlertid sier § 5 i kapittel 1 av våre etiske regler: "Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. ... Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp". I dette tilfellet, er det pasientens grunnsykdom, ALS, som er dødsårsaken, den medisinske behandlingen har forlenget livet utover et "naturlig" dødstidspunkt. Ved assistert suicid og eutanasi blir livet forkortet i forhold til et naturlig forløp av sykdommen (1).

Å definere hva som er hensiktsløs behandling, kan være vanskelig. Imidlertid er en beslutningskompetent pasient den som kan og skal bestemme hva som ikke lenger oppleves å ha noen hensikt. Ingen bør kunne påtvinges medisinsk behandling som trekker ut dødsprosessen når livet ikke lenger har noen mening. Når pasienten har kommet til et slikt punkt, er det legens oppgave å støtte pasient og pårørende slik at avslutningen blir best mulig for alle parter.

Litteratur

1. Rasmussen K. Er det forskjell på å drepe og la dø. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 422-25.

2.2 Markedsføring

2.2.1 Vurdering av informasjon fra et røntgeninstitut vedrørende stråling

På sine nettsider har et røntgeninstitut lagt ut en brosjyre med informasjon rettet mot pasienter. Informasjonen dreier seg om den naturlige bakgrunnsstråling menneskekroppen utsettes for i hverdagen, og strålingen ved røntgenundersøkelser, og hvilken virkning slik stråling har på kroppen.

Rådet for legeetikk hadde mottatt en anmodning om å vurdere nettsideinformasjonen. Vedkommende hadde stilt seg spesielt kritisk til følgende tekst:

"Mindre stråledoser derimot (under 100 mGy) er ikke påvist å medføre noen skadelige virkninger som for eksempel skade på fostre (gravide), arvelige skader, kreft eller lignende. Det er også viktig å være klar over at de små dosene som du hele tiden er utsatt for, kan være med og gjøre deg mer motstandsdyktig mot skader fra ytterligere bestråling. Vi kan kalle det en slags "vaksinasjon". Det er til og med påvist at fravær av stråling kan virke hemmende"

og i informasjonsbrosjyrens konklusjon:

"En vanlig røntgenundersøkelse gir deg bare en liten stråledose. Den er ufarlig og vil ikke medføre noen form for helseskade. På grunnlag av de omfattende kunnskaper som foreligger på dette området i dag, kan vi konkludere med at du ikke utsetter deg for noen strålefare ved røntgenundersøkelse."

Han var også kritisk til at brosjyren henviser til hvilke stillinger tekstforfatteren tidligere har hatt, fordi dette kan forlede pasientene til å tro at innholdet i brosjyren er uttrykk for offisiell norsk holdning på området.

Rådet hadde innhentet uttalelser fra røntgeninstituttet, Norsk radiologisk forening og fra Fysisk institutt, Universitetet i Oslo.

Rådet for legeetikk avga slik uttalelse:

Rådet har vurdert saken i lys av Ethiske regler for leger, kapittel III, § 1, der det heter at opplysninger i avertisement og annen informasjon ”må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder”.

Rådet har ikke forutsetning for å gå i dybden når det gjelder de medisinskfaglige sider ved temaet. Rådet konstaterer imidlertid at det er usikkerhet og faglig uenighet omkring en del temaer som omtales i brosjyren. Det er prisverdig at et røntgeninstitutt utarbeider informasjon til sine pasienter om de prosedyrer de utfører. Pasienter (og leger) trenger informasjon for å kunne vurdere potensiell nytte i forhold til potensiell risiko med en undersøkelse. Men denne informasjon må være nøktern og balansert. Etter Rådets mening er en del av uttalelsene i informasjonsbrosjyren for bastante og ensidige, og de bærer preg av at man ”vil selge seg”. Dette gjelder bl.a. avsnittet om at små doser kan beskytte mot uheldige virkninger av stråling og virke som en ”vaksinasjon”. Spesielt bør brosjyren endres når det gjelder virkning av stråling på foster. Rådet er fornøyd med at røntgeninstituttet vil gjøre dette. Det øvrige innholdet i brosjyren bør imidlertid også modifiseres, slik at informasjonen blir mer balansert ved at ulike sider ved problematikken belyses.

Rådet mener for øvrig at det bør kunne opplyses om tekstforfatterens tidligere stillinger. Vi tror ikke at dette forleder folk til å tro at innholdet i brosjyren er uttrykk for offisiell norsk holdning på området.

2.2.2 Tilbud fra et firma om oppsamling av navlestrengsblod fra nyfødte barn for senere bruk som stamceller

Et medlem hadde gjort Rådet for legeetikk oppmerksom på en praksis der norske leger inviteres til å gi kommende foreldre ”informasjon” om at de mot betaling kan få deponert navlestrengsblod som senere kan brukes til behandling av alvorlige sykdommer hos barnet.

Rådet uttalte:

Rådet kan på dette tidspunktet ikke gå inn i saken på tradisjonell måte først og fremst fordi dette dreier seg om et utenlandsk firma. I den grad norske leger faktisk inngår i en slik praksis, kan det bli en sak for Rådet for legeetikk. Foreløpig vet vi ikke noe om et eventuelt omfang av dette.

Slik Rådet ser det er en praksis slik firmaet legger opp til uheldig av to grunner. For det første loves en terapeutisk framtidig gevinst som ikke er dokumentert. Legers medvirkning vil måtte vurderes i relasjon til både § 9 og § 11 i kapittel 1 i Ethiske regler for leger. Begge disse vektlegger at informasjon skal være ”saklig” og fundert på vitenskapelig holdbar kunnskap.” For det andre er det uheldig at en slik praksis kobles til økonomiske egeninteresser hos legen.

Rådet vil oppfordre deg til å ta disse spørsmålene opp i dine egne faglige fora for å øke den etiske bevisstheten rundt disse spørsmålene hos dine kolleger.

Rådet vedtok for egen del også å rette slik henvendelse til Sosial- og helsedirektoratet:

Legers rolle ved tapping av navlestrengsblod for lagring av stamceller

Rådet for legeetikk er gjort kjent med at et firma tilbyr å fryse stamceller fra navlestrengsblod med tanke på mulige behandlingsutsikter i fremtiden. Leger har reagert på at markedsføringen, bl.a. gjennom annonsering på nettet og en brosjyre som distribueres til gravide ved helsestasjoner, legekontorer og fødeavdelinger, gir et urealistisk bilde av hvilken betydning slike stamceller vil kunne få for den enkelte, og det stilles spørsmål om legers rolle når de bidrar til å markedsføre tilbudet som koster mange tusen kroner. Det hevdes også at leger tilbys et honorar for hver gravid som rekrutteres.

Så vidt Rådet erfarer er det usikkert hvorvidt, og eventuelt i hvilken grad, stamceller fra navlestrengsblod vil kunne brukes i behandling av sykdom og skader i fremtiden. Rådet konstaterer at informasjonen fra firmaet mangler støtte fra autoritativ medisinsk faglig hold og at den annonserte betydningen av stamcellene åpenbart er spekulativ. Informasjonen har også en form som kan legge et betydelig press på vordende foreldre i det den gir inntrykk av at foreldrene fratar barnet en avgjørende mulighet for livsviktig behandling hvis de unnlater å benytte seg av tilbudet.

Rådet mener at det ikke er forenlig med Ethiske regler for leger å bidra til markedsføring av dette tilbudet, jf kapittel I, § 9: *"Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring"*, kapittel I, § 12: *"En lege må ikke inngå forbindelse med den farmasøytiske industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurderinger svekkes"* og kapittel III, § 5: *"En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler"*. Rådet mener også at leger må oppfattes å bidra til markedsføring hvis de legger ut brosjyrer fra firmaet. På den annen side bør leger være åpne for å diskutere spørsmålet ved henvendelse fra vordende foreldre, og foreldre bør få lov til å samle navlestrengsblod dersom de opprettholder et ønske om det, og dersom utgiftene til dette dekkes privat og ikke fortrenger annen medisinsk nødvendig aktivitet. Spesielt bør leger gi realistisk informasjon om mulig framtidig nytte av et slikt tiltak.

All den tid det er så stor usikkerhet knyttet til mulig framtidig nytte av stamceller generelt, og egne stamceller fra navlestrengsblod spesielt, vil Rådet for legeetikk oppfordre helsemyndighetene til å utarbeide en medisinsk faglig vurdering av spørsmålet, inklusive hvordan offentlige institusjoner og helsepersonell skal forholde seg til foreldres ønske om å få tappet navlestrengsblod i forbindelse med fødsel.

2.2.3 Anmodning om vurdering av annonse fra legekantor

En lege hadde anmodet Rådet for legeetikk om å vurdere annonse fra et legekantor hvor det tilbys ekstra ytelser i form av influensavaksine ved vurdering av åreknuter.

Rådet uttalte:

Ethiske regler for leger inneholder ingen bestemmelse som eksplisitt forbyr medlemmene å avvertere legetjenester og/eller andre tjenester hvor det tilbys ekstra ytelser, gaver o.l.

Rådet for legeetikk mener allikevel at det er uheldig å reklamere for legetjenester med tilbud om ekstra ytelser, spesielt når disse ikke har noen sammenheng med den helsehjelpen som pasienten søker legen for.

2.2.4 Klage på avertissement

En lege hadde innlevert klage på en spesialist i allmennmedisin på bakgrunn av at legen avetterer sin virksomhet i telefonkatalogens gule sider under rubrikken "Fødselshjelp- og kvinnesykdommer".

Innklagedes leges annonse hadde slik utforming:

NN

Lege – spes. alm.med.

Nær SAS hotellet – kort ventetid

- Underlivskontroll – gynekologiske undersøkelser
- Psykiske plager
- Muskel- og skjelettsmerter
- Allmennmedisin

Klager hevder at pasienter ved legens annonsering får inntrykk av at legen utgir seg for å være spesialist også i gynekologi og fødselshjelp i tillegg til spesialist i allmennmedisin.

Klager presiserer at han ikke uttaler seg om legens utforming av annonsen, kun om plassering av annonsen i Gule sider.

Innklagde lege, ved advokat XX, hadde bedt Rådet ikke å ta klagen til følge. Det ble anført bl.a. at intet i annonsen gir holdepunkt for å tro at innklagede lege er spesialist i noe annet enn det som opplyses, nemlig spesialist i alm.medisin. At annonsen fremhever at legen bl.a. utfører underlivskontroll/gynekologiske undersøkelser kan ikke sies å være uriktig eller villedende ovenfor publikum. På innklagedes vegne fremheves også at det i telefonkatalogens Gule sider ikke gis informasjon om at ”de leger som står oppført under denne rubrikk utelukkende er spesialist i gynekologi”. Det påpekes videre at ”leger innen andre fagområder enn gynekologi averterer under kolonnen”. Endelig fremheves at innklagede både averterer under ”Allmennpraksis” og ”Fødselshjelp- og kvinnesykdommer”. Dette gjøres bl.a. fordi Gule sider ”tilbyr legene å stå flere steder der det er naturlig”.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk har aldri vært konsultert i forbindelse med telefonkatalogens oppbygging av Gule sidens omtale av forskjellige kategorier legevirkosomhet. Rådet ser det heller ikke for tiden verken naturlig eller nødvendig selv å ta noe initiativ i denne henseende.

Det sentrale spørsmål er hvor vidt annonsens plassering kan sies å være i strid med etikkreglenes intensjon og spesielt bestemmelsen om at: ”opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende ovenfor publikum.”

Selv om klager presiserer at det kun er spørsmålet om annonsens plassering han ønsker en vurdering av kan dette spørsmål ikke sees uavhengig av den utforming annonsen har fått. Denne utforming har Rådet ingen spesielle bemerkninger til. Rådet vektlegger særlig at annonsen eksplisitt viser at legen er spesialist og at den presiserer hvilket fagområdet spesialiteten er knyttet til, i dette tilfelle allmennmedisin. De emneområder som oppregnes i annonsen er alle emneområder som naturlig også behandles av allmennmedisinere.

Slik telefonkatalogens Gule sider for tiden er bygget opp i relasjon til legers omtale av egen virksomhet kan innklagedes annonsering under rubrikken ”Fødselshjelp- og kvinnesykdommer” ikke sies å være i strid med kapittelet i etiske regler om ”avertissement og annen informasjon om legetjenester”, eller dets intensjon sett i relasjon til den aktuelle annonsens utforming.

2.3 Forholdet til legemiddelindustri og utstysleverandører

2.3.1 Pasientinformasjonsbrosjyre fra utstysleverandør

En lege hadde henvendt seg til Rådet for legeetikk med anmodning om å vurdere medvirkning av lege ved utarbeidelse av en pasientinformasjonsbrosjyre fra en utstysleverandør.

Rådet uttalte:

Rådet støtter at legen kan medvirke på en nøktern og saklig måte ved utarbeidelse av omtalte pasientinformasjonsbrosjyre fra utstysleverandør. Rådet tar til etterretning at dette vil bli gjort uten at legens navn og arbeidssted fremgår av brosjyren.

Når det gjelder spørsmålet om betaling for medvirkning i en slik sammenheng, har Rådet for legeetikk ingen synspunkter utover at det må forutsettes at det ikke fremsettes urimelige krav.

2.3.2 Undervisningsleders funksjon overfor legemiddelfirmaene

Rådet for legeetikk hadde mottatt en henvendelse fra en lege som spør om det er etisk betenkelig at han, som undervisningsleder og leder av utdanningsutvalget ved avdelingen, har kontakt med legemiddelfirmaer for å sette opp avtaler om ”legelunsjer”. Henvendelsen var vedlagt et brev fra ham til arbeidsgiver der han redegjør for hva kontakten med legemiddelfirmaene innebærer.

Ut fra henvendelsen er det ikke helt klart for Rådet innenfor hvilken ramme de nevnte legelunsjer foregår, og hvilket omfang de har. Rådet tolker henvendelsen slik at det foregår informasjon og

undervisning om farmakologisk behandling på lunsjene, og at denne undervisningen organiseres og gis av representanter for legemiddelindustrien. Firmaene sørger også for bevertning på lunsjene.

Som kjent er enhver utdanningsavdeling forpliktet til å ha en strukturert internundervisning i tilknytning til klinikken på minimum to undervisningstimer pr. uke. Dersom Rådets tolkning foran er riktig, og at den undervisning som gis av legemiddelrepresentantene på legelunsjene inngår som en del av avdelingens strukturerte internundervisning, representerer dette etter Rådets oppfatning et klart brudd med den nye avtalen mellom Legemiddelindustriforeningen og Legeforeningen – ”Retningslinjer for samarbeid mellom leger og legemiddelindustrien.” I denne avtalen heter det i kap. 2, pkt. 2.1: *”Arrangementer, kursvirksomhet m.v. som gir godkjente og tellende timer i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk eller praktisk medvirkning fra legemiddelfirmaer.”*

Dersom den informasjon og undervisning som gis av industriens representanter på legelunsjene inngår i tellende internundervisning, må altså avdelingen umiddelbart gjennomgå og endre sin relasjon til legemiddelindustrien.

Selv om rammen for legelunsjene skulle være en annen enn den som er skissert over, vil Rådet likevel på generelt grunnlag gi uttrykk for sin skepsis til en for intim interaksjon med legemiddelindustrien. En slik interaksjon kan lett utvikle seg til å komme i konflikt med Etske regler for leger, kap.I, § 12: *”En lege må ikke inngå forbindelser med den farmasøytiske industri og/eller leverandører av medisinsk utstyr som kan føre til at tilliten til legens faglige vurderinger svekkes.”*

Informasjon og undervisning fra legemiddelindustriens side kan være preget av markedsføring. Sosialt samvær mellom leger og legemiddelindustrien er en effektiv måte å markedsføre legemidler på (1,2). Media har flere ganger kritisert samhandlingen mellom leger og industrien. Gjennom opinionsundersøkelser har vist at befolkningen mener at legene har bindinger til industrien, som påvirker deres valg når medikamenter skrives ut til pasienter. I en studie som nylig ble publisert i Tidsskriftet (3), ble et representativt utvalg norske leger spurt om sitt forhold til legemiddelindustrien. En stor andel av legene mente at industrien ikke påvirker deres innstilling til medikamenter. Dette er naivt tatt i betraktning at industrien bruker mange millioner kroner hvert år til markedsføring overfor legene og empiriske data som viser at leger i stor grad lar seg påvirke (2).

Tilgjengelig dokumentasjon viser at den informasjon som firmaene gir, ofte er systematisk ensidig til fordel for firmaenes egne produkter. Legen skriver i sitt brev at han kan ”drive fagutvikling for legene med å arrangere forelesninger/halvdagsseminarer med støtte fra medisinfirmaer”. Å basere legenes fagutvikling på slik informasjon vil være betenkelig. Selv med skjerpert bevissthet fra tilhørernes side vil det kunne være vanskelig å skille mellom reklame eller markedsføring og pålitelig faglig informasjon. Rådet forstår det også slik ut fra Legens brev at noen kolleger har reagert på avdelingens samarbeid med industrien. Dersom det er slik at industriens medvirkning ved legelunsjene bidrar til å svekke kollegialiteten ved avdelingen, f.eks. ved at kolleger velger å utebli fra lunsjene, taler dette sterkt for at samarbeidet med industrien bør reduseres og omorganiseres.

Informasjon fra firmaer om nye produkter eller medikamenter kan selvsagt være nyttig, og det kan være hensiktsmessig å invitere aktuelle firma for å presentere sine produkter. Imidlertid må det da være tydelig at dette er firmaets produktinformasjon og at det ikke skjer noen sammenblanding mellom denne og internundervisningen. Dersom dette skillet er entydig, mener Rådet at det er av mindre betydning hvem i legegruppen som står for kontakten med firmaene, men hvis kontakten er slik at det kan gi mistanke om en dobbeltrolle, bør oppgaven overlates til en annen.

- Referanser:
1. Watzkins C, Moore L, Harvey I et al.. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1178-9.
 2. Brody H. The company we keep: Why physicians should refuse to see pharmaceutical representatives. *Annals of Family Medicine* 2005;3:82-85.
 3. Aasland OG, Førde R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2603-6.

2.3.3 Deltakelse av utenforstående (legemiddelkonsulenter) i poliklinikk og visitt

En lege hadde henvendt seg til Rådet for legeetikk med anmodning om Rådets uttalelse om praksis med at legemiddelkonsulenter anmoder om og får lov til å hospitere ved sykehusavdelinger "for å lære", bl.a. ved deltakelse i poliklinikk og visitt. Legen mener å ha kunnet konstatere at dette kan ha påvirket behandling.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk har registrert at det er et økende press for at andre personellgrupper og utenforstående skal kunne være til stede under medisinsk behandling. Observatører til behandling og diagnostikk må begrenses til medisinsk-faglig personell for hvem det er relevant i utdanning å overvære en behandling / prosedyre. Legemiddelkonsulenter kan etter Rådets oppfatning ikke inkluderes i denne kategorien. Rådet finner at en slik praksis kan representere en trussel mot pasienters krav på taushet.

2.3.4 Anmodning om vurdering av spørreskjema til bruk ved markedsføring

En overlege hadde henvendt seg til Rådet for legeetikk og bedt om en vurdering av et spørreskjema utsendt av markedsføringsfirma. Under overskriften "Kunnskap 2005" blir det anmodet om opplysninger om hvilke personer informantene stoler på og rådfører seg med innen fagområdet depresjon. Svaret skal gis på tre nivåer; kolleger i nærmiljøet, på lokalplan og på nasjonalt plan. Det blir bedt om navn på tre kolleger på hvert nivå, og disse skal angis med fullt navn og arbeidssted. For hver utfylt og returnert blankett skal informantene få to skrapelodd med potensiell verdi 10.000,-.

Overlegen reagerer på henvendelsen og finner at denne er en uakseptabel form for "informasjonsvirksomhet". Hun ber om en vurdering fra Rådet for legeetikk.

I brevet fra markedsføringsfirmaet fremgår ikke hva som er hensikten med denne spørreundersøkelsen, men det opplyses at firmaet samarbeider med majoriteten av legemiddelselskapene i Norge. Svarene fra denne undersøkelsen skal "sammenfattes for bedre å forstå hvordan kunnskapen innenfor de ulike områdene fordeles over Norge."

Slik Rådet for legeetikk ser det er spørreundersøkelsen en ren registrering av opinionsledere innen et medisinsk fagområde, rangert på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Denne kunnskapen skal så selges til aktuelle legemiddelselskap som ledd i deres markedsføring.

Rådet for legeetikk vedtok å uttale at det er helt enig i overlegens bekymring over dette spørreskjemaet og finner at det er en uakseptabel form for "informasjonsvirksomhet".

Rådet har imidlertid ikke noe punkt i de etiske regler som regulerer hvorledes den enkelte lege forholder seg til forespørsler av denne art. Rådet vil imidlertid sterkt anbefale at man setter seg grundig inn i bakgrunn og hensikt med spørreskjemaer før man gir fra seg opplysninger til private firmaer til bruk i markedsføring av for eksempel legemidler.

2.3.5 Anmodning om vurdering av samarbeid med legemiddelindustrien

Fra Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon var det anmodet om en vurdering av brev fra et legesenter som synes å være sendt til firmaer som skulle gi preparatinformasjon på legesenteret. Brevet innebar at firmaene kunne ta med lunsj eller "alternativt gi likelydende beløp til et velledig formål.". Det var også gitt uttrykk for at legesenteret også ønsket "... å få dekket kostnadene ved slik innbukking av avtaler."

Til Rådets endelige behandling var det innkommet uttalelse fra legesenteret, hvor det ble beklaget at det i henvendelse til legemiddelfirmaer om besøk av legemiddelkonsulenter høsten 2003 "...har blitt lagt inn føringer som ikke skulle ha vært med. Dette gjelder avtale om lunsj og gave til velledig formål.". Det opplyses at slike føringer er tatt bort etter 1.4.04.

Rådet vedtok å ta beklagelsen til etterretning. Rådet er av den oppfatning at det ikke skal stilles betingelser om økonomiske ytelser til legemiddel- industriens preparatinformasjon.

2.4 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer

2.4.1 Tiazidbehandling ved hypertensjon

Tre leger hadde henvendt seg til Rådet for legeetikk med utgangspunkt i at Helsedepartementet per 1.3. 2004 har innført "tvungen forskrivning av tiazid som 1. valg ved oppstart av behandlingen av ukomplisert hypertensjon". Legene hevder i sin henvendelse til Rådet at det ikke finnes "vitenskapelig studie som støtter dette vedtaket". De ba om at Helsedepartementets vedtak "vurderes opp i mot Ethiske regler for leger, alminnelige bestemmelser § 9, der det står: *"En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte"*.

De tre leger avslutter sin henvendelse til Rådet som følger:

"Tiazidsaken er meget ubehagelig. Norske leger finner seg nå tvunget til å forskrive en medisin til sine pasienter som de fleste ikke selv vil ta. Rikstrygdeverket sørger for dette med sin intense oppfølging av tiazidvedtaket. Vi vet med sikkerhet at vi har mange kolleger i praksis og på sykehus med oss i vårt synspunkt i at dette er uverdigg for det norske helsevesen og ber om bedømmelse av saken i Rådet for legeetikk."

Rådet uttalte:

Den bestemmelse som legene tar utgangspunkt i må ses i sammenheng med samme kapittels § 12.

Det heter her bl.a.:

"En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi."

Ethiske regler for leger kapittel I ble etter forslag fra Rådet for legeetikk revidert av landsstyret i 1994. I Tidsskrift nr. 8/1994, side 994-995 gir daværende leder av Rådet, Knut Rasmussen en gjennomgang av revisjonsforslaget. I tidsskriftartikkelen fremheves bl.a. at Rådet ved forslag til nytt kapittel I i større grad enn tidligere har understreket "legens plikter ovenfor samfunnet når det gjelder økonomiprioritering, informasjon og forskning".

Med dette utgangspunkt vil Rådet fremheve at det i alle samfunn med et godt utbygget helsevesen er behov for prioritering, dvs at noen tiltak settes bak andre. Dette gjelder også tiltak som kan være nyttige, men der kostnadseffektiviteten tillegges vekt eller tilstanden som tiltaket settes inn mot, ikke er alvorlig nok. Det er politikernes oppgave å prioritere, og i dette arbeidet må helsepersonell følge opp vedtakene i praksis. En forutsetning for at fagfolk skal være lojale er at beslutningene er gjort på et godt faglig grunnlag. I praksis vil det likevel ofte være slik at noen fagmiljø vil protestere. Dette har vi sett eksempel på i prioriteringsrådets uttalelser om mammografi og ved beslutningene om å ilagge IVF og sterilisering en betydelig egenandel.

Blåreseptordningen kan sees på som en måte å sikre at pasientene får nødvendige medikamenter uten hensyn til pasientens egen økonomi. De reglene som settes for denne ordningen må følges lojalt opp og unntak begrunnes faglig. Dersom reglene ikke tillater det, kan selvsagt pasienten selv betale medikamentene dersom legen anbefaler det og pasienten kan prioritere det innenfor egen økonomi. Dersom reglene saboteres eller myndighetenes tillit til at legene følger reglene minker, øker behovet for kontroll av legenes praksis. Dette er verken faget eller pasientene tjent med.

Rådet vil advare mot en for rigid detaljstyring av medisinsk praksis der godt medisinsk skjønn blir underlagt politiske føringer. For at en slik utvikling skal forhindres, kreves et åpent og tillitsfullt samarbeide mellom sentrale fagmiljø og helsemyndigheter, der respekten for begge perspektiv er levende.

Rådet konstaterer at det er faglig uenighet om tiazidvedtaket og at sentrale fagmiljø mener at vedtaket er gjort på sviktende grunnlag. Dette har fagmiljøet protestert mot både vis a vis myndigheter og i faglige fora, noe det selvsagt har full rett til. Rådet har imidlertid med tilfredshet notert seg at det er gitt full åpning for at kravet om tiazider som førstevalg kan fravikes av

medisinske grunner, jfr statsråd Høybråtens svar av 2.7. 2004.
Saken foranlediger ikke ytterligere kommentarer fra Rådets side.

2.4.2 Klage på legeuttalelse – Avisoppslag – ”Professor ber staten våkne”

En avis hadde som et førstesideoppslag omtale av en ØNH-spesialists arbeid med snorkeoperasjoner. Inne i avisen er en nærmere omtale av virksomheten til legens firma og det hevdes at ”snorkeoperasjoner er blitt en gullgrube for lege XX”. Under headingen ”professor ber staten våkne” uttaler en professor seg om de etter hans oppfatning svære ressurser som Staten bruker på snorkeoperasjoner og at dette går ut over andre viktige ting”.

Da legen har følt seg uthengt og urettmessig negativt omtalt i ovennevnte artikkel har han henvendt seg til Rådet for legeetikikk for å få bedømt om professorens ”uttalelser (innhold), sammenblandinger og mangel på innsikt i gjeldende retningslinjer for uttalelse i dagspressen og relasjon til egen forening (sendt reprimande fra ØNH-foreningen) samt sverting av firmaet (og dermed meg selv og medarbeidere) kan betraktes som uetiske”.

Av uttalelse fra innklagede lege overfor Rådet fremgår at denne ikke har tatt kontakt med avisen eller på annen måte vært initiativtaker til den omtalte artikkel. Innklagede leges befatning med saken begrenser seg til at en journalist fra avisen har tatt kontakt med ham for å høre hans mening om refusjon på snorkeoperasjoner, hans mening om økning av antallet snorkeoperasjoner og konsekvensen av dette. Innklagede lege presiserer at han ikke har hatt noen befatning med innholdet i artikkelen utover det som sto i selve intervjuet med ham. Han avviser å ha kjent til eller kunnet påvirke noe av omtalen av firmaet. Innklagede lege fremhever at i det intervjuet som er gjort med ham fremkommer det ikke uttalelser ”i forhold til lege nn og hans virksomhet som kan oppfattes som uetisk og injurierende”.

Innklagede lege fremhever endelig at han verken kan eller vil ta ansvar for det artikkelen for øvrig måtte inneholde av materiale.

Rådet uttalte:

I den del av avisens oppslag hvor professoren er intervjuet fremkommer det ikke uttalelser som er i motstrid med Etske regler for leger eller intensjonen med disse. Professoren gir uttrykk for egne synspunkter på rimeligheten av de priser som det offentlige betaler for snorkeoperasjoner, og han beklager den store resursbruk denne virksomhet krever.

I en hver debatt om tilbud fra og organisering av helsevesenet inngår prioriteringsproblematikken. Etikreglene forsøker også på sin måte å initiere at så skjer.

Etter Rådets oppfatning må et hvert konstruktivt bidrag i prioriteringsdebatten hilses velkommen. Derfor kan innlegg av den karakter professoren har bidratt med ikke kritiseres så sant kravet til form og saklighet etterlevs. I det påklagede tilfellet er disse krav etterlevet.

2.4.3 Klage på uttalelse fra lege

Tre leger har innlevert en klage på en annen lege knyttet til medieoppslag i en avis. Oppslaget presenteres på første side under overskriften: ”Hjertespesialist slår alarm. Leger tvinges til å gi rottegift mot høyt blodtrykk”.

Under overskriften står følgende å lese:

”Livsfarlig: Staten skal spare kr. 100 millioner i året på å gi billige medisiner til folk med høyt blodtrykk. I store doser virker medisinene som rein rottegift, sier overlege NN. Helt forsvarlig mener Legemiddelverket.”

I dette nummer av avisen finner man på side 6 og 7 selve artikkelen under overskriften ”Myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientenes liv med rein rottegift”. I artikkelen uttrykkes det at innklagede frykter ”at tusener vil få hjerneslag og alvorlig hjertetrøbbel, 400.000 er i risikogruppen”.

Det står bl.a. også at innklagede skal ha uttrykt at ”vanndrivende medisiner er veldig bra brukt i små doser og sammen med andre medisiner. Men i store doser er det rottegift. Helsemyndighetene oppfordrer oss til å ta pasientenes liv med rein rottegift.

Klagerne hevder i sin henvendelse til Rådet at innklagede ved sin medvirkning til avisens oppslag har overtrådt følgende bestemmelser i Etske regler for leger, kapittel I, § 11 og § 12, og kapittel II § 5.

I sine skriftlige kommentarer til saken overfor Rådet har innklagede bl.a. fremhevet: Han har ingen kontroll over overskriftssettingen og den har også vært utenfor kontroll av vedkommende journalist. Når begrepet ”rottegift” dukker opp er det fordi han hadde forsøkt å forklare journalisten ”analogien med warfarin som er farlig i høydoser og derfor også brukes som rottegift”. Innklagede sier videre i sin uttalelse: ”Vedrørende uttalelsen om at myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientenes liv (med tiazidbehandling, mer korrekt) så var dette ment som en politisk spissformulering basert på den eksisterende vitenskap satt opp imot et meget kontroversielt Stortingsvedtak”.

Endelig viser innklagede i sin uttalelse til at han både innenlands og utenlands har engasjert seg i faglig debatt på saklig vis og alltid hatt for øye ikke å angripe personer. Han henviser i denne sammenheng til sin omfattende forskning innen dette felt de siste 25 år.

Partene har kommentert hverandres anførsler skriftlig. Klagerne presiserer i sin siste uttalelse at de utelukkende har ønsket å fokusere på avisens oppslag. De beklager at de ikke kan se at innklagede i sine kommentarer fullt ut ønsker å beklage sine formuleringer gjengitt i avisen.

I muntlig redegjørelse for Rådet har innklagede i detalj gjennomgått hvordan avisoppslaget har blitt til og hvordan han selv opptrådte for å forsøke å sikre at det fikk en utforming han kunne akseptere.

Han uttalte bl.a.:

”Det er avis xx og ikke han som har tatt initiativ til avisoppslaget. Han ble kontaktet av avisen og gjorde et intervju med journalisten på sitt kontor. Kvelden før oppslaget skulle komme mottar han en privat e-mail inneholdende den påtenkte artikkel. Han finner utkastet særdeles uheldig og ringer journalisten to ganger i løpet av kvelden for å få fjernet spesielt det som hadde med Marevan og Tiazid å gjøre. Han hadde sykdom i familien på dette tidspunkt og maktet ikke ytterligere oppfølging av saken. Han var ulykkelig over oppslaget i avisen og beklaget det.”

På direkte spørsmål bekrefter innklagede at han ikke forlangte å få se den endelige versjon før artikkelen kom på trykk.

Rådet uttalte:

Rådet vil innledningsvis påpeke at med et økende gap mellom det som kan gjøres i medisinen og det som det finnes ressurser til, er det nødvendig med en prioritering av tilbudene. Det kan bety at det av og til gis tilbud om en intervensjon som er litt dårligere enn den beste som kan være mye dyrere. Helsemyndighetene har ansvar for de overordnede prioriteringer. Et prioriteringsvedtak må, for å være effektivt, følges lojalt av brukerne av helsetjenesten, både ansatte og pasienter. Det er imidlertid viktig at et slikt vedtak først er grundig drøftet i fagmiljøene og at begrunnelsen for å anbefale den nest beste intervensjonen oppgis å være prioriteringsmessig og ikke faglig.

Rådet tar til etterretning at fagmiljøet rundt innklagede opplever at tiazidvedtaket ble fattet av Stortinget uten en forutgående bred drøfting i fagmiljøet. Rådet tar også til etterretning at den vitenskapelige dokumentasjonen rundt behandling av hypertensjon vurderes noe forskjellig av ulike vitenskapelig skolerte fagmiljø.

Rådet vil også få presisere at det ikke bare er en rett, men også en plikt, for leger å tilkjenne sitt synspunkt dersom det fattes et vedtak som faglig sett oppleves som en trussel mot pasientene. Det er avgjørende at protesten gis en form og et innhold som er akseptabel. Protestene skal rettes mot de som har gjort vedtaket og begrunnes faglig på en saklig måte. Rådet for legeetikk konstatert at flere

spesialister i miljøet, sammen med innklagede, har skrevet et brev til helseministeren i februar 2004 og beklaget vedtaket om at tiazider skal være førstevalg ved behandling av hypertensjon. Dette brevet er holdt i en fullt ut akseptabel tone. Rådet er ikke ukjent med at leger enkelte ganger bruker trusler mot pasientene som kronargument for å kjempe for egne faglige og helsepolitiske interesser. Av og til må imidlertid slike mer snevre faginteresser vike for andre og viktigere interesser.

Rådet tar til etterretning at innklagede under sitt møte med Rådet har uttrykt å være svært ulykkelig over avisens oppslag og beklaget det. Han har også fremhevet her at det kun er skadelig for det mål han har arbeidet mot. Rådet må imidlertid tilføye at det også har merket seg at innklagede lege i sitt tilsvaer gir sin første redegjørelse om oppslaget i avisen, men unnlater å beklage det. En beklagelse kommer først i innklagedes tredje brev. Rådet ser det slik at dette unødige har forlenget polemikken mellom partene.

Innklagede lege skriver i sitt andre tilsvaer at "...dette dreier seg om to saker, nemlig "rottegift" oppslaget i avis xx og mine meninger om tiazidenes plass i blodtrykksbehandlingen". Rådet er ikke enig i denne tolkning. De klagene leger har i begge sine brev presisert at dette først og fremst dreier seg om den form som er brukt i oppsettet om tiazidenes plass som monoterapi i blodtrykksbehandlingen. Rådet har også selv presisert i sin første henvendelse til innklagede at det "utelukkende ville behandle innklagedes argumentasjon og uttrykksform i det påklagede avisoppsett i avis xx."

Rådet har merket seg at innklagede lege ikke i noen av sine skriftelige tilsvaer faktisk beklager avisens omstridte formulering om at "myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientens liv".

Under henvisning til foranstående finner Rådet å måtte beklage at innklagede ikke fremsatte krav om å få gjennomlese avisens sluttprodukt, da det foreløpige artikkelutkast i hans egne øyne var særdeles uheldig og således burde ha gitt han sterk oppfordring til nøye oppfølging av saken. Det vises til etiske regler for leger kapittel I, § 11, annet punkt som sier: "*En lege som avgir uttalelse om medisinske spørsmål til media bør sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort.*".

Rådet vil særlig beklage at følgende utsagn tillagt innklagede, "...myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientens liv...", på denne bakgrunn er blitt stående i avisoppslaget.

2.4.4 Klage på avdelingsoverlege

Norsk plastikkirurgisk forening har innlevert klage på en avdelingsoverlege i forbindelse med uttalelser i en lederartikkel i Tidsskriftet.

Saken er vedtatt tatt opp til ordinær behandling med følgende presisering overfor både klager og innklagede: "Rådet oppfatter de vesentligste problemstillinger i saken som et arbeidsmiljøproblem. Saker som i det alt vesentlige dreier seg om forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker faller imidlertid utenfor Rådets virkeområde og vil heller ikke i denne spesielle sak bli tatt opp til vurdering. Rådet vil således måtte avgrense saken til kun å behandle den del av klagen som er knyttet til lederartikkelen. Uttalelser fra innklagede forutsettes konsentrert om denne del av klagen".

Klager hevder at innklagede gjennom uttalelser og intervjuer i dagspressen har kommet "med det som av kolleger har blitt oppfattet som en offentlig refs av sine plastikkirurgiske kollegers yrkesetikk". Klager anfører videre: "I en redaksjonell lederartikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening med tittelen "Plastikkirurgi i et offentlig marked" fortsetter han angrepet på kollegaene som arbeider i privat sektor. Han fremsetter flere ukollegiale, krenkende påstander som han nødvendigvis må vite er uriktige. Blant annet påstår han at det offentlige bruk av private sykehus fører til en sammenblanding av kosmetisk og plastisk kirurgi som fører til at en del av den kosmetisk-kirurgiske virksomhet blir finansiert av det offentlige. Dette er en alvorlig påstand om at kolleger i private sykehus har manglende evne til å prioritere.". Lederen var en bestilling fra Tidsskriftets redaksjon.

Innklagede lege fremhever at den aktuelle lederartikkel blant annet har vært vurdert av redaksjonskomiteens medlemmer og at innklagede lege som lederskribent for anledningen fikk tilbakemelding om at: "Dette er en god leder som vi gjerne publiserer i Tidsskriftet".

Innklagede lege fremhever videre at klagen i begrenset grad inneholder "en konkretisering av på hvilken måte NNs lederartikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening skulle kunne innebære brudd på etiske regler for leger". Der det i klagen er gjort en direkte referanse til artikkelen – sitert ovenfor under klagers anførsler – er sitatet uriktig. Det innklagede lege har uttalt er at en sammenblanding av kosmetisk kirurgi og annen kirurgi "på sikt (vil) kunne føre til at en del av den kosmetisk-kirurgiske virksomhet vil bli finansiert av det offentlige."

Innklagede lege presiserer på denne bakgrunn at han ikke har uttalt seg "om en situasjon som han hevder foreligger pr. i dag, og uttalelsen tar ikke utgangspunkt i enkeltlegers evne til prioritering".

Rådet uttalte:

Rådet har tidligere påpekt at det i denne sak kun vil behandle den del av klagen som er knyttet til den aktuelle lederartikkel. Rådet konstaterer at det vesentligste av begrunnelsen for denne del av klagen synes å hvile på en feil gjengivelse av et delinnhold i lederartikkelen.

Slik lederartikkelen i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 18/2003: "Plastikkirurgi i et kosmetisk marked" er utformet av innklagede lege, er den i samsvar med de krav som oppstilles i Etiske regler for leger, kapittel II § 5. Den bestemmelsen sier: "*Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan.*"

Klager kan etter dette ikke gis medhold i klagen.

2.4.5 Klage på uttalelse i debattinnlegg i avis

To psykologer m.fl. hadde reist sak for Rådet for legeetikk. De påklagede uttalelser i avisen var fremført av en overlege.

Sakens bakgrunn er følgende:

I en avis har det vært gitt omtale av en irakisk gutt som skal ha blitt mobbet av medelever. Det skal ha blitt hevdet i media at gutten på sin skole har blitt mishandlet så sterkt at han brakk en arm.

Gutten er behandlet på Kirurgisk avdeling, xx sykehus. Her arbeider overlegen. Hun var ikke guttens behandler, men hun ble nærmest tilfeldig kjent med guttens sykehistorie. Denne viser blant annet at det forelå en patologisk benstruktur hos pasienten.

I uttalelse til Rådet anførte innklagede blant annet:

"I flere dager var "den forferdelige mobbingen som førte til at norske gutter brakk armen på en stakkars irakisk gutt" førstesidestoff i avisen. Jeg synes ikke det er rettferdig at 5-6 gutter på skolen og skolens lærere ble til de grader negativt omtalt i avisen, og skrev derfor mitt innlegg."

I avisinnlegget under headingen "kommentarer til mobbing" uttaler innklagede blant annet:

"Når det gjelder mobbing av innvandrerbarn mener jeg både foreldre og politikere bør føle ansvar. Mobbeuttalelsene som mobberne kom med i den aktuelle saken om den irakiske gutten har de sannsynligvis hørt av voksne."

"Som lege har jeg sett verre mobbing av vanlige norske barn enn det som har skjedd i den aktuelle saken – som medisinsk sett ikke er helt korrekt fremstilt i mediene."

Klagerne i denne sak, 6 psykologer og 2 spesialpedagoger knyttet til PP-tjenesten i byen, har under henvisning til de to siterte uttalelsene bedt Rådet vurdere om ikke uttalelsene innebærer at innklagede har brutt sin taushetsplikt.

Klagerne finner at legen som enhver borger må kunne tilkjenne personlig politisk syn. Klagerne ser

det imidlertid som uforenlig at innklagede samtidig undertegner sitt innlegg som overlege ved Kirurgisk avdeling. Klagerne hevder at overlegen i leserinnlegget gir fra seg informasjon som hun bare kan ha fått tilgang til i kraft av sin profesjonelle rolle.

Innklagede lege fremhever særlig at for henne har Etske regler for leger § 11 vært viktigst ved vurderingen av om hun skulle gå ut med sitt innlegg. Bestemmelsen sier at: *”En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål.”*

Klagerne har også forelagt Helsetilsynet i fylket spørsmålet om det her foreligger taushetsbrudd.

Helsetilsynet i fylket har uttalt:

”Vi har innhentet uttalelse fra aktuelle lege og vurdert at saken absolutt ligger på grensen til å være brudd på taushetsplikt, men har etter en helhetsvurdering kommet til at det ikke var grunnlag for oversendelse av saken til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon etter helsepersonellovens kapittel 11.”

Rådet uttalte:

Rådet har notert seg overlegens fokus på bestemmelsen i Etske regler for leger kapittel I, § 11. Imidlertid burde overlegen ha hatt et like stort fokus på etikkreglenes kapittel I, § 4 som sier: *”En lege skal bevare taushet og vise diskresjon ovenfor det hun/han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte.....”*

Rådet fremhever den siterte bestemmelse fordi det mener at nettopp i en sak av den art overlegen har engasjert seg i burde ønsket om å avveie de to hensyn ha opptatt overlegen i større grad enn tilfellet synes å være.

Ved sitt innlegg i avisen har overlegen gitt grunnlag for at allmennheten vil spekulere over hva hun har fått av informasjon om som lege ved den avdeling gutten ble behandlet og som andre ikke har. Deler av det overlegen uttaler er direkte knyttet til den aktuelle pasient og fremstår således ikke som generell informasjon.

Hvis noen ved avdelingen skulle ha kommentert den aktuelle sak burde det vært en som hadde behandlingsansvaret for gutten og i forståelse med guttens familie.

2.4.6 Anmodning om å vurdere bruk av avisreportasje om pasient i en leges foredrag/undervisningsvirksomhet

En pasient har tilskrevet Rådet for legeetikk og bedt om en vurdering og uttalelse på bakgrunn av at en reportasje om henne i en avis er blitt brukt av en lege i et foredrag om strålebehandling. Foredraget er senere lagt ut på internett. Saken i avisen dreide seg om langtidsvirkninger av strålebehandling av kreft, der pasienten ble brukt som illustrasjon på slike omfattende langtidsbivirkninger. Hun har ikke blitt spurt om tillatelse til å bli brukt i foredraget og opplever denne bruken ”svært krenkende”. Hun spør seg selv om hva som ellers ble sagt om hennes tilfelle i dette foredraget.

Rådet uttalte på generelt grunnlag:

Rådet for legeetikk er tilfreds med at en slik problemstilling blir reist. Rådet har ved flere anledninger advart mot at pasienter eksponeres i media. Selv om samtykke innhentes, er ofte konsekvensene av å eksponere opplysninger knyttet til sykdom i massemedia vanskelig å overskue for pasienten. Rådet har særlig advart mot at fjernsynsoptak gjøres på sykehus og i andre helseinstitusjoner på en måte som eksponerer medisinske opplysninger om enkeltpasienter. Denne saken viser at selv en enkel reportasje i en avis kan ha konsekvenser som i ettertid føles ubehagelige og krenkende for pasienten og gir pasienten en følelse av å miste kontroll med sin egen historie.

2.4.7 Taushetsplikt i forhold til Rikstrygdeverkets kjøp av helsetjenester

Rådet for legetikk er av bladet Utposten bedt om å vurdere legenes rolle ved at Rikstrygdeverket kjøper helsetjenester hos private aktører for å få pasienten raskt tilbake i arbeid. Bakgrunnen er en diskusjon i Utposten mellom en lege og Rikstrygdeverket. Saken er denne:

Legen kritiserer en ordning der Rikstrygdeverket kjøper private helsetjenester, i dette tilfellet psykolog- og psykiatertjenester til pasienter som henvises til spesialist for lettere psykiske lidelser. Forutsetningen for kjøp av helsetjeneste er at pasienten må være sykemeldt fra sitt arbeid, og at behandlingen/utredningen skal føre til bedring innen en viss tid. Hvis psykolog/psykiater vurderer tilstanden slik at effektiv behandling ikke kan oppnås i løpet av den angitte tiden, skal behandling ikke iverksettes. Når behandling er utført skal epikrise sendes til 3 instanser – behandlende lege, lokalt trygdekontor og fylkestrygdekontoret. Legen peker på 2 betenkelige forhold:

- Er det akseptabel bruk av ressurser at personer med lette psykiske lidelser, som stort sett kan behandles i allmennpraksis, prioriteres framfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser?
- Er det akseptabelt i forhold til taushetsplikten at fullstendig epikrise sendes til såvel lokalt trygdekontor som fylkestrygdekontoret i tillegg til behandlende lege?

I sitt tilsvaret i Utposten peker Rikstrygdeverket (RTV) på at begrepet ”lettere psykiske lidelser” ikke er ensbetydende med at de er enkle, og at nesten alle pasientene som behandles ved offentlige psykiatriske poliklinikker, med unntak av polikliniske psykoseteam, og hos private psykologer eller psykiatere, tilhører denne kategorien. Køen av slike pasienter i Spesialisthelsetjenesten har økt kraftig de siste årene til tross for at allmennlegene selv behandler 90 % uten å henvise. Tilbudet gjelder altså pasienter som allmennlegene selv vurderer å ha behov for undersøkelse og eventuelt behandling i Spesialisthelsetjenesten. RTV viser til dokumentasjon på at lang ventetid på behandling hos psykiater eller psykolog forverrer prognosen og at ordningen derfor er god både ut fra et menneskelig og samfunnsnyttig synspunkt. For tilbydere av tjenestene sørger RTV for streng kvalitetskontroll ved å kontrollere at tidsfristene holdes og at resultatkravene er oppfylt, blant annet ved at de krever å få tilsendt epikrise. RTV poengterer at funksjonærene har taushetsplikt etter forvaltningsloven, og at det er nødvendig med utveksling av informasjon mellom helsepersonell og trygdeetat for at pasienten skal ivaretas best mulig. Derfor er det lovbestemt unntak fra taushetsplikten for å ivareta nødvendig samarbeid mellom helsepersonell og trygdeetat.

Legen svarer at det hender at lokale trygdekontorer ikke godtar at pasienten bare går til allmennlege for sin psykiske lidelse, og at pasienten kan miste sykepenger hvis han/hun ikke tar imot tilbud om kjøp av helsetjenester. Hun viser til RTVs begrunnelse for å kjøpe helsetjenester at Trygdeetaten er pålagt å drive aktivt individuelt oppfølgingsarbeid for å bidra til at den enkelte så raskt som mulig kommer tilbake i arbeid. Hun mener videre at trygdekontorene umulig kan ha behov for komplett epikrise for å vurdere om adekvat vurdering og behandling er gitt. Det kan dreie seg om sensitive opplysninger som ingen andre enn fastlegen trenger å få kjennskap til. Hun viser også til en økende uthuling av legenes taushetsplikt ved at RTV kan forlange hel journal for å kontrollere at blåreseptforskriftens regler er fulgt.

Rådet uttalte:

Rådet registrerer at en rekke mennesker med psykiske lidelser venter i for lang tid på behandling hos spesialist. Lang ventetid kan føre til at det tar lengre tid for å bli frisk og komme tilbake i vanlig aktivitet. Tiltak som kan redusere køen er ønskelig, og Rådet ser betydningen av at RTV benytter tilgjengelige private helsetjenester dersom disse har tilstrekkelig kvalitet og så lenge det kreves henvisning fra pasientens lege slik at tilbudet gis til dem som har et reelt behov for behandling hos spesialist. Rådet har tillit til at pasientens lege er den som, sammen med pasienten, best kan vurdere om pasienten trenger spesialistbehandling eller ikke. Det er imidlertid viktig at RTVs kjøp av helsetjenester ikke gis en slik form at det bidrar til å trekke ressurser fra og dermed svekke de offentlige tilbudene og på den måten føre til lengre køer for pasienter med alvorligere psykiske sykdommer.

Rådet er imidlertid sterkt kritisk til at trygdekontorene krever å få tilsendt epikrise og kan ikke forstå at en slik ordning er nødvendig for å kvalitetssikre tilbudet. Det må være mulig å oppnå tilstrekkelig

kontroll og grunnlag for videre tiltak for pasienten i samarbeid med pasientens lege med langt mindre opplysninger fra psykolog/psykiater. Rådet har en bestemt oppfatning om at det stadig forlanges mer omfattende taushetsbelagte opplysninger både fra Trygdeetaten og også fra private aktører innen helseforsikring, f.eks. i forhold til risikofaktorer for sykdom. En slik utvikling kan true nødvendig konfidensialitet mellom lege og pasient og dermed tilliten til helsevesenet. Rådet for legeetikk vil derfor oppfordre Legeforeningen til å ta dette spørsmålet opp med RTV, forsikringsselskapene og sentrale helsemyndigheter.

3. Pasienters klager på leger

Rådet for legeetikk mottar ofte klager fra pasienter eller deres pårørende som er misfornøyde med legers opptreden eller utøvelse av legevirksomheten. Rådet behandler aldri klager som gjelder legers medisinske faglige virksomhet, men bare klager i forhold til Ethiske regler for leger. Rådet innhenter da uttalelser fra legen og klager, men driver ingen annen form for etterforskning. Svært ofte opplever Rådet at virkelighetsoppfatningen er svært forskjellig hos partene. Rådet kan da ofte ikke ta standpunkt i slike saker, men konstatere at påstand står mot påstand. Sakene viser først og fremst at god kommunikasjon er vanskelig og at legene må legge vekt på å ta lærdom av slike uheldige hendelser.

3.1 Anmodning om legeetisk vurdering av uttalelse

Bakgrunnen for klagen er at innklagede lege har rettet en henvendelse til statsråd Dagfinn Høybråten i anledning et vedtak om å omgjøre fødeavdelingen ved et sykehus til jordmorstyrt fødestue uten beredskap for hastesection.

En avis hadde referert innholdet i dette brevet til statsråden. I avisoppsettet siteres legen på å ha skulle uttalt bl.a. følgende:

”Erfaringene fra Lofotprosjektet tilsier at det ved jordmorstyrt fødestue i så fall må påregnes å miste mellom fem og ti barn årlig ved et slikt opplegg og kanskje også deres mødre.”

Klager viser til de gode resultatene fra Lofotenprosjektet. Han hevder at legen ikke har belegg for påstanden, at han blander politikerrollen og legerollen, og at dette er ”..feilinformasjon av groveste karakter, og egnet til å skremme befolkningen i forhold til planer om strukturelle endringer”.

I sitt tilsvarende svar skriver innklagede at planene for sykehuset, i motsetning til ”Lofotenprosjektet”, innebærer at det ikke skal være beredskap for keisersnitt. Ut fra forskjellen i beredskap, befolkningsgrunnlag og reiseavstander opprettholder innklagede sin påstand.

Rådet uttalte:

Dersom en lege mener å finne grunnlag for at strukturelle endringer i et helsetilbud medfører øket risiko for helseskade, har legen rett og plikt til å si fra om dette. Det er bred faglig enighet om at akutt keisersnitt kan være livreddende for barn i noen situasjoner, også når det ikke er kjente risikofaktorer på forhånd. Rådet mener at innklagedes engasjement i så måte er prisverdig, men beklager at han bruker tall for risiko som, ut fra tilgjengelige kilder, er overdrevne. Det vises til Ethiske regler for leger kapittel I § 11: *”En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål”*.

3.2 Klage på legeopptreden

En person har på vegne av en pasient henvendt seg til Rådet for legeetikk med klage på en lege. Klagen til Rådet innledes som følger:

”På vegne av ovennevnte pasient og hans pårørende ber vi om at overlege nn straks opphører å ha ansvar for xx som er pasient på yy sykehus, urologisk avdeling, og lider av prostatakreft. Bakgrunnen for dette er at vi ikke lenger har tillit til hans evne og vilje til å behandle pasienten på best mulig måte. Vi ønsker også forholdet vurdert av Den norske lægeforening, Rådet for legeetikk.”

Klagen overfor Rådet er spesielt knyttet opp mot en påstand om at innklagede lege ikke skal ha kommunisert med pasienten på en skånsom måte da han meddelte pasienten sykdommens utgang.

Innklagede lege har kommentert klagen overfor Rådet. Legen uttrykker å ha blitt ”dypt rystet” da han av klinikkensjefen ble informert om og fikk lese klagers brev. Han meddeler å ha medvirket til skifte av pasientansvarlig lege umiddelbart, og han har fremført en beklagelse over at han var blitt oppfattet som beskrevet.

Rådet uttalte:

Rådet vil i denne sak sitere deler av uttalelsen fra innklagede lege til Rådet, dels fordi denne gir uttrykk for en erkjennelse av og respekt for lege-pasient kommunikasjonens mange vanskelige sider, og dels fordi den gir uttrykk for vilje til å ta lærdom av hendelsesforløpet. Uttalelsen gir også uttrykk for beklagelse.

Overlegen sier bl.a.:

”Min første reaksjon på klagen var overraskelse og vantro. Min neste var fortvilelse blandet med frustrasjon over å ha engasjert meg med de beste intensjoner om å ivareta både pasientens og de pårørendes behov for omsorg med et slikt resultat. I ettertid ser jeg imidlertid at jeg med de beste intensjoner er farlig nær til å komme i konflikt med de etiske reglers påminnelse om at pasientens ønske skal overstyre behandlerens ønske om å tilrettelegge for og etter behov delta i sorgprosessen forløp. Min formening om at en alvorlig situasjon måtte erkjennes av pasienten for å gjøre terminalfasen i hans sykdom mindre vanskelig burde følgelig ha funnet en annen formidlingsform en min nokså direkte måte å formidle budskapet på.

På nivå over den direkte situasjon ser jeg atter en gang at klinikkens anstrengelser for å bedre kontinuiteten mellom lege og pasient må intensiveres for å øke ivaretagelse og trygghet i at våre pasienter får færrest mulig helsearbeidere å forholde seg til.

Klagen viser at jeg burde ha funnet en bedre måte å utøve min oppgave på. Det beklager jeg og tar til etterretning selv om jeg også føler at jeg lider skjebnen til budbringeren av den dårlige nyhet”.

Rådet tok legens beklagelse til etterretning.

3.3 Klage på legeopptreden

En pasient hadde innlevert en klage på en psykiater. Sakens bakgrunn er følgende:

Legen hadde hatt klager til en konsultasjon fordi han skulle utferdige en spesialisterklæring for henne til trygdekontoret på bakgrunn av at hun har søkt om uførepensjon.

Klager hevder at legen under denne konsultasjon utviste ”en holdning som jeg finner ubeskrivelig grov og umenneskelig rå”. Klager hevder at legen virket uinteressert i hennes problemer og at han var mer opptatt av utenforliggende ting.

I tilsvar til Rådet beskriver legen hvorledes han opplevde at konsultasjonen foregikk. Han bekrefter noen av klagers påstander men fremhever at hans spørsmålsstillinger hadde sammenheng med hans forsøk på å få belyst best mulig årsaker til at klager nå hadde psykiske problemer. Han avviser at han ikke skal ha vært interessert i hennes psykiske symptomer per se. Han avviser også klagers påstand om at han skal ha hevdet at hun hadde seg selv å takke for de vanskene hun var kommet opp i. Det han har formidlet til henne, hevder han, er at ”vi alle har et vist medansvar for den livsutvikling vi kommer opp i”.

Rådet uttalte:

En lege som utarbeider en spesialisterklæring for trygden plikter å bygge denne på nødvendig innhentet informasjon. Rådet har forståelse for at noen spørsmål kan oppleves som krenkende i en sårbar situasjon. Rådet konstaterer imidlertid at konsultasjonen har blitt oppfattet forskjellig av lege og pasient og at det er vesentlig uenighet om hendelsesforløpet. I slike saker kan Rådet ikke annet

enn å konstatere at påstand står mot påstand.

3.4 Klage på legeopptreden

En pasient hadde innlevert en klage på en lege. Sakens bakgrunn er følgende:

Klager ble akutt syk julaften 2003. Hun tilkalte lege som raskt kom til stede. Legen sendte pasienten til sykehus for undersøkelse. Her ble det antatt at pasienten hadde hatt en blodpropp ”som hadde løst seg opp selv”. Pasienten ble utskrevet samme dag og skulle ta nye prøver etter jul.

Rett etter jul ble klager på nytt akutt syk. Klager ringte til legevakten som lovet å sende lege umiddelbart. Legevakten ligger ca 10-15 minutters kjøretur fra pasientens bopel. Klager tilkalte samtidig sin sønn som bodde relativt nært. Da lege ikke var kommet når sønnen kom, ringte denne på nytt legevakten. Han ble satt i forbindelse med legevaktslegen som da befant seg i en bil på vei til pasienten.

Da lege ankom ”etter nesten en time” hevder pasienten at følgende utspant seg:

Etter enda en telefon, nå er det gått nesten en time, kommer legen. Men i stedet for å ta hånd om pasienten, er det første han sier oss: ”Hvor langt utenfor allfarvei vi bor” og hvor umulig det var å finne frem. Da min sønn ber han om å undersøke meg svarer han at jeg bare er nevrotisk. Min sønn sier at det kan han ikke vite før han har undersøkt meg og ber han samtidig ringe etter ambulanse. Svaret er at ”det er det legen som avgjør”. Da prøver min mann som ikke har språk å få kontakt med legen (legen står et stykke unna meg) ved å nappe nederst på genseren hans uten reaksjon fra legen. Da blir min sønn både fortvilet og sint og sier høyt at legen skal forlate huset. Min sønn sier han selv skal få tak i en ambulanse, eventuelt kjøre til sykehuset. Da spør legen etter betalingen og så går han men han blir sittende i bilen på gårdsplassen i ca 10 minutter. Min sønn skaffer ambulanse selv.

Pasienten beretter for øvrig at innklagede lege etter besøket skal ha anmeldt hennes sønn til politiet for legemsfornærmelse. Pasienten avslutter sin klage med spørsmålet om en lege kan ”oppføre seg slik mot mennesker som søker hjelp”.

Legen på sin side forklarer at han var i annet sykebesøk da han fikk meldingen om den aktuelle pasienten. Han hadde dessuten problemer med å finne frem til adressen. Hva angår påstanden om manglende undersøkelse uttaler legen at han ble hindret i å få undersøkt og snakket skikkelig med pasienten da dennes pårørende allerede hadde bestemt at det skulle ringes etter ambulanse. Når det endelig gjelder hans etterfølgende anmeldelse, begrunner han denne med at han følte seg truet fordi ”sønnen tok meg etter skjortekragen og ba meg gå før han hadde latt meg gjøre jobben min.”

Rådet uttalte:

Denne sak er et nytt eksempel på at et møte mellom lege og pasient kan oppleves og beskrives svært forskjellig av de involverte. I slike tilfeller har Rådet ikke grunnlag for å ta standpunkt i saken. Rådet må konstatere at påstand står mot påstand. Kommunikasjon er en vanskelig kunst og det kan lett skjære seg i et lege-/pasient forhold. Hvor vidt episoden som legen i denne forbindelse beskriver som ”sønnen tok meg etter skjortekragen og ba meg gå” ga et naturlig grunnlag for anmeldelse, kan Rådet heller ikke ta standpunkt til. Rådet har for øvrig merket seg at klager hevder at det var hennes mann som satt i rullestol som i tilfelle ”angrep” legen. Rådet vil imidlertid generelt uttale at en lege bør legge listen relativt høyt før en episode av denne karakter gis et etterspill som i den aktuelle sak.

3.5 Klage vedrørende legkonsultasjon

En pasient har innlevert en klage på en praktiserende spesialist. Klager hevder at legen i sitt møte med pasienten opptrådte trakasserende og ubehagelig. Klager hevder også at legen hadde en neglisjerende holdning til det han som pasient fremførte. Klager takker for at Rådet har tatt saken til vurdering og håper at saken kan være en påminnelse til legen om ”å utøve et snev at respekt for sine pasienter”.

Legen uttaler overfor Rådet at han finner det vanskelig å bedømme realiteten i klagen da det er gått

lang tid siden konsultasjonen. Legen finner det trist at pasienten har oppfattet konsultasjonen negativt og han fremhever at han ”opplever tilbakemeldingen som et nyttig korrektiv”. Legen tilføyer: ”Ikke minst understreker klagen betydningen av å uttrykke seg klart og forsikre seg om at pasienten har skjønt meningsinnholdet av det man har forsøkt å formidle. Det kan jo åpenbart virke som jeg i dette tilfellet ikke har bestrebet meg nok på dette punkt”. Legen beklager at pasienten har oppfattet konsultasjonen ”som ubehagelig og krenkende”. Han stiller seg åpen for at pasienten tar fornyet kontakt for eventuelt å utdype saken nærmere.

Rådet uttalte:

Rådet mottar ikke sjeldent saker som denne hvor selve problemstillingen er knyttet til kommunikasjonen mellom lege og pasient. Kommunikasjon er en vanskelig kunst, og det kan lett skjære seg også i et lege-/pasientforhold. Når en klagesak for Rådet knyttet til tema om hva som ble sagt og hva som var intensjonen med det som ble sagt, og partenes virkelighetsbeskrivelse vedrørende disse forhold ikke er sammenfallende, har Rådet ikke grunnlag for å ta et definitivt standpunkt til klagen. I den aktuelle sak har Rådet imidlertid merket seg at legen beklager at pasienten har oppfattet konsultasjonen ”som ubehagelig og krenkende”.

3.6 Klage på psykiater for påstått etisk uforsvarlig legevirkosomhet og brudd på taushetsplikten.

En pasient har innklaget en psykiater til Rådet med påstand om brudd på Etske regler for leger fordi psykiateren sendte epikrise som inneholdt sensitive opplysninger om henne til andre leger, og da spesielt til hennes tidligere manns lege, uten at hun var kjent med dette eller hadde gitt samtykke. Hun har også innklaget psykiateren for uforsvarlig legevirkosomhet fordi hun hevder at hans beskrivelser av hennes helsetilstand i epikrisen er feilaktige. De var ikke basert på forsvarlig undersøkelse, men på hennes tidligere manns fremstilling av henne.

Bakgrunnen for saken var at klager og hennes mann gikk til familierådgivning hos innklagede i 1990. Senere det året ble klagers ektefelle henvist av sin primærlege til innklagede for nye samtaler alene. Epikrisen som ble sendt til ektefellens primærlege, ble tatt inn i hans journal. Paret er senere blitt skilt. I forbindelse med en rettssak om omsorgsansvar for barna 10 år senere ble opplysningene i tidligere ektefelles journal, inklusive innklagedes epikrise fra 1990, brukt mot klager. Før dette var hun ikke kjent med at slike opplysninger forelå.

Innklagede lege bestrider i sitt tilsvaret at han har gjort seg skyldig i brudd på taushetsplikten siden han ut fra henvisningsskrivet for ektemannen forstod at begge ektefellenes primærleger var kjent med forholdet. Videre påberoper han seg bekymring for barna for å ha sendt epikrisene og refererer i den sammenheng til opplysninger fra Statens helsetilsyn, med henvisning til Legeloven § 31, om at det gis unntak fra taushetsplikten ”...når det av andre særlige grunner må anses rettmessig å meddele opplysninger som er underlagt taushetsplikt”. Han tilbakeviser også påstander om uforsvarlig legevirkosomhet og viser til at Statens helsetilsyn har konkludert med at ”de faglige vurderinger De har foretatt og den behandling De har gitt ikke er i strid med forsvarlighetskravet i legeloven § 25”. Videre stiller han seg tvilende til at en epikrise kan oppfattes som ”legeerklæring” slik klager hevder.

Rådet uttalte:

Klagen omfatter i stor grad innklagedes medisinsk-faglige vurderinger. Rådet behandler ikke klager som gjelder legers medisinsk-faglige virksomhet, men merker seg allikevel at klager ikke har fått medhold i denne påstanden hos Statens helsetilsyn.

Med hensyn til brudd på taushetsplikten merker Rådet seg at Statens helsetilsyn mener at innklagede har gjort seg skyldig i brudd på taushetsplikten. Rådet er enig i denne vurderingen. Taushetsplikten er omtalt i Etske regler for leger Kapittel I, § 4 der det blant annet presiseres at ”Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov.”. Ut fra henvisningsskrivet ser Rådet at innklagede lege har vært i god tro og i god mening da han formulerte seg slik han gjorde i epikrisen. Rådet vurderer det likevel slik at fordi dette dreier seg om svært sensitive opplysninger, burde pasientens samtykke ha vært innhentet. Rådet kan ikke se at slikt

samtykke er dokumentert. Hensynet til barna kan heller ikke rettferdiggjøre at opplysningene ble gitt til legene. Bekymringen for barna kunne imidlertid vurderes som grunnlag for lovmessig melding til barnevernet.

Saken gjelder forhold som skjedde i 1990. Etter den tid har Etske regler for leger blitt revidert. Kapittel I, § 4 i nåværende regler er imidlertid tilnærmet identisk med § 12 i reglene fra 1990: ”*En lege skal vise diskresjon overfor opplysninger han får som lege, selv om de ikke omfattes av hans rettslige taushetsplikt*”. Rådets vurdering blir derfor den samme selv om regelverket fra 1990 legges til grunn. Rådet beklager bruddet på taushetsplikten.

Innklagede lege er i tvil om en epikrise også skal anses som en legerklæring. Det er Rådets oppfatning at en epikrise også er en legerklæring ut fra beskrivelsen av legerklæringer i Etske regler for leger Kapittel IV, § 4. I dagens regler er det tatt inn regler om legerklærings form og innhold, som ikke eksisterte i tidligere etikkregler. Rådet finner derfor ikke grunnlag for å vurdere om innklagede har brutt reglene slik de er utformet i dag når det gjelder innholdet i journal og epikrise. Regelen i dagens kapittel IV, § 6 om rett til informasjon om innholdet i en legerklæring, har heller ikke sitt motstykke i de reglene som gjaldt i 1990.

3.7 Klage på psykiater/org.anisasjonskonsulent

Det var fremsatt klage på en psykiater/organisasjonskonsulent. Klagen rettet seg mot de vurderinger innklagede hadde gjort i forbindelse med konsulentrapport om arbeidsforholdene i en virksomhet. Ved klagen ble det lagt vekt på innklagedes bakgrunn som spesialist i psykiatri. Klager har stilt en rekke spørsmål relatert til legens arbeid som organisasjonskonsulent.

Klager hevder at hun i 2004 ble suspendert og senere oppsagt fra sin stilling som sjef på bakgrunn av en rapport utarbeidet på oppdrag av arbeidsgiver av innklagede som er deltager i et firma som driver organisasjonsutvikling og bedriftsrådgivning. Innklagede er utdannet psykiater, men anvender tittel som organisasjonskonsulent. Klager mener at fordi innklagede i konsulentoppdraget har opptrådt som lege, omfattes han av Etske regler for leger.

Klager er sterkt kritisk til den utarbeidete rapport og måten innklagede har samlet grunnlagsmateriale for rapporten. Hun mener at innklagede har latt seg bruke i arbeidsgivers prosess mot henne og ved det varig ødelagt hennes omdømme, helse og videre muligheter i arbeidslivet. Klager stiller en rekke spørsmål om det etiske forsvarlige i innklagedes rolle ved utføring av oppdraget som organisasjonskonsulent, men relaterer de etiske problemstillinger til klagers bakgrunn som psykiater. Klager hevder at innklagede ikke har lagt skjul på at han er psykiater og at han i visse tilfelle fremsto som dette. Klager mener at bakgrunnen som lege/psykiater har bidratt til at rapportene fra innklagede har fått en særlig autoritet og tyngde. Hun mener at innklagede i sin rapportskrivning anvender uttrykk som kan gi inntrykk av at han som lege har foretatt en ”utredning” av intervjuobjektene. Hun hevder at innklagede har blandet sammen rollene som psykiater og organisasjonskonsulent.

Innklagede legger til grunn at han ved utførelse av oppdraget for arbeidsgiver utelukkende har opptrådt som organisasjonskonsulent/arbeidsmiljørådgiver og ikke opptrådt som lege. Klager har ikke vært pasient, det er ikke skrevet journal og det er ikke innhentet opplysninger av innklagede i egenskap av å være lege og som han ev. skulle være pliktig til å bevare taushet om. Innklagede mener derfor at Etske regler for leger ikke kan anvendes for denne virksomheten og at klagen på yrkesutøvelsen som organisasjonskonsulent faller utenfor virkeområdet for Rådet for legetikk. Innklagede mener at hans utdanningsbakgrunn som lege og psykiater er irrelevant i denne sammenheng.

Han avviser å ha blandet sammen legerollen og oppdraget som organisasjonskonsulent.

Rådet uttalte:

Klagen retter seg i stor grad mot innholdet i den rapport som er utarbeidet av innklagede som organisasjonskonsulent. Rådet behandler klager på leger med basis i Etske regler for leger.

Rådet konstaterer at innklagede ikke legger skjul på at han er utdannet lege og psykiater og at han oppgir dette som generell bakgrunnsinformasjon for hans virksomhet som organisasjonskonsulent. Det må imidlertid avgjøres konkret om innklagede har opptrådt som lege ved det oppdrag hvor klager mener han har brutt Etske regler for leger.

Rådet har gått igjennom hans rapporter og intervjuer med ansatte, men kan ikke finne holdepunkter for at innklagede i disse sammenhenger har opptrådt som lege og slik brutt Etske regler for leger.

3.8 Klage på sakkyndighetserklæring fra psykiater

En pasient har klaget over spesialistklæring. Klager har vært til undersøkelse hos legen i forbindelse med at trygdeetaten hadde anmodet legen om å utferdige en spesialistklæring ved søknad om uføretrygd. Klager mener at samtalen ved undersøkelsen var svært kortvarig, at legen satt langt fra klager uten å ha øyekontakt og at de opplysninger som fremgår av legens notater fra samtalen ikke er i samsvar med det han mener å ha sagt til legen.

Legen mener på sin side at de opplysninger som fremkommer i notatet som er sendt trygdeetaten er i samsvar med de opplysninger som ble gitt under undersøkelsen. Hun mener at klagers opplysninger om avstanden (5-10 m) mellom legen og klager under samtalen er helt feilaktig. Forøvrig opplyser legen at hun ikke kan avgjøre om de opplysninger som ble gitt av klager under samtalen er mer eller mindre korrekt i forhold til de opplysninger som klager nå fremsetter. I forhold til hva som ble sagt under samtalen og tatt i inn i notatet, fremholder legen at notatet er basert på grundige notater under samtalen.

En samsvarende klage er også behandlet av Helsetilsynet i Oslo og Akershus, som konstaterer at det ikke er samsvar mellom det klager hevder er korrekte opplysninger og det legen har tatt inn i sitt notat, og at påstand står mot påstand. Helsetilsynet har dermed ikke noen grunn til å konstatere at legen har begått pliktbrudd i forhold til helsepersonellovens § 15.

Rådet for legeetikk vil **uttale** at det ikke er mulig å avgjøre om klagers opplysninger er mer korrekte enn de som kommer til uttrykk i legens notat. Rådet kan på bakgrunn av at påstand står mot påstand når det gjelder faktagrunnlaget, ikke finne grunnlag for at legen har opptrådt i strid med Etske regler for leger, kap. IV om regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer.

Når det gjelder legens medisinske vurderinger i notatet, vil Rådet bemerke at det ikke behandler saker som gjelder den faglige delen av en leges medisinske virksomhet.

4. Tvister mellom leger

4.1 Spesialistundersøkelse uten henvisning

En lege hadde innklaget en annen lege for Rådet. Innklagede arbeider bl.a. ved indremedisinsk legekontor. Denne virksomhet leier kontorlokale av en privat klinikk.

Klager har henvist en pasient for høreapparat til spesialist i ØNH-sykdommer ved den private klinikken. Han mottar en epikrise – som hevdes å være skrevet av innklagede – og hvor følgende står:

”Pasienten kommer til undersøkelse ved vårt kontor, ved gjennomgang av henvisningen er han egentlig henvist til undersøkelse av ØNH for dårlig hørsel. Da han har en alvorlig sykehistorie med smerter velger vi å gjøre en vurdering av han.”

Klager stiller spørsmål om hvordan pasienten ble kanalisert til undersøkelse ved indremedisinsk legekontor uten henvisning dit. Klager hevder også at ”pasienten var uforstående til hvorfor han fikk herteundersøkelse hos lege YY”.

Under saksforberedelsen henvender overlege YY seg til klager og uttaler bl.a.:

”Ettersom dokumentasjonen for dine anklager synes ufullstendig og anonym (kopi vedlagt) ber jeg om at du oversender en kopi av den epikrise som angivelig skal være skrevet av meg der både pasientens id og min signatur fremkommer.”

Klager oppgir etter dette pasientens identitet. Etter krav om kopi av original epikrise uttaler han imidlertid ”jeg har i vår journal overført din epikrise til vår datajournal vedrørende pasienten og har selvsagt ikke arkivert din originalepikrise.”

Innklagede hevder at den aktuelle pasient på forespørsel fra han uttaler at han ”ikke kan huske å ha konsultert meg på indremedisinsk legekantor.”. Innklagede avslutter en av sine uttalelser overfor Rådet således: ”Da jeg således med stor grad av sannsynlighet ikke har hatt med pasienten å gjøre ved indremedisinsk legekantor og arkivet, samt pasienten selv, støtter dette stiller jeg meg utforstående til lege XX påstand og ber om at Rådet for legeetikk vurderer lege XXs handlemåte i denne saken.”

Klager gir etter dette uttrykk for å være både rystet og sjokkert over at innklagede ”hevder at han ikke har hatt noe å gjøre med min listepasient....”.

Rådet uttalte:

Rådet finner det rimelig at denne type problemstillinger blir reist og leger må finne seg i at så skjer. Den aktuelle sak inneholder ikke materiale som gjør det mulig for Rådet med stor grad av sikkerhet å ta standpunkt til hva som faktisk har skjedd. Rådet må konstatere at påstand står mot påstand.

På denne bakgrunn kan Rådet kun fremheve rent prinsipielt at henvisning og tilbakevisning av pasienter forutsettes å skje i henhold til § 6 i kapittel II i Etske regler for leger. Det heter her: *”Henvisning og tilbakevisning av pasienter mellom kolleger må bygge på medisinsk faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helsetilbud.”*

4.2 Klage på kollega – for å ha sendt klage på vedkommende lege til lokalt helsetilsyn

En lege har klaget over at en kollega skrev en ”bekymringsmelding” til lokalt helsetilsyn i medhold av helsepersonellovens § 17. Bekymringen gjaldt ulike forhold i legens praksis.

Legen har gitt sine vurderinger til helsetilsynet som har avgitt uttalelse. Konklusjonen synes å være at det ikke har skjedd noen overtredelse av helselovgivningen, men at samhandlingen i legens praksis kunne forbedres.

Rådet uttalte:

Å vurdere bakgrunnen for bekymringsmeldingen i dette konkrete tilfelle krever en medisinsk faglig vurdering. Rådet behandler ikke den faglige delen av medisinsk virksomhet og tar Helsetilsynets vurdering til etterretning.

På generelt grunnlag vil Rådet uttale at det i utgangspunktet er fullt forsvarlig å sende bekymringsmelding til tilsynsinstitusjonene om forhold i en leges praksis. Kapittel 1, § 2 i Etske regler for leger pålegger leger å reagere dersom det oppdages faglig og etisk svikt hos en kollega. Det oppfordres til at forholdene først bør tas opp direkte med vedkommende. Dette er imidlertid ikke noe absolutt krav.

4.3 Klage på lege for å ha innledet et forhold til en pasient ved et psykiatrisk senter

En avdelingsoverlege har innklaget en overlege for brudd på Legeforeningens etiske retningslinjer fordi overlegen hadde innledet et kjærlighetsforhold til en kvinnelig pasient ved avdelingen.

Kvinnen hadde vært pasient i psykiatrien i mange år. På det tidspunktet de ble kjent, var hun under behandling ved sykehusets dagavdelingen og poliklinikk. Overlegen var knyttet til poliklinikken i deltid, men han hadde ikke behandlingsansvar for kvinnen og kjente henne ikke da han møtte henne i

byen.

Forholdet til pasienten ble kjent ved avdelingen 1-2 uker etter at de hadde møtt hverandre fordi pasienten fortalte om det under en gruppeterapeutisk behandlingssituasjon. Forholdet mellom legen og pasienten skapte sterke reaksjoner i lederteamet og blant øvrig personale ved senteret. Teamet mente at forholdet kunne skade senterets muligheter til å gi kvinnen tilfredsstillende behandling, og at det var til skade for arbeidsmiljøet. Det ble pekt på kvinnens spesielle sykehistorie og at selv om legen ikke var pasientens behandlende lege, hadde han et visst behandleransvar som overlege med veilederansvar for flere medarbeidere, og fordi han kunne risikere å få et behandleransvar, bl.a. i vaksituasjoner.

På det tidspunktet kvinnen i terapitimen fortalte at hun var blitt kjent med legen, hadde han ikke fortalt om dette til sine overordnede. Avdelingsoverlegen tok umiddelbart opp forholdet med legen som forklarte at han ikke hadde nevnt dette fordi de til da bare hadde vært bekjente og ikke kjærester. Han hevdet videre at kjæresteforholdet var et rent privat anliggende som var avdelingen uvedkommende. Han mente at forholdet til kvinnen ikke var brudd på etiske regler om forhold mellom lege og pasient fordi han ikke var lege for pasienten, ikke var på samme behandlingsteam som pasientens behandlere, og heller ikke hadde veiledningsansvar for noen på hennes behandlingsteam. Han vedgår at det var mulighet for at han kunne komme i en beholdersituasjon i vaksammenheng, men at slike situasjoner lett kunne unngås ved enkel tilrettelegging. Kvinnen har senere gått til behandling utenfor institusjonen.

Rådet uttalte:

I Etiske regler for leger kapittel I, § 7 heter det at ”En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for”. Denne regelen har det asymmetriske forholdet mellom lege og pasient som bakgrunn, og som begrunnelse at et slikt forhold gir legen makt og gjør pasienten mer sårbar. Særlig i psykiatrien kan brudd i kontinuiteten av behandlingen være forstyrrende og utnytting av makt være ødeleggende. Rådet har i mange av sine tidligere avgjørelser lagt dette til grunn og fremhevet at leger som arbeider innen psykiatri har et særlig ansvar for å utvise varsomhet.

I den aktuelle saken var ikke legen pasientens lege, og han var heller ikke på samme behandlingsteam. Imidlertid er det lett å forstå at behandlingsmiljøet følte at kjærlighetsforholdet var problematisk, både sett i forhold til at det var en psykiatrisk behandlingssituasjon der det kunne være vanskelig å skille klart mellom de forskjellige behandlernes roller i forhold til pasienter og kolleger, og at forholdet kunne komplisere behandlingen av kvinnens sykdom. Rådet oppfatter det derfor som korrekt at avdelingens ledelse raskt tok opp forholdet med legen og uttrykte bekymring for konsekvensene i forhold til miljøet og spesielt pasienten. Rådet beklager sterkt at legen ikke var villig til å innse problemene knyttet til forholdet og avdelingens rett og plikt til å bringe klarhet i dette. Rådet mener at legeforsholdet til pasienten var såvidt fjernt at et kjærlighetsforhold ikke var direkte i strid med Etiske regler for leger. For at det ikke skulle oppstå tvil om rollene, var det imidlertid helt nødvendig å komme fram til praktiske ordninger som også ivaretok hensynet til pasienten, medpasientene, kollegene og miljøet som helhet.

5. Attestutstedelser

5.1 Klage på legeerklæring

Et forsikringsselskap har innlevert en klage på en lege knyttet til legeerklæring han har utferdiget.

En kvinne har en ulykkesforsikring i selskapet. I forbindelse med krav fra forsikrede har selskapet mottatt en erklæring fra innklagede lege. Erklæringen er basert på et journalnotat av august 2001, skrevet ca. 11 uker etter den aktuelle ulykkeshendelse. Beskrivelsen i erklæringen av skaden og forløpet anses av selskapet sammenfallende med hva det er opplyst i skademeldingen. Da forsikringsvilkårene i dette tilfellet ikke syntes oppfylt, fant selskapet ikke grunnlag for å

imøtekomme kravet om forsikring.

Forsikrede fremmer på nytt krav overfor selskapet. Som vedlegg til kravet følger en ny erklæring fra innklagede lege. I denne heter det blant annet:

”Beskrivelsen av aktuelle hendelser er imidlertid mangelfull, idet det ikke er kommet frem at hun (forsikringstaker) ble dyttet slik at hun falt med traume mot nakken. Hun var altså utsatt for en ytre, uforutsett akutt hendelse som medførte at hun falt og pådro seg aktuelle skade. Dette er således en rettelse til en tidligere utsendt legeerklæring ved undertegnede den 040304.”

Da selskapet fant uoverensstemmelse i beskrivelsen av selve hendelsesforløpet i de to erklæringene, ble legen tilskrevet på nytt. I legens svar til selskapet uttaler han blant annet:

”... Denne supplerende uttalelsen bygger jeg på bakgrunn av opplysninger mor har kommet med i anledning den siste legeerklæringen. Dette har ikke vært kjent av undertegnede tidligere. ...”

Selskapet fremhever overfor Rådet at hvis den andre av de foranstående tre siterte uttalelser fra legen hadde vært den eneste, og saken var blitt behandlet på grunnlag av denne legeerklæring, ville vilkårene for forsikringen ”trolig ha vært dokumentert oppfylt”. Under henvisning til foranstående bes Rådet for legeetikk om å vurdere handlemåten til legen i denne sak.

Innklagede lege bekrefter i sin uttalelse for Rådet selve hendelsesforløpet som beskrevet foran. Han uttaler eksplisitt: ”Dessverre ble det ikke angitt at det var mor som var kilde for disse opplysningene, men det antas at enhver burde skjønne at disse opplysningene måtte være kommet fra tredjepart, da min første kontakt med pasienten som angitt i første erklæring var 4 ½ måned etter at skaden var skjedd.”. Innklagede lege beklager sterkt at hans andre erklæring, som sitert over, ikke presiserer at uttalelsen hans ”utelukkende bygger på mors uttalelser”. Han fremhever at denne uttalelse ”var totalt utilsiktet fra min side, men altså ikke mindre beklagelig av den grunn”. Legen uttaler ytterligere at han i ettertid, da han fikk se hvilke rapporter forsikringsselskapet allerede hadde mottatt fra skole og mor, forstår at han ”burde avslått mors ønske om at jeg skulle sende inn en ny legeerklæring. Når den likevel ble sendt, ser jeg i ettertid like klart manglene i legeerklæringen ved at kilden til opplysningene ikke ble anført”.

Rådet uttalte:

Rådet har notert seg at legen i dette tilfellet innrømmer å ha kommet i skade for å opptre ukorrekt med hensyn til utstedelse av legeerklæring. Legen beklager det inntrufne. Rådet tar legens beklagelse til etterretning. Rådet må imidlertid henlede oppmerksomheten på etiske regler for leger, kapittel IV, § 4. Det heter her blant annet: ”*Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies*”. I henhold til reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk, § 12, må Rådet i dette tilfellet uttale sin beklagelse overfor legen, idet det finner at ovenstående bestemmelse i etiske regler for leger er overtrådt.

5.2 Klage på legeerklæring

Et forsikringsselskap hadde innlevert en klage på en lege i forbindelse med et erstatningsoppgjør knyttet til ”Loss of licence”. I denne forbindelse har forsikringsselskapet mottatt gjenpart av en udyktighetserklæring utstedt av legen.

Forsikringsselskapet fremhever at i henhold til ”forskrift av 19. oktober 2001, nr. 1301 om helseundersøkelse av arbeidstaker på skip” fra Sjøfartsdirektoratet er ”kreftsykdom (som ikke anses som helbredet)” en absolutt kontraindikasjon for tjeneste ombord på skip og skal medføre hyrenektelse.” Under henvisning til denne bestemmelse mener selskapet at legen i dette tilfelle burde ha utstedt en udyktighetserklæring relativt kort tid etter desember 2002. Udyktighetserklæring ble imidlertid først utfylt 13.1. 2004.

Selskapet viser videre til et journalnotat hvor innklagede som er autorisert sjømannslege skal ha skrevet at udyktighetserklæringen ble utfylt sent av økonomiske grunner.

Selskapet viser videre til at legen i et brev til firma A/S ” som håndterer saken for vårt selskap den 25.6. 2004” har skrevet: ”Hans ”Loss of licenc” ble utstedt med bakgrunn i en foreliggende prostatakreft som umiddelbart måtte komme under behandling. Behandlingen utelukker at han kan ivareta noen form for arbeide til sjøs og offshore i henhold til regelverket.

Etter selskapets vurdering gir den foreliggende dokumentasjon ikke god nok informasjon til å avgjøre på hvilket tidspunkt innklagede hadde tilstrekkelig informasjon til å kunne utstede udyktighetserklæringen. Selskapet fremhever så: Dr. XX har imidlertid notert i journalen fra YY Medisinske Senter at erklæringen ble holdt tilbake i minimum et halvt år for at forsikrede skulle oppnå økonomiske fordeler av dette.”

Selskapet ber saken vurdert i relasjon til Etske regler for leger, kapittel I, § 12.

Som argument for sin handlemåte i den aktuelle sak uttaler legen: ”Aktuelle sjømann ble fra egen organisasjon dvs. betalende pensjonsinstans anbefalt å be undertegnede om forlengelse av sykemeldingstiden for derigjennom å oppnå bedre pensjon. Underforstått, dette ville avstedkomme økonomisk uttelling basert på interesseorganisasjonens eget initiativ. Saken ble imidlertid avsluttet i.o.m at interesseorganisasjonen/sjømannsorganisasjonen ikke lenger hadde økonomiske resurser i tilstrekkelig grad til å imøtekomme de pensjonsrelaterte rettigheter vedkommende sjømann hadde opparbeidet. I og med at han vis a vis RTV og sykdommens art også kvalifiserte til uf. pensjon ble dette alternativet valgt i stedet for sjømannspensjon og som pasienten i ettertid er fullt tilfreds med.”

Som ytterligere argument for sin handlemåte i den aktuelle sak synes legen å gjøre gjeldende at forsikringsselskapet ”under ingen omstendighet hadde noen økonomisk uttelling i den aktuelle sammenheng”.

Rådet uttalte:

Da innklagede lege ikke er medlem av Legeforeningen kan Rådet i denne sak kun komme med en prinsipiell uttalelse. Dette har innklagede lege også oppfordret Rådet til å gjøre.

Rådet vil på denne bakgrunn fremheve at det bør være en hver leges alminnelige ledetråd for sin attestasjonsvirksomhet - uavhengig av medlemskap i Legeforeningen – å forholde seg slik at man ikke på noen måte søker å skaffe enkeltpasienter en uberettiget økonomisk fordel, slik også kapittel I, § 12 i Etske regler for leger uttrykker. Hvis særskilte regler som en lege bør være kjent med ytterligere kommer inn i bildet vedrørende attestasjon i forhold til en gitt pasient, må det forutsettes at slike etterleves fra legens side.

5.3 Vedrørende erklæring fra spesialist i allmennmedisin

Et forsikringsselskap hadde innklaget en lege til Rådet for legeetikk for brudd på Etske regler for leger, kapittel IV, § 4 idet de hevder at legen har gitt mangelfulle opplysninger i legeerklæring i forbindelse med at en av hans pasienter søkte forsikring i selskapet. Ni år etter tegning av forsikringen fremmet forsikringstakeren krav knyttet til forsikringen. Etter innhenting av journalopplysningene fra den tiden forsikringen ble tegnet, hevder forsikringsselskapet at relevante helseopplysninger var utelatt i legeerklæringen, og at forsikrede ikke ville ha fått forsikring med uføredækning dersom det var blitt gitt korrekte opplysninger. Fra journalen fremgår det at forsikringstakeren i flere år hadde hatt kvalme, svimmelhet, magesmerter, oppkast, tretthet, angst, asteni og liknende symptomer på tegningstidspunktet.

Innklagete lege påpeker i sitt tilsvaer at han i henvendelsen fra forsikringsselskapet primært ble bedt om å uttale seg om en knelidelse, men erkjenner også at det ble bedt om opplysninger om andre sykdommer som kunne ha innvirkning på leveutsikter og fremtidig arbeidsevne. Han erkjenner ikke å ha gitt selskapet ukorrekt informasjon slik han bedømte omstendighetene ved avgivelsen av erklæringen. Han mener han ga en erklæring som var relevant for å bedømme fremtidige leveutsikter og arbeidsførhet i forhold til pasientens plager som han fant var relatert til graviditet, svangerskap, familieetablering og presset arbeidssituasjon. I sitt tilsvaer sier han seg imidlertid enig med forsikringsselskapet i at pasientens helseplager var betydelige, særlig når en nå vet hva som videre

skjedde med pasienten.

Rådet for legeetikk vedtok å avgi følgende uttalelse:

Etiske regler for leger undergikk i 1997 en omfattende revisjon som også omfattet de tidligere regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer. Formelt er det korrekt å behandle saken etter de regler som var gjeldende i 1996. Reglene er imidlertid ikke vesensforskjellig i innhold i forhold til den bestemmelse som er påberopt av forsikringsselskapet, kap IV, § 4. Ny § 4 kan noe unøyaktig sies å være en sammenstilling av de tidligere reglers § 3 og § 5 og sier bl.a. at "Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies".

Rådet finner selskapets klage berettiget. Legen har ikke gitt de opplysningene som var nødvendige for å gi et korrekt og dekkende bilde av pasientens helsetilstand ut i fra den kunnskap han hadde om pasienten på tidspunktet for utstedelsen av legeerklæringen. Rådet beklager dette.

5.4 Spørsmål fra forsikringsselskap om Etiske regler for leger er overtrådt – attestutstedelse

Et forsikringsselskap har bedt om at Rådet vurderer om en lege ved utstedelse av sykemelding til en pasient har opptrådt i samsvar med Etiske regler for leger, kap I, § 12.

Forsikringsselskapet har reist saken for Rådet for legeetikk i anledning av at forsikringsselskapet behandler et krav om erstatning på grunn av personskade etter trafikkulykke i 1999. Forsikringsselskapet hadde på vanlig måte bedt om relevante journalopplysninger og mottok slike, men legen hadde presisert at notatene fra de to siste konsultasjonene var redigert fordi originaljournalen inneholdt "private notiser som ikke skulle være med". Imidlertid sender legen allikevel over en uredigert versjon av journalnotat fra en av disse konsultasjoner. Av denne versjonen mener forsikringsselskapet å kunne slutte at legen "har utstedt sykmelding til skadelidte på sviktende medisinsk grunnlag, men med den hensikt å søke og skaffe sin pasient en økonomisk fordel uten tilstrekkelige forutsetninger for å kunne vite om denne er berettiget."

Legen har i sine kommentarer til klagen forklart at pasienten ved en feil ble 100 % sykmeldt og at hans grunnlag for å redigere journalen var basert på at pasientens åpenhet ikke skulle være til ulempe for ham.

Rådet vedtok å gi slik uttalelse:

Rådet konstaterer at legen ikke har tatt til motmæle mot den fremstilling som er gitt fra forsikringsselskapets side om sakens faktiske sider, selv om han synes å mene at sykmeldingen kunne forsvares i dette tilfellet.

Rådet finner det vanskelig å forstå legens etterfølgende forklaring om grunnlaget for sykmeldingen slik dette kommer til uttrykk i legens uttalelse. Rådet må derfor ta utgangspunkt i legens journalnotat som relativt entydig forklarer at sykmelding er gitt slik at "erstatningskravet kan innfries".

Rådet mener det er grunn til å kritisere legen for å ha sykmeldt en pasient uten at det synes klart at sykmelding er nødvendig og at sykmeldingen i følge journalnotatet kan ha hatt et annet formål enn å dokumentere arbeidsuførhet på grunn av sykdom. Sykmeldingen kan på denne bakgrunn ha vært egnet til å skaffe pasienten en uberettiget økonomisk fordel. Etiske regler for leger, kap I, § 12 er ved dette overtrådt. Legen har ved å ha bortredigert relevante journalnotater opptrådt i strid med kap IV, § 4, 2. setning: Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Rådet beklager dette.

5.5 Klage vedrørende legeerklæring fra forsikringsselskap

Et forsikringsselskap bedt Rådet for legeetikk vurdere om en legeerklæring fyller kravene i Etiske regler for leger, kap IV, § 4.

En forsikringssøker ble i forbindelse med tegning av forsikring anmodet av forsikringsselskapet om å avgi egenerklæring om sin helsetilstand. På bakgrunn av denne ba selskapet behandlende lege ved

legesenteret om å få opplysninger fra søkerens journal, relatert til:

- dødsrisiko, spesielt om forhold som kan påvirke fremtidige leveutsikter
- uførepensjon, spesielt om forhold som kan påvirke arbeidsevne, temporært eller varig
- kritisk sykdom, spesielt opplysninger om forhold som kan ha betydning for utvikling av kreft, multippel sklerose, hjerteinfarkt, angina, apoplexi, organtransplantasjon. Om mulig bes oppgitt blodtrykks- og kolestrolverdier.

-

I tillegg ble det i forespørselen presisert følgende:

”Vi ber Dem alltid opplyse om diagnose, behandling og utvikling og eventuelle sykemeldingsperioder. I tillegg vil det for noen lidelser være angitt spesielle spørsmål. Hvis søkeren har andre sykdommer eller det finnes andre forhold som kan påvirke risikoen, ber vi Dem også opplyse dette.”

Legen returnerte skjemaet hvor opplysningene skulle gis med følgende påskrift:

*”080796 smerter i h. skulder etter fall
se vedlegg.”*

Vedlagt fulgte journalutskrift for perioden 8.7. 1996 til 12.10. 1998, i hovedsak relatert til diagnosen Tendinitt.

Forsikringssøkeren fikk på bakgrunn av disse opplysninger tegnet forsikring i selskapet.

Forsikringsselskapet har i forbindelse med krav om utbetaling av erstatning i henhold til forsikringen bedt om journalopplysninger fra legesenteret for perioden 7.6. 1993 til 4.9. 2000. Slike journalopplysninger ble mottatt. Disse viser etter selskapets oppfatning at forsikringstakeren har hatt et langvarig alkoholproblem som var kjent for legen ved tidspunktet for tegning av forsikringen. Selskapet mener at langvarig alkoholproblemer er ”andre forhold som kan påvirke risikoen”, og at utelatelsen av slike opplysninger representerer en feilinformasjon fra legens side.

Legen har i sitt tilsvarende lagt vekt på at han ikke hadde grunnlag for å fremstille forsikringssøkeren som alkoholiker på bakgrunn av foreliggende opplysninger, selv om han var kjent med konas bekymring om hans alkoholproblemer. Ved søknad om uføretrygd i 2005 hadde han bare fullmakt til å gi opplysninger relevant til de plager som lå til grunn for uføresøknaden, dvs langvarige nakkeplager og angst som er egnet til gi økt spenning i nakkemuskulatur. Legen mener med dette at han var avskåret fra å nevne hans alkoholproblem, som heller ikke har ført til sykmelding.

Rådet for legeetikk vedtok å uttale:

Rådet konstaterer at det er uenighet mellom legen og selskapet om forsikringssøkeren i 1999 hadde et alkoholproblem som var av en slik art at forsikringsselskapet burde ha blitt gjort oppmerksom på problemet. Rådet antar at det for legen kan ha vært grunner for ikke å fastslå at søkeren hadde en diagnose som alkoholisme. Dette er dessuten et spørsmål som vedrører legens medisinske virksomhet som Rådet normalt ikke prøver. Rådet finner det imidlertid klarlagt ved gjennomgang av journalene at forsikringssøkeren hadde en atferd og et sykdomsbilde som det i relasjon til de opplysninger som forsikringsselskapet ba om å få seg forelagt, var relevant å gi opplysninger om, f.eks. at pasienten hadde et alkoholproblem eller at det var mistanke om dette.

Legen er i utgangspunktet bundet av det begrensede samtykke som pasienten har gitt til å bringe pasientopplysninger til forsikringsselskapets kunnskap, men denne begrensning burde heller medført at legen gjorde forsikringsselskapet oppmerksom på at det oversendte journalmaterialet var avgrenset eller at han eventuelt avsto fra attestutstedelsen. Slik legens uttalelse til forsikringsselskapet er utformet, fremstår denne som mangelfull i forhold til de opplysninger som legen hadde og vil derfor være i strid med de krav som fremgår av Etske regler for leger, kap. IV, § 4, 2. setning om at relevante opplysninger ikke må forties eller fordreies. Rådet finner dette kritikkverdig.

6. Etske regler for leger – organisasjon og saksbehandling

6.1 Legeforeningens råd for legeetikk vs fylkesavdelingenes utvalg for legeetikk”

Rådet har avgitt følgende uttalelse til Vest-Agder legeforening:

Til orientering meddeles at Legeforeningens landsstyre i 1999 vedtok å oppheve plikten for hver fylkesavdeling til å ha et utvalg for legeetikk. Fra da av uttrykker lovene kun en anledning for fylkesavdelingene til å oppnevne slike utvalg. Før dette vedtak ble truffet hadde landsstyret bedt sentralstyret dels å utrede behovet for at avdelingene fortsatt skulle ha egne etikktvalg, dels å avklare spørsmålet om eventuelt å danne fem regionale utvalg i stedet for fylkesvise sådanne. Sentralstyret ga Rådet i oppdrag å vurdere problemstillingene. Etter en rundspørring i avdelingene konkluderte Rådet slik overfor sentralstyret:

”Rådet konstaterer at det er flere avdelingsutvalg som finner det naturlig å nedlegge avdelingens utvalg for legeetikk enn det er utvalg som vil innføre en nykonstruksjon med regionale etikktvalg. Rådet deler flertallets syn. Rådet er imidlertid kommet til at det for tiden ikke synes hensiktsmessig å tvinge avdelingene til å nedlegge sine utvalg for legeetikk. Rådet vil derimot foreslå at en endrer regelverket slik at det blir en frivillig sak for den enkelte fylkesavdeling om den vil opprettholde eget utvalg for legeetikk eller ikke”.

Legeforeningens landsstyre inntok det samme standpunkt.

Ved siste innrapportering til sekretariatet på valg i avdelingene på nytt styre m.v. er det kun fire avdelinger som har meldt inn sammensetninger på nytt utvalg for legeetikk. Rådet kan i de senere år ikke se innrapportert saksavgjørelser fra avdelingens utvalg for legeetikk.

Rådet vil for øvrig gjøre oppmerksom på at Legeforeningens arbeid med temaet medisinsk etikk vil bli omtalt i den kommende innstilling fra sentralstyret angående fremtidig organisering av Den norske lægeforening. Saken skal opp til avsluttende behandling på landsstyremøtet i Bergen i 2005.

Rådet antar at de av Legeforeningens avdelinger som velger å beholde et utvalg for legeetikk først og fremst vil kunne bruke dette til å arbeide med generelle medisinsk-etiske problemstillinger og evt. lage lokale kurs innenfor området medisinsk etikk.

6.2 Høring av sentralstyrets forslag vedrørende Legeforeningens organisasjon

Ved ekspedisjon av 27.10. 2004 har Legeforeningen sendt ut til avdelinger, yrkesforeninger og spesialforeninger samt Rådet for legeetikk et felles dokument om sentralstyrets forslag vedrørende Legeforeningens organisasjon. I samsvar med tidligere uttalelse fra Rådet uttaler sentralstyret:

”Sentralstyret mener at foreningens arbeid med yrkesetikken i hovedtrekk er hensiktsmessig ivaretatt gjennom dagens ordning. Sentralstyret kan ikke se at det er behov for å endre regelverket eller grunnlag for å foreslå omfattende organisatoriske endringer. De utfordringer som er nevnt bør imidlertid bearbejdes videre av Rådet for legeetikk som grunnlag for mulig beslutninger av landsstyret.”

Rådet forventer at arbeidet med etiske spørsmål må forsterkes og derved også tilføres større økonomiske resurser. Det er på denne bakgrunn gledelig at sentralstyret i sitt høringsdokument også uttaler at: ”Så vel frikjøp av leder av Rådet som styrking av sekretariatskompetanse og dannelselse av ressursgrupper er spørsmål om økt budsjett og må ses i en større økonomisk sammenheng. Sentralstyret ønsker imidlertid å prioritere dette området.”

6.3 Klage på manglende respons fra lege på henvendelse fra forsikringsselskap vedrørende pasientopplysninger

Et forsikringsselskap hadde gjentatte ganger henvendt seg til en lege for å få visse opplysninger vedrørende tre av legens pasienter. I særskilt brev til legen fra forsikringsselskapet varsles han om at selskapet vurderer å klage ham inn for Rådet for legeetikk. Det presiseres at bakgrunnen for klagen ”er manglende respons på gjentatte forespørsler om medisinske opplysninger vedrørende ansatte ved firma AS som har meldt skader/sykdommer som kan være dekket under yrkesforsikring gjennom

arbeidsgiver”.

I klagen til Rådet for legeetikk anføres:

”Vi er klar over at selv om selskapet har innhentet samtykke fra pasienten/forsikrede gir det ikke noe direkte krav overfor legen om å få opplysninger utlevert. Vi mener likevel god legeskikk tilsier at legen – mot anbefalt honorar – bistår pasienten med å formidle de opplysninger som er nødvendige for at pasienten/forsikrede skal få behandlet sitt krav overfor forsikringsselskapet på en forsvarlig måte og innen rimelig tid”.

Rådets sekretariat har på vanlig måte fremmet saken overfor legen. Da det etter lang tid ikke heller var innløpt svar til Rådet, tok Rådets sekretær telefonisk kontakt med legen. Han opplyste i samtalen å ville besvare henvendelsen fra Rådet for legeetikk.

Rådet har fortsatt ikke mottatt uttalelse fra legen.

Rådet uttalte:

I henhold til reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk ved §8, annet ledd, er medlemmer av Legeforeningen pliktig til å gi forklaring overfor Rådet. Dersom slik forklaring ikke er mottatt innen fristens utløp ”kan saken tas opp til avgjørelse basert på den informasjon som foreligger”.

Rådet legger til grunn saksfremstillingen fra forsikringsselskapet.

Rådet finner at lege NN har overtrådt etiske regler for leger, kapittel I, § 2, første punktum. Det heter her: ”*Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet*”.

Rådet finner å måtte tildele lege NN en reprimande.

7. Høringssaker

7.1 Utkast til forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi, gitt med hjemmel i helsepersonellovens § 13. Utkast til endring i forskrift om tillatelse til å utføre kosmetisk plastikkirurgiske inngrep.

Ovennevnte saker er oversendt Legeforeningen fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rådet uttalte:

Rådet finner kun grunnlag for å kommentere forslaget til forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi, og skal for ordens skyld opplyse:

Rådet for legeetikk har hatt til vurdering enkelte saker knyttet til Legeforeningens etiske regler, kapittel om avtissement og annen informasjon om legetjenester, hvor utøvere av kosmetisk kirurgi har vært involvert.

Til forslaget til forskrift om markedsføring av kosmetisk kirurgi har Rådet kun en kommentar, nemlig til § 6 om at ”*Markedsføringen skal blant annet vurderes ut i fra det umiddelbare inntrykk markedsføringen skaper hos den jevne forbruker*”. Etter Rådets oppfatning synes denne bestemmelse å fremstå som vanskelig å håndheve. Den burde etter Rådets oppfatning utformes slik at den blir noe mer praktikabel.

7.2 NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Denne sak var oversendt fra Legeforeningen til blant annet Rådet for legeetikk for eventuell kommentar.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk ser forslaget om samordning og samhandling i kommunale sosial-og helsetjenester som meget positivt. Pasienter med sammensatte behov trenger ofte tilbud fra begge fagområdene, og det er viktig at tilbudene samordnes. Dette gjelder også ofte mennesker som har spesielt store vansker med å fremme egne behov. Rådet for legeetikk vil spesielt uttale seg om forhold til taushetsplikt, bruk av tvang og tillatelse til forskning.

All den tid flere instanser og tjenesteytere vil bli involvert, vil det kunne bli en større utfordring å beskytte taushetsbelagt informasjon. Imidlertid er hver enkelt instans og tjenesteyter også i dag pålagt taushetsplikt. En samordning behøver ikke å bety at antall tjenesteytere som trenger informasjon, utvides. Forslagene i utredningen ivaretar, etter Rådets syn, kravet om beskyttelse av taushetsbelagt informasjon samtidig som de åpner for en fornuftig samordning av tjenestetilbudene.

Det foreslåtte lovverket om bruk av tvang er tilstrekkelig fleksibelt og presist utformet til å være gjennomførbart. Samtidig sikrer det tjenestemottaker mot unødig bruk av tvangsmidler. Det gir tilstrekkelig innsyn fra pårørende og tilsynsmyndigheter gjennom klare prosedyrer, dokumentasjon og rapportering.

Rådet vil spesielt fremheve og støtte forslaget i § 9-9 om at "...opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning uten hinder av taushetsplikten...". Det er et stort samfunnsmessig behov for forskning innen feltet, og det er viktig at det ikke legges for store hindringer i veien dette.

7.3 Utkast til rundskriv om innføring av positivliste for trygderefusjon for hormonelle prevensjonsmidler til kvinner 16 tom 19 år – forslag til forskriftsendringer

Legeforeningen har i brev av 11.5. 2005 tilskrevet bl.a. Rådet for legeetikk med anmodning om uttalelse til utkastet til rundskriv om positivliste for trygderefusjon for hormonelle prevensjonsmidler til kvinner 16 tom 19 år og forslag til forskriftsendringer.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk mener generelt at det er riktig å ta økonomiske hensyn ved forskrivning av medikamenter som skal dekkes av det offentlige, dersom det ikke er sterke faglige grunner for å ta andre hensyn. Dette er i samsvar med Ethiske regler for leger, Kapittel I, § 12: "En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes". Det er derfor rimelig å gi et pålegg om primært å forskrive de billigere alternativene for hormonell prevensjon dersom disse er like trygge både som prevensjonsmiddel og med tanke på potensielt farlige bivirkninger. Imidlertid bør det gis anledning til å forskrive alternative prevensjonsmidler dersom de på "positivlisten" gir sjenerende bivirkninger.

7.4 Innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til prevensjonsmidler for kvinner i alderen 16 til og med 19 år

Fra Legeforeningen var det mottatt brev av 28.10. 2005 med anmodning om uttalelse til et høringsnotat fra Helse- og sosialdepartementet om Innføring av fast bidragssats for dekning av utgifter til prevensjonsmidler for kvinner i alderen 16 til og med 19 år.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk har tidligere stilt seg positiv til å innføre en positivliste for prevensjonsmidler for denne aldersgruppen, hvor det kunne tas hensyn til pris på ulike prevensjonsmidler og omkostningene for samfunnet. Denne løsningen er imidlertid forkastet av departementet etter gjennomgang av de tidligere høringssvar. Departementet har i stedet foreslått at det innføres en bidragssats som skulle dekke et rimelig spekter av gratis prevensjonsmidler uten at kvinnen blir avkrevet egenandel for slike preparater.

Rådet for legeetikk finner det ikke uforsvarlig fra en legeetisk synsvinkel at det ved fastsettelse av pris og egenandeler på helsetjenester og legemidler tas samfunnsøkonomiske hensyn såfremt det ikke er sterke faglige grunner for å ta andre hensyn. Dette er i samsvar med Ethiske regler for leger, kapittel I, § 12: "En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn

til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes". Det er derfor rimelig å ha regler som gir grunnlag for at lege og pasient ikke velger de dyreste preparatene, dersom de rimeligere alternativene for hormonell prevensjon er like trygge, både som prevensjonsmiddel og med tanke på potensielt farlige bivirkninger. Imidlertid bør det gis anledning til å forskrive alternative prevensjonsmidler uten at egenandel pålegges dersom de rimeligere preparatene i det enkelte tilfelle skulle gi sjenerende bivirkninger.

7.5 Høringsnotat om krav om politiattest for helsepersonell og sosialpersonell

Legeforeningen hadde i brev av 8.9. 2005 anmodet Rådet for legeetikk om uttalelse til forslag om lovendring der personell som skal yte helse- og sosialtjenester til barn eller utviklingshemmede skal avkreves politiattest.

Lovendringsforslagene innebærer at det i helsepersonelloven inntas bestemmelser om at det skal kreves politiattest ved tilbud om stilling eller avtale etter kommunehelseloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven, samt ved helsepersonells åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet - som kan innebære at helsepersonell i behandlingssituasjonen er alene med barn og utviklingshemmede. Det vil også være endringer i sosialtjenesteloven og i strafferegistreringsforskriften. De forbrytelser som det kan inntas opplysninger om er begrenset til straffelovens kapittel om seksualforbrytelser.

Det foreslås at helsepersonell som er ilagt forelegg eller er dømt for nevnte overtredelser av straffeloven i et ubestemt tidsrom bakover i tid, i fremtiden skal være utelukket fra å arbeide med barn og utviklingshemmede.

Rådet uttalte:

Rådet for legeetikk har ingen motforestillinger til forslaget om lovendringer som innebærer avkreving av politiattest før inngåelse av avtale om arbeide for å yte helse- og sosialtjenester til barn og utviklingshemmede. Rådet ser det som viktig at pårørende har størst mulig grad av trygghet for at barn i slike behandlings- og/ eller omsorgssituasjoner ikke skal kunne utsettes for overgrep eller annen uønsket atferd. Kravet om politiattest gir ingen garanti for at dette allikevel ikke kan skje, men kravet bidrar til at det vil være lettere for arbeidsgiver eller andre oppdragsgivere å finne frem til personer som ikke har en belastet fortid.

Forslaget er vidtgående for de personer som vil bli omfattet av kravet, men er allikevel balansert i forhold til formålet. Rådet er enig i at selv vidtgående tiltak kan være nødvendig for i størst mulig grad å hindre at overgrep skjer i enkelttilfelle.

Rådet vil allikevel ikke kunne unnlate å peke på at kravet om at politiattest skal fremlegges når helsepersonell har fått tilbud om stilling eller avtale kan medføre forholdsvis store ulemper for arbeidsgivere og andre mottakere av tjenester, bl.a. ved forsinket ansettelsesprosess mv. Det kan også være grunn til å anta at enkelte mottakere av tjenester over tid vil lempe på kravene med hensyn til hvilke stillinger/avtaleforhold attest skal kreves for. Det er derfor viktig at kommuner, helseforetak og andre helseinstitusjoner, før utlysning gjør seg en velbegrunnet oppfatning av for hvilke stillinger politiattest skal kreves og at det konsekvent for slike stillinger/avtaleforhold inntas forholdsregler i utlysningsteksten.

Det er også viktig at det i slike tilfeller konsekvent blir krevd fremlagt politiattest, selv om søkeren i intervju, ved innhenting av andre attester, referanser etc. gir et tiltalende inntrykk. Ved tilbud om stilling/avtale er det også viktig at det klart fremkommer at tilbudet er fremsatt under forutsetning av at tilfredsstillende politiattest foreligger før tilbudet kan anses bindende.

Rådet antar at forslagene i stor grad kan virke preventivt med hensyn til hvem som søker stillinger/avtaler innenfor arbeidsområdet med barn og funksjonshemmede, og at forslaget også av denne grunn er ønskelig.

Rådet legger til grunn at forslagene samsvarer med kravet i Ethiske regler for leger kap. I, § 7 om at

leger ikke må utnytte en pasient seksuelt.

7.6 Etablering av Norsk pasientregister og et personidentifiserbart register – Helse- og omsorgsdepartementet

Rådet for legeetikk var i brev av 28.9. 2005 fra Legeforeningen anmodet om å gi uttalelser til forslaget. Rådet vedtok å avgi høringsuttalelse i samsvar med følgende:

Rådet for legeetikk støtter forslaget om å utvide formålet med registeret. Hovedformålet er fortsatt administrasjon og styring av spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil det danne grunnlag for epidemiologisk og klinisk forskning. Et personidentifiserbart register gjør det lettere å sikre datakvalitet, og å følge pasientstrømmer gjennom helsetjenesten.

Det er selvsagt en forutsetning at personvernet sikres. Rådet har tillit til at dette gjøres på en tilfredsstillende måte gjennom de systemer og rutiner det legges opp til, bl.a. kryptering av pasientens fødselsnummer.

Rådet konstaterer med tilfredshet at det i utkast til forskrift om registeret angis at opplysninger i registeret ikke skal brukes til enkeltvedtak eller individuelle beslutninger rettet mot de registrerte, og at opplysninger heller ikke skal kunne brukes i forsikringsøyemed eller av arbeidsgivere, - selv om den registrerte samtykker.

Rådet er også fornøyd med at det angis entydig hvilke opplysninger som skal samles inn og lagres i registeret, herunder at registeret ikke skal inneholde opplysninger om sosiale forhold.

Gode regler sikrer imidlertid ikke alltid god praksis. Rådet ser det som helt sentralt at utviklingen med bruk av registeret følges nøye i tiden framover. Spesielt vil det være viktig med årvåkenhet i forhold til evt. forslag om registrering av nye variabler, og med hensyn til mulig misbruk av registeropplysninger.

7.7 Etske problemstillinger i forbindelse med ny tobakkskampanje

Sosial- og helsedirektoratet hadde anmodet om innspill og vurderinger fra Rådet for legeetikk på de etiske problemstillinger som utvikling og sending av kampanjefilmer som involverer pasienter reiser. Representanter fra Sosial- og helsedirektoratet møtte i Rådet og presenterte kampanjen og de etiske problemstillinger som var identifisert.

Rådet gav under møtet uttrykk for synspunkter som er sammenfattet i brev til Sosial- og helsedirektoratet av 9.11. 2005:

Sosial- og Helsedirektoratets tobakkskampanje 2006

Rådet for legeetikk vil takke for den tilliten vi får som diskusjonspartner i planleggingen av en massemediakampanje for helsefremmende arbeid.

I det store og hele finner vi målsettingen med kampanjen tilfredsstillende, og viktige etiske spørsmål grundig gjennomtenkt av Direktoratet. Det er likevel noen spørsmål vi ønsker å utdype. For det første kan prinsippet om informert samtykke framstå som noe problematisk i slike sammenhenger fordi de personene som eksponerer seg i media ikke kan forutse hvilke konsekvenser dette får for dem personlig. Det er tydelig at Direktoratet også har vurdert dette slik. At støtteapparatet hjemme er vurdert og sikret, inklusiv tilbud fra helsetjenesten, er viktig. Rådet vil understreke at det samme bør gjelde for de 50 som senere kan trekkes inn og at tilbudet om støtte for alle eksponerte bør gjelde utover det aktuelle tidsrommet da kampanjen kjøres. Ikke minst det faktum at noen av dem som framstår med en selv påført alvorlig sykdom, ikke har klart å slutte å røyke, gjør at de kan bli møtt med reaksjoner som kan være belastende.

Rådet finner det prisverdig at mennesker som fortsatt røyker blir brukt i en slik kampanje fordi det viser den sterke avhengigheten noen mennesker får av tobakk. Nettopp dette faktum gjør at det er

maktpåliggende at kampanjen er faktaorientert rundt konsekvensene av langvarig røyking for emfysemutvikling. Dersom kampanjen får preg av moralisme og at røykerne blir framstilt som dårligere mennesker, vil dette kunne forsterke belastningen for dem som framstår i media, for røykende emfysempasienter som ser på kampanjen og deres pårørende, og det vil kunne forsterke det klasseaspektet som etter hvert har utviklet seg på røykeområdet.

Den planlagte kampanjen har sin modell i liknende kampanjer i USA. USA og Norge er ikke nødvendigvis sammenlignbare. Rådet for legeetikk vil også påpeke betydningen av at kampanjen evalueres i ettertid, ikke bare på suksessfaktorer, men også på andre virkninger av denne typen kampanje i befolkningen, både hos dem som er direkte involvert og deres familier og befolkningen generelt. Slike kunnskaper kan igjen danne et verdifullt grunnlag for liknende kampanjer senere.