

Beretning 1.7. 2002–30.6. 2003

Rådet for legeetikk

For perioden 1.1. 2002–31.12. 2005 har rådet 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

Advokat Åsmund Hodne er rådets sekretær.

Rådet har i perioden i alt avholdt seks ordinære møter og behandlet 76 saker. Rådet har forsøkt å trekke ut saker til denne beretning som det antar har generell og prinsipiell interesse. En del saker vil således ikke bli omtalt.

Enkelte av sakene nedenfor er gitt en egen omtale tidligere i Tidsskriftet og i en forenklet form.

1 Diskresjon/taushetsplikt

1.1 Klage på lege

Fru A har henvendt seg til rådet i en sak som både omfatter klage på leges medisinsk-faglige virksomhet og klage på leges forvaltning av taushetsplikten. Rådet har meddelt klager at det i tilfellet bare kan behandle den del av klagen som angår taushetspliktproblematikken.

Rådet er senere bedt om å vurdere denne delen av saken, idet klager ville sende den andre delen til fylkeslegen.

Klager skisserer klagegrunnlaget som følger:

«Jeg sendte et brev for 3–4 år siden til ... politikammer med kopi til min fars lege, B. Bakgrunnen for dette brevet var min fars livsførsel – han var og er alkoholiker, og bruker fremdeles beroligende. Min far hadde på det tidspunktet sertifikat for bil – hvilket var bakgrunnen for min bekymring.

Jeg fikk svar tilbake fra ... politikammer at de ikke hadde hjemmel i loven til å frata min far sertifikatet – det kunne de først gjøre dersom det forelå en anbefaling om dette fra min fars lege. I etterkant fikk min far beskjed fra ... politikammer om å levere inn sertifikatet – m.a.o. en anbefaling fra lege B var da kommet.

Så, under et legebesøk ble min far vist brevet jeg hadde skrevet – hvilket jeg mener er et brudd på taushetsplikten fra denne legens side. Legen har heller aldri fortalt min far hva som er den faktiske årsaken til at han fikk sitt sertifikat inndratt – at legen har anbefalt dette.»

Klagen er forelagt innklagede lege B. I tilsvar til rådet bekreftes at B er lege for

far til klager. Legen presiserer imidlertid at han ikke er lege for klager. Legen skriver videre:

«Fru A har skrevet brev til meg og gitt opplysninger og bedt meg/pålagt meg å behandle hennes far. Samtidig har hun pålagt meg taushetsplikt vedrørende brev og dettes innhold. Min konsekvente holdning har vært at dersom brev og brevets innhold ikke kan tas opp med min pasient, dvs. klagers far, kan jeg vanskelig gjøre noe med de problemene som det her påstås foreligger. Siste brev jeg fikk sendte jeg derfor i retur til henne med samme holdning.»
 Legen avviser å ha vist frem noen brev fra datteren til faren under konsultasjon.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet tar til etterretning at partenes beskrivelse av saksforholdet er forskjellig. Rådet må konstatere at påstand står mot påstand. På denne bakgrunn har rådet ikke grunnlag for å ta et klart standpunkt til klagen.

Generelt vil rådet imidlertid tilføye:

Taushetsplikten gjelder først og fremst i forhold til opplysninger legen får fra sin pasient. Om dette sier etiske regler for leger, kapittel I, § 4:

«En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov.»

Unntak fra hovedregelen er for eksempel at en lege finner at en pasient med førerkort ikke lenger oppfyller de helsemessige krav som stilles. Da skal det gis melding til offentlig myndighet. En lege skal også i visse sammenhenger varsle politiet dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. I slike tilfeller vil taushetsplikten måtte vike.

Hvis en lege får informasjon fra en pårørende om en pasient han behandler, vil som hovedregel slik informasjon ikke kunne gis videre til andre uten i forståelse med den pårørende. Dersom slik informasjon allikevel gis videre, kan det være brudd på den etiske taushetsplikt, jf. den siterte bestemmelse fra etikkreglene foran.

1.2 Klage på lege

Advokat A er advokat for NN i forbindelse med en yrkesskade hvor det var oppstått en uenighet med forsikringsselskapet. I den forbindelse skrev advokaten til bedriftslegen ved klientens arbeidssted, lege B.

Da svaret fra legen kom, fulgte det med brevet «kopi av legejournal/audio-

grammer», sier advokaten. Advokaten viser videre til at det av legens brev fremgår at kopi av dette er sendt til både ... trygdekonto samt til advokaten for det forsikringsselskap som er motpart i tvisten.

Advokat A hevder overfor rådet at legen ved oversendelse av brevet og vedlegg til de omtalte to instanser har brutt sin taushetsplikt. Hans klient hadde kun gitt ham selv fullmakt til å innhente de konfidensielle opplysninger og aldri gitt samtykke til at noen av de omtalte opplysninger skulle oversendes andre.

Innklagede lege B hevder at brevet til advokat A ikke inneholder noen helseopplysninger. Han hevder videre at han aldri har gitt beskjed om at tilleggsopplysningene, dvs. vedleggene, skulle sendes andre enn advokat A. Han fremhever også at trygdekontoet allerede hadde kopiene fra tidligere korrespondanse han har hatt med trygdekontoet.

Endelig hevder innklagede lege at forsikringsselskapets advokat, gjennom et medfølgende brev til legens siste uttalelse, bekrefter at denne ikke har mottatt «noen helseopplysninger angående NN fra meg høsten 2002».

Rådet **vedtok** å uttale:

Av sakens dokumenter er det ikke mulig for rådet med sikkerhet å si hva som måtte være sendt fra lege B til de omtalte to kopiadressater. Følgende fremgår imidlertid av legens brev: «Kopi: ... trygdekonto. Advokat ...» (ikke adv. A). Hvorvidt dette bare betyr kopi av brevet eller også kopi av vedleggene, kan rådet som nevnt ikke finne svar på.

Hvis brevet er sendt alene til de to kopiadressater legen selv angir i brevet, kan dette i tilfellet bare anses som brudd på taushetsplikten i relasjon til følgende opplysning i brevet: «Her viser det allerede i 1976 at det var forandringer på hans audiogram.» Forutsetningen for at denne informasjonen kan sies å bryte med legens taushetsplikt overfor de to parter, er at informasjonen ikke var kjent.

Hvis brevet er sendt kopiadressatene med vedlegg, dvs. med både legejournal og audiogrammer, må dette på samme måte anses som brudd på taushetsplikten hvis innholdet av informasjonen ikke var kjent.

Rådet har merket seg at innklagede lege kritiserer rådet for ikke å ha «informert hvordan saksgangen er i en slik sak som denne...».

Rådet vil i denne forbindelse henvise til det første brevet som innklagede har mottatt fra rådet. Det fremgår her at rådet i sin saksbehandling vil legge til grunn at partene

skal ha kjennskap til hverandres uttalelser. Etske regler for leger er vedlagt ekspedisjonen og inneholder bl.a. også reglement for rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk.

Innklagede lege uttrykker videre forbauselse over at rådet «kan ta fatt i en sak uten å ha faktiske opplysninger i saken». Til dette er å si at rådet ikke er noe etterforskningsorgan, men må bygge sine avgjørelser på de informasjonene partene legger frem gjennom saksbehandlingen.

Rådet for legeetikk er foreningens høyeste organ i disse saker og det finnes intet ankeorgan av rådets avgjørelse. Dette vil også fremgå av etske regler for leger.

2 Regler for attestutstedelser

2.1 Klage på legeuttalelse i henvisning

En allment praktiserende lege har i et henvisningsskriv under et punkt «Tidligere sykdommer» skrevet:

«Han (pasienten) er en notorisk hypokonder med et utall av symptomer og plager. Uforetrygdet for dette. ...»

Pasienten har innlevert en klage til rådet på grunnlag av påstanden om at han er en «notorisk hypokonder».

Innklagede lege skriver i sitt svar til rådet: «Jeg er redd jeg kan ha glemt å skrive til rådet. Jeg har skrevet til fylkeslegen som har behandlet og avvist klagen. Jeg beklager hvis jeg har glemt dere. Mitt syn og min handlemåte fremkommer av de seneste journalnotater og av trykkesaken som jeg vedlegger i kopi. Jeg er selvfølgelig litt flau for ordbruken mht uttalelsen «notorisk hypokonder», og har reflektert en del over dette i det siste. Det er jo sant, men bør nok ytres annerledes.»

Rådet **vedtok** å uttale:

Et henvisningsskriv forutsettes å påpeke den faglige problemstilling som ønskes belyst av den lege det henvises til. Relevante faglig-medisinske opplysninger, deriblant også mistanke om en somatiseringstilstand, forutsettes også oppgitt.

Den type av karakteristikk som innklagede lege uttrykker, hører ikke hjemme i et henvisningsskriv. Innklagede lege synes også å ha innsett dette.

2.2 Klage på legeuttalelse

Herr A har innlevert en klage på lege B. Klager mener at legen har opptrådt krenkende og i strid med Legeforeningens etske regler ved å ha skrevet en erklæring benevnt «Legeopplysninger». Legeuttalelsen er stilet til «Den det måtte angå».

Den påklagede legeuttalelse har slik utforming:

...«Den det måtte angå

... Ad ...

... Adr. ...

... Legeopplysninger

Ovennevnte er enke etter ... NN, som jeg hadde som pasient siste tiden han levde. Det

vil si i perioden ... til han døde.

Han har en sønn fra tidligere ekteskap som ikke ble informert om at hans far var svært syk den siste tiden, og at han lå for døden.

Jeg kan bekrefte at det var den avdødes uttrykkelige ønske siste tiden han levde at sønnen hans ikke skulle informeres om hvor han befant seg og om at han var døende. Dette ble uttrykt til meg av den avdøde flere ganger i de ukene som han befant seg på sykehjemmet der jeg er tilsynslege. Dette til orientering.»

Klager antar at den siterte legeuttalelsen er skrevet «på oppfordring fra min stemor. Erklæringen blir brukt som dokument av ... (stemor)s advokat i den pågående tvisten jeg har med henne angående skifte etter min far.»

Innklagede lege fremhever i sin kommentar at erklæringen er skrevet på oppfordring av enken etter avdøde. Legens begrunnelse for å kunne imøtekomme ønsket har vært at han ved flere anledninger hadde forsikret seg om at dette var noe avdøde virkelig mente og noe han og hans kone var enige om. Legen presiserer at han ikke har uttalt seg noe om bakgrunnen for at ekteparet hadde et ønske om å få frem en slik uttalelse, og han har heller ikke tatt stilling til eventuelle konflikter som måtte ligge bak ønsket.

Rådet **vedtok** å uttale:

En lege har full anledning til å bekrefte – skriftlig som muntlig – forhold som er av betydning for eksempel, som i dette tilfellet, for en døende og dennes ektefelle.

Det som bekreftes kan være knyttet opp direkte til en pasients helsetilstand, men også knyttet opp til andre forhold slik som tilfellet er i den aktuelle sak.

Etske regler for leger gir i kapittel IV, § 1, en definisjon på hva reglene mener med begrepene «attester og andre legeerklæringer». Det sies at: «En legeerklæring er en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand.»

Den aktuelle legeuttalelse er således ikke å betrakte som en legeerklæring i etikkreglens forstand.

De intensjoner som ligger bak hele kapittelet i etske regler for leger om utstedelse av «attester og andre legeerklæringer», ses i det alt vesentlige imidlertid etterlevd i det påklagede tilfellet. Dersom reglene kunne vært anvendt direkte – hvilket de imidlertid ikke kan – måtte det vært konkludert med at legeuttalelsen ikke skulle vært gitt en åpen adressat. I dette tilfellet kan imidlertid den åpne form forsvares.

Den påklagede legeuttalelse finner rådet ikke i strid med etske regler for leger.

3 Klager på leger

3.1 «Klage på etisk klanderverdig uansvarlighet» – fylkeslege

Lege A har innlevert en klage på en fylkeslege, idet han mener at vedkommende

fylkeslege har vist en «etisk klanderverdig uansvarlighet».

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse til klager: Klagen retter seg i det vesentligste dels mot vedkommende fylkesleges opptreden i relasjon til formelle saksbehandlingsregler, dels mot vedkommende fylkesleges administrative skjønnsutøvelse.

Ingen av disse forhold tilligger det rådet for legeetikk å vurdere. Eventuell vurdering av slike forhold må i tilfelle gjøres av fylkeslegens administrativt overordnede. Rådet har notert seg at i hvert fall deler av sakskomplekset allerede har vært vurdert av overordnet administrativ myndighet.

Rådet vil etter dette ikke ta saken opp til videre behandling.

3.2 Klage

Lege A har mottatt en epikrise fra en kollega B. Nederst på epikrisen er trykket et firmanavn med logo og et medikamentnavn.

Lege A har fremlagt saken for rådet med anmodning om at den blir behandlet som en klagesak.

I tilsvar til rådet uttales: «Dersom dette oppfattes av Den norske lægeforenings råd for legeetikk som reklame for medikamentet, noe som er i strid med etske regler for leger § 5, vil vi selv sagt få fjernet preparatnavnet fra våre brevark snarest.»

Rådet **vedtok** å uttale:

Etske regler for leger, kapittel III, § 5, sier: «En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler.»

Det påtrykk som er gitt på brevarkene for ..., er i strid med den siterte bestemmelse.

Rådet tar til etterretning at den beskrevne reklame vil bli fjernet fra lege As brevark.

3.3 Klage på lege

En advokat har på vegne av en lege innlevert en klage på en spesialist i allmennmedisin, B.

Klagens bakgrunn er følgende: En fylkeslege og Statens helsetilsyn har hatt en tilsynssak overfor en lege. Tilsynssaken har ikke medført beføyelser overfor legens legelige rettigheter.

I forbindelse med tilsynssaken oppnevnte Statens helsetilsyn to sakkyndige til å vurdere enkelte sider av vedkommende leges praksis. En av disse sakkyndige var innklagede lege B.

Klager hevder at sakkyndighetserklæringens utforming er i strid med bestemmelser i etske regler for leger. §§ 1 og 2 i kapittel II trekkes frem, likeledes § 4 i kapittel IV. De første to bestemmelser omtaler en leges plikt til å vise kolleger og medarbeidere respekt og at formen bør være varsom når en lege tar opp tegn til faglig eller etisk svikt med en kollega. Den siste bestemmelsen fremhever at en legeerklæring skal være objektiv og nøytral i sin form.

Klager hevder at utformingen av den

sakkyndige erklæringen «synes å være preget av en gjennomgående negativ og unødig nedlatende omtale av ... og hans virksomhet». Disse «karakteristikkene er et tegn på mangelfull saklighet og nøytralitet i sakkyndighetsarbeidet», hevder legens advokat videre. Begrepet «karakteristikkene» spisser på at det i den sakkyndige uttalelse er brukt begrep som «usystematisk og grenseløs (rekvirering)» og «uprofesjonell nedtegnning av pasienters symptomer», «uprofesjonell (behandling)» og «slett» (journalføring).

I uttalelsen til rådet fra innklagede lege B gis en beskrivelse av det mandat som var gitt legen. Videre presiseres at innklagede lege, før han skrev sakkyndighetserklæringen, vurderte sin habilitet og fant at han var habil til å avgi uttalelsen. Innklagede fremhever at det var et meget omfattende materiale som skulle vurderes og at det var et slitsomt, belastende og tidkrevende arbeid. Han fremhever også at han har vurdert det fremlagte journalmateriale «opp mot eget faglig skjønn i forhold til gjeldende lovverk og relevant litteratur.»

Innklagede lege sier seg enig i at hans uttalelser kan vurderes opp mot etikkreglens kapittel II, § 1. Han er derimot uenig i at samme kapitels § 2 kan komme til anvendelse, da den legen hvis virksomhet han som sakkyndig skulle vurdere, allerede var «under utredning av vedkommende helsemyndighet». Den eventuelle relasjon til etikkreglens kapittel IV, § 4, kommenteres ikke av innklagede lege.

Innklagede lege konkluderer sin uttalelse med følgende uttalelse: «Jeg har etter å ha mottatt denne klagen gått gjennom min uttalelse på ny. Jeg kan ikke se at jeg har skrevet noe jeg ikke kan stå inne for.»

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har notert seg at klager ved sin advokat ikke har funnet grunnlag for å kommentere uttalelsen fra innklagede lege.

Innklagede lege har i denne sak opptrådt som oppnevnt sakkyndig lege med et gitt mandat. Han har utført sakkyndighetsopdraget innenfor mandatet.

Sakkyndighetserklæringen er eksemplærisk utformet og med presis angivelse av hva som har vært oppgaven, hvilken problemstilling som er belyst og hvilken begrunnelse som gis for de standpunkter som tas.

Rådet har ikke som oppgave å vurdere de faglige sider ved en sak av denne karakter. Rådet har derfor, som forutsatt, kun vurdert om erklæringen ved sin utforming tilkjennevirksomhet for innklagede eller om erklæringens utforming ikke har fått en objektiv og nøytral form.

De såkalte karakteristikkene som klager trekker frem, kan ikke sees å være i strid med etikkreglene i den sammenheng de her settes. Utformingen av erklæringen bærer preg av en sakkyndigs ønske om å utforme

en saklig og faglig vurdering i forhold til det gitte oppdrag. Erklæringen kan ikke oppfattes som uttrykk for disrespekt for den lege som har fått sin virksomhet vurdert. Erklæringen har heller ikke en form som kan sies å bryte med etikkreglens krav til objektivitet og nøytralitet i et sakkyndighetsarbeid.

Når erklæringen på enkelte punkter har fått en meget klar utforming, er det for å markere den sakkyndiges oppfatning av et klart kritikkverdig forhold. Klagen blir etter dette ikke å ta til følge.

3.4 Klage på spesialist

Fru A har søkt om 50 % uføretrygd. Trygdekontoret henviste henne til en praktiserende spesialist. Legen er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Da A hadde hørt at «denne legen tar imot sine pasienter på et ensomt kontor», tok hun med sin mann. Da A kom til undersøkelsen, fikk hun bekreftet at «ryktene holdt stikk», idet legen ikke hadde medarbeidere på kontoret. Fru A har funnet dette forhold så kritikkverdig at hun har fremmet en klage for rådet for legeetikk. Hun sier bl.a.: «Jeg synes det er etisk helt uforsvarlig å foreta undersøkelser av en kvinne som innebærer avkledding uten at andre medarbeidere er på kontoret eller på tilgrensende rom. En må ikke glemme at legen befinner seg i tillegg i en maktposisjon overfor pasientene.»

Fru A fremsetter også klage på legens faglige virksomhet. Slike klager faller imidlertid utenfor rådets virkeområde.

Innklagede lege bekrefter at han arbeider uten faglig/kontormessig assistanse. Han har sjelden behov for laboratorie- eller røntgenundersøkelser. I tilfellet henviser han til slike undersøkelser. Han tar hånd om alt kontormessig arbeid selv. Legen tar dels imot pasienter henvist fra primærlegene, dels fra trygdekontor/forsikringselskap. I økende grad har hans virksomhet tatt karakter av sakkyndigvirksomhet.

Innklagede lege konstaterer at den kvinnelige pasienten ikke har hevdet at han har opptrådt upassende overfor henne. Han beklager imidlertid at hun synes å ha «oppfattet situasjonen å skulle undersøkes av mannlig lege uten annet helsepersonell til stede som truende».

Rådet **vedtok** å uttale:

I den aktuelle klagesak er ingen av de etiske regler overtrådt.

Rådet vil imidlertid anbefale at pasienter ved timebestilling gjøres oppmerksom på at den aktuelle praksis drives uten hjelpepersonell og at pasienter er velkommen til å ta med pårørende eller annen ledsager dersom det anses ønskelig. En slik informasjon vil utover det å tjene pasientene også beskytte legen selv mot klagesaker som den aktuelle.

3.5 Klage på pasientbehandling

Herr A har innklaget en øyelege B for rådet. Sakens bakgrunn er følgende:

Etter et sykehusopphold på grunn av en hjerneblødning oppsøkte klager øyelege B. Ved dette besøk hevder herr A å ha bedt om en vurdering av synet med henblikk på eventuell bilkjøring. Han hevder at «vurderingen skulle være til hjelp for sin fastlege «som skulle avgjøre fornyelse av førerkort».

Klager hevder videre at øyelege B skal ha meddelt ham at han ikke kunne kjøre bil. Dette skal ha blitt gjort med «høy og ubehersket stemme». Klager hevder at ethvert forsøk fra ham på å forklare hva henvendelsen hans egentlig dreide seg om, bare «ble avbrutt av hennes enetale».

Herr A oppsummerer klagen slik: «Min anklage mot øyelegen går ut på at vedkommende opptrådte svært uhøflig og på alle måter hensynsløst og sterkt i strid med den oppførsel man forventer av en lege. B har også blandet seg inn i en avgjørelse legen ikke hadde noe med. Hele oppførselen kom som et sjokk på meg da vi før min sykdom hadde bra lege-pasient-forhold. Sjøkket ble heller ikke mindre da jeg senere brakte i erfaring at B – uten å underrette meg eller min fastlege – hadde skrevet til fylkeslegen at jeg ikke oppfylte lovens krav mht. syns- evnen.»

Innklagede lege bekrefter å ha hatt herr A som pasient i flere år. Ved den legekonsultasjon som er påklaget hevder legen, etter å ha undersøkt herr A, å ha meddelt ham «at bilkjøring ikke lenger var tillatt». Lege B hevder videre å ha meddelt å ville sende melding om dette til fylkeslegen. Lege B oppfattet at meldingen kom som et sjokk på pasienten og hevder at denne ble «fortvilet og rasende på meg».

Legen avviser å ha opptrådt på en uhøflig måte. Innklagede lege B fremhever derimot å ha hatt en forpliktelse til å sende melding til fylkeslegen om at pasienten ikke lenger fylte de medisinske krav til å ha førerkort.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet mottar ikke sjelden saker som denne og hvor selve problemstillingen knytter seg til kommunikasjonen mellom lege og pasient. Kommunikasjon er en vanskelig kunst og det kan lett skjære seg også i et lege-pasient-forhold.

Når en klagesak for rådet knyttes til temaet 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 klart standpunkt. Rådet må konstatere at påstand står mot påstand.

I den aktuelle sak har imidlertid legen stått overfor en situasjon som faglig-medisinsk er bedømt slik at pasienten ikke lenger oppfylte de helsemessige krav til å kjøre bil. Dette har hun meddelt fylkeslegen.

Legens handlemåte i denne sammenheng kan ikke kritiseres. Det vises til etiske

regler for leger, kapittel I, § 4, siste punktum, som sier: «Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens underforståtte eller uttrykte samtykke eller i lov.»

Lov om helsepersonell pålegger i slike tilfeller at det gis melding til offentlig myndighet etter nærmere regler fastsatt av departementet.

3.6 Klage vedrørende honorar/takst- bruk hos allmennpraktiserende lege

Lege A har innlevert en klage på kollega B for dennes takstbruk.

Klager hevder at innklagede lege B har krevd en pasient «for innringing av resept kr 500». Klager fremhever at den aktuelle pasient er dement.

Klager gjør oppmerksom på at innklagede lege ikke er fastlege og derfor «må ha et noe høyere honorar enn de 40 kronene fastlegene tar». Klager finner imidlertid at honoraret er urimelig høyt.

Innklagede lege B opplyser at hun har hatt vedkommende pasient i lang tid, og hun hevder at pasienten er kjent med hennes takster.

Innklagede lege opplyser at en pasient ved uteblitt time som ikke er avbestilt innen 24 timer, blir belastet med en regning på kr 300 «for ubenyttet time og utlegg til regnskapskontoret Intrum.»

Innklagede lege opplyser videre at hennes takst for tilfaksing av resept er kr 200.

Legen hevder at pasienten har mottatt resept som ikke er blitt belastet henne. Giroen på kr 500 skal ha bakgrunn i at pasienten i løpet av en periode ikke hadde møtt til tre forskjellige bestilte timer.

Rådet **vedtok** å uttale:

Uten å ta standpunkt til om de beløp som innklagede lege krever for forskjellige tjenester/ikke benyttede tjenester er urimelige, vil rådet vise til etiske regler for leger, kapittel I, § 8. Det heter her: «En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer.»

Innklagede lege var oppmerksom på at pasienten led av senil demens og hadde også forsøkt å minne henne om timeavtaler samme dag. I slike situasjoner der avtaler åpenbart blir glemt som følge av pasientens sykdom, mener rådet at legen må forsøke å alliere seg med nære pårørende, hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller andre aktuelle for å bistå pasienten med å overholde avtaler i stedet for nærmest å fakturere ubenyttede timer fortløpende.»

For øvrig bemerkes at den aktuelle faktura ikke synes å angi hva det kreves betaling for. Dette må forutsettes å skulle angis i rubrikken: «Beløpet gjelder».

3.7 Klage – vedrørende honorarkrav

Lege B har utstedt en faktura på kr 6 500 til et advokatfirma i forbindelse med at legen

har oversendt en spesialisterklæring til firmaet.

Etter at legen har purret på betaling skriver advokatfirmaet et brev med diverse vedlegg til legen og hvor legens honorarkrav avvises.

Hele ekspedisjonen til legen blir sendt rådet for legeetikk i «kopi til orientering». I advokatfirmaets brev til legen uttrykkes bl.a. at saken er sendt «Legeforeningen med et krav om disiplinærforføylelse, idet jeg (adv. ...) ber om at saken behandles som en klage».

To dager etter datering for advokatfirmaets oversendelse av saken til rådet skriver legen et svarbrev til advokatfirmaet med kopi til rådet. I brevet fremføres en beklagelse over at advokatfirmaet ble fakturert for omtalte spesialisterklæring. Det hevdes at legen har misforstått hva han ble bedt om, og legen meddeler advokatfirmaet at fakturaen annulleres. På denne bakgrunn antok rådets sekretariat at det ikke var grunnlag for videre behandling av saken.

Advokatfirmaet retter imidlertid en ny henvendelse til rådet for legeetikk. Sakens innhold blir ytterligere presisert. Rådet tar saken opp til behandling som ordinær klagesak. Uttalelse fra innklagede lege innhentes.

Rådet **vedtok** å uttale:

NN har vært utsatt for en arbeidsulykke. I den forbindelse er det søkt om ménerstatning. Vedkommende trygdekontor retter henvendelse til sykehus ... og ber om spesialisterklæring. I brevet spesifiseres bl.a. hva en spesialisterklæring forutsettes å inneholde. Legeerklæringen og regning bes sendt til trygdekontoret.

NN er klient hos advokatfirmaet.

NNs situasjon ble vurdert av lege B. Legen opplyser at grunnlaget for hans spesialistundersøkelse bygger på: pasientjournal fra ... sykehus

- pasientjournal fra ... sykehus
- pasientjournal fra ... sykehus
- trygdedokumenter
- egen undersøkelse
- pasientens egenerklæring

NN ber i forbindelse med møte med legen om at denne sender en kopi av spesialisterklæringen til det advokatfirmaet som representerte ham.

Advokatfirmaet mottar spesialisterklæringen. Den skiller seg fra den erklæring som er levert trygdekontoret utelukkende ved at adressatens navn nå er rettet fra vedkommende trygdekontor til vedkommende advokatfirma.

Advokatfirmaet avviser å betale legens honorarkrav dels med den begrunnelse at det aldri har bedt om noen spesialisterklæring fra legen, dels med den begrunnelse at den erklæring firmaet har fått, er en ren kopi av legens spesialisterklæring til trygdekontoret. For erklæringen til trygdekontoret hadde legen mottatt kr 2 800.

Lege B har annullert fakturaen overfor advokatfirmaet. Han hevder imidlertid at han «utførte et merarbeid tross at erklæringene er like».

Rådet kan ikke se at det var grunnlag for innklagede lege B til å misforstå hva han ble bedt om å oversende NNs advokatfirma, nemlig kopi av den erklæring som var sendt trygdekontoret.

De to legeerklæringer som er fremlagt for rådet er innholdsmessig helt identiske. Innklagede lege har ikke fremlagt noen erklæring han eventuelt skulle ha skrevet tidligere og sendt trygden, avvikende fra de to fremlagte.

Rådet finner etter dette at det er fremsatt et uberettiget honorarkrav overfor advokatfirmaet. Dette honorarkrav ville kunne ha blitt belastet klienten (pasienten).

Rådet finner at innklagede lege B har brutt etiske regler for leger, kapittel I, § 8, som lyder: «En lege skal i sin virksomhet ta hensyn til pasientens økonomi og ikke beregne seg urimelige honorarer.»

Det honorarkrav som i et slikt tilfelle kunne vært fremsatt, skal ha til hensikt å dekke omkostningene ved utferdigelsen og oversendelsen av et kopimateriale. Rådet finner å måtte tildele lege B en reprimande.

4 Tvister mellom leger

4.1 Tilbakedatering av sykmelding

Lege A har en kvinnelig pasient som har vært innlagt på ... sykehus. Derfra fikk pasienten en sykmelding for en 14 dagers periode. Pasienten fikk beskjed om å henvende seg til sin faste lege A dersom det oppsto behov for videre sykmelding. Pasienten gikk imidlertid på arbeid etter utløpet av den 14 dagers lange sykmeldingsperioden.

Etter å ha vært i arbeid ca. 14 dager får pasienten beskjed om at hun vil bli oppsagt.

Pasienten kontakter sin fastlege A som fant grunnlag for å utferdige sykmelding.

Pasienten anmoder etter dette både sin fastlege og ... sykehus om å utvirke «at disse to sykmeldingene kan gjøres til en enhet slik at jeg kan komme i den situasjon at jeg var sykmeldt da jeg ble oppsagt og oppsigelsen må bli ugyldig». Lege A avslår å imøtekomme dette ønske fra pasienten.

Et par dager senere får imidlertid lege A en henvendelse fra ... sykehus hvor det bes om at fastlegen «kan løse pasientens problemer med sykmeldingen».

Lege A ber etter dette om rådets vurdering.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet ser av sakens dokumenter at lege As brev til rådet er sendt i kopi til vedkommende avdeling av ... sykehus. Rådet ser videre at ... sykehus umiddelbart etter å ha mottatt kopien av brevet fra lege A, svarer denne med kopi til rådet.

Rådet har notert seg at det av ... sykehus' svar til lege A fremgår at sykehuset har

ment å ville påpeke sin prinsipielle holdning til det å sykmelde, nemlig at sykehuset «bare sykmelder pasienten under sykehusopphold, og for den perioden fremover som anses nødvendig for videre sykmelding, vurdert under oppholdet. Standpunkt til eventuell videre sykmelding etter dette må tas av pasientens fastlege eller annen lege som behandler pasienten».

Rådet har videre notert seg at sykehuset «på det sterkeste» beklager utformingen av den første tilbakemeldingen til lege A og det innrømmer at tilbakemeldingen var tvetydig og kunne misforstås.

Rådet tar til etterretning sykehusets beklagelse.

Rådet finner lege As umiddelbare og kompromissløse avvisning av pasientens anmodning helt korrekt og prisverdig.

Saken er særskilt omtalt i Tidsskriftet nr. 29/2002, s. 2817.

4.2 Klage på legeinformasjon/reklame

To fastleger har utarbeidet en informasjonsfolder om sin nye tolegepraksis. Folderen beskriver bl.a. hvem som kan bruke kontoret, hvem som arbeider der (leger/helsepersonell) og den eksemplifiserer hvilke tjenester som bl.a. kan ytes, samt beskriver hvor en finner praksisen lokalisert.

Vedkommende allmennlegeutvalg har forelagt folderen for rådet med anmodning om en vurdering. Allmennlegeutvalget skriver bl.a. i sin henvendelse til rådet:

«Denne (informasjonsfolderen) er sendt ut til samtlige husstander i kommunen, samt delt ut på bl.a. helsestasjon etc. i den klare hensikt å få pasienter til å skifte fastlege til eget legekontor.

Styret og medlemsmøtet i ... ALU finner dette svært uheldig og ser faren for at en slik praksis lett vil føre til en «markedsføringskrig» mellom de enkelte legekontorene i kommunen, ofte sponset av legemiddelfirmaer, slik som i dette tilfelle. En slik utvikling vil spesielt være en reell fare i kommuner der det er overskudd på listeplasser hos allmennlegene.»

Når allmennlegeutvalget også trekker frem at folderen er sponset, har det sammenheng med at den inneholder en annonse fra ... Partene har hver gitt ut uttalelser for rådet.

I den siste uttalelsen fra allmennlegeutvalget problematiseres særlig forholdet mellom legers informasjon av egen virksomhet og den nye fastlegeordningen. Det hevdes bl.a. at etikkreglene «ikke direkte omtaler den nye problemstillingen med hensyn til markedsføring av egen praksis i FLO, der man har et per capitatilskudd som basis for fastlegetilskuddet».

Allmennlegeutvalget gjør også gjeldende at de to leger ved sin informasjonsfolder opptrer «ukollegialt og i strid med de vedtak som er fattet av allmennlegene i kommunen».

De to innklagede leger gjør gjeldende at de ved utformingen av folderen har forholdt seg til etikkreglene.

Rådet **vedtok** å uttale:

Denne sak dreier seg om hvorvidt de to legene har overtrådt etiske regler for leger, kapittel III, ved sin omtalte informasjonsbrosjyre.

Kapittel III i etikkreglene er benevnt «Avertisement og annen informasjon om legetjenester». Kapittelet setter regler for hvordan medlemmer av Legeforeningen har anledning til å markedsføre sine tjenester. Det vises i denne sammenheng spesielt til § 1.

Etikkreglene på dette felt er ikke endret som følge av innføringen av fastlegeordningen. De gir således fastlegene de samme rettigheter og plikter med hensyn til avertisement og annen informasjon om legetjenester som allmennlegene hadde før innføringen av fastlegeordningen.

Rådet finner ikke at den omtalte informasjonsfolder er i strid med etiske regler for leger, kapittel III, § 1.

Informasjonsfolderen bryter imidlertid med annen bestemmelse i det samme kapittel av etikkreglene ved at den har tatt opp i seg en reklameannonse. Det vises til etikkreglenes kapittel II, § 5, som sier: «En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler.»

Rådet forutsetter at reklamen for fremtiden fjernes fra informasjonsfolderen.

I klagen tas også opp forhold som ikke er knyttet til rådets forvaltning av etiske regler for leger. Det siktes til den problemstilling som reises rundt et allmennlegeutvalgs virksomhet. Vurdering av om regler rundt et allmennlegeutvalgs virksomhet i en kommune er etterlevd eller ikke, ligger imidlertid utenfor rådets virkeområde.

4.3 Klage på lege

En psykiater A har innlevert en klage på psykiaterkollega B på grunnlag av utsagn sistnevnte skal ha kommet med overfor en pasient av A.

Sakens bakgrunn er følgende:

En pasient hos A har på begjæring av et politidistrikt blitt prejudisielt observert av psykiater B. Pasienten hadde bl.a. et alkoholproblem.

Klager hevder at B under møtet med pasienten har uttrykt seg slik at denne ble utrygg og usikker og slik at klager har følt seg utsatt for ukollegial atferd. Klager viser i denne forbindelse til etiske regler for leger, kapittel I, § 2, og kapittel II, § 4.

Utgangspunktet for klagen opplyser A å være følgende utsagn til hans pasient etter at innklagede lege B var blitt informert om at A hadde vært pasientens behandlende lege og psykoterapeut siden 1997: «Ja vel, men han har jo et allment kjent alkoholproblem. Har du valgt ham som terapeut fordi du identifiserer deg med hans alkoholproblemer?»

Klager hevder at pasienten har redegjort for dette utsagn overfor ham gjennom en telefonsamtale. Klager fremhever videre at pasienten senere har bekreftet dette utsagn «gjennom sin klage til fylkeslegen».

Innklagede lege henviser i sin uttalelse for rådet til at fylkeslegens behandling av saken har fått som resultat at det ikke ble funnet grunnlag for å reise kritikk mot ham. Dette er ikke avgjørende for rådet for dets vurdering av saken.

Innklagede lege uttaler bl.a. videre i sin uttalelse til rådet: «Jeg verken har eller har hatt noen intensjon om å kompromittere kollega A og har heller ikke hatt noe grunnlag for å gjøre det. Heller ikke ellers har jeg eller har hatt noe grunnlag eller intensjon om å devaluere A. I den aktuelle saken er referansen As egne uttalelser vedrørende sin helse og alkoholproblem.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet tar til etterretning at innklagede lege B i begge sine to uttalelser overfor rådet presiserer at han ikke har hatt noen intensjon om å kompromittere kollega A. Til tross for denne presisering kan rådet ikke i noen av de to uttalelser eksplisitt finne uttrykk at innklagede lege benekter å ha kommet med den uttalelse som A har klaget over.

Rådet finner etter dette å måtte legge til grunn at den innklagede uttalelse er fremført. Rådet beklager dette.

4.4 «Ad søknad om fritak fra legevakt»

Allment praktiserende lege A har henvendt seg til rådet med klage på en kommunelege B. Klagen har bakgrunn i kommuneoverlegens avslag på lege As søknad om fritak for deltakelse i legevakt. Klager uttrykker seg bl.a. som følger i sin henvendelse:

«På grunn av kommuneoverleges holdning/svar på søknad, samt hans neglisjering av en spesialisterklæring, og tydelig bagatellisering av bakgrunn for denne fritaks-søknaden, ser jeg det nødvendig å oversende denne saken til Rådet for legeetikk i Den norske lægeforening for en vurdering i forhold til etiske regler for leger».

Saken har forut for klagen vært behandlet av Legeforeningens sekretariat som har gitt en uttalelse til vedkommende kommune. Det heter bl.a. i uttalelsen at «Legeforeningen anser at vedtaket i denne saken om ikke å innvilge fritak er spesielt fordi det i realiteten tilsidesetter en spesialisterklæring som helt spesifikt konkluderer med at det er gjenopptagelse av selve legevaktarbeidet som er utilrådelig».

Legeforeningen ber om at kommunen vurderer søknaden på nytt.

Rådet **vedtok** å avgi slik generell uttalelse til lege A:

Saken angår prinsipielt en klage over en kommuneoverleges tjenestemessige utøvelse av sin funksjon som ansvarlig for organisering av den kommunale legevakt.

Denne type klager på utøvelse av arbeidsgiverrollen faller utenfor rådet for legeetikks virkeområde. Slike klager må i tilfellet forelegges vedkommende leges

administrative overordnede, i dette tilfellet rådmannen.

Rådet har notert seg at Legeforeningen har vurdert saken tidligere og bedt kommunen vurdere klagers søknad om fritak for legevakt deltakelse på nytt. Grunnlaget synes i det vesentligste å være en påstand om at kommuneoverlegen skal ha tilsidesatt en spesialisterklæring. Dersom påstanden er riktig, innebærer imidlertid dette ikke i seg selv noe brudd på etiske regler for leger. Det kommuneoverlegen i tilfellet har gjort er å foreta en medisinsk-faglig vurdering som i dette tilfellet ikke har falt ut til klagers gunst. Klager over legers medisinsk-faglige virksomhet faller imidlertid også utenfor rådet for legeetikks virkeområde.

5 Spesielle saker

5.1 Overgrep og grenseoverskridelser i behandlingssituasjoner

Under ovennevnte heading har et advokatfirma henvendt seg likelydende til Norsk Psykologforening og Den norske lægeforening.

Legeforeningen har oversendt saken til behandling av Rådet for legeetikk.

I brevet fra advokatfirmaet omtales en klagesak som har vært behandlet av Statens helsetilsyn, «grunnet opplevde seksualiserte overgrep og grenseoverskridelser i behandlingssituasjoner».

Sakene opplyses å ligge langt tilbake i tid og Helsetilsynet skal ikke ha funnet grunnlag for å ilegge vedkommende lege noen formell reaksjon.

Advokatfirmaet skriver så videre: «Etter hvert som saken har versert, har man fått klarhet i at en rekke fagpersoner i det aktuelle fylket, praktiserende leger så vel som psykologer, har kjent til at den aktuelle legens praksis har vært beheftet med angjeldende type grenseoverskridelser, og at det gjennom årene har vært snakket om dette i fagmiljøene».

På denne bakgrunn ber advokatfirmaet om «en redegjørelse for hvordan utøvere av de aktuelle profesjonene er forventet å forholde seg til slik informasjon, og i hvilken grad dette er utfordringer som tas seriøst av profesjonenes foreninger».

Rådet **vedtok** å uttale:

Den norske lægeforening har gjennom etiske regler for leger fokusert på den problemstilling som advokatfirmaets henvendelse reiser.

I etiske regler for leger, kapittel II, § 2, står følgende: «Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning. Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativt overordnet, Dnlf's organer eller vedkommende helsemyndighet.»

Selv om Legeforeningen har bestemmelser i etikkreglene som pålegger foreningens medlemmer et engasjement overfor kolleger som viser «tegn til faglig eller etisk svikt», må det erkjennes at det kan oppleves som vanskelig å reagere hvis en utelukende har en mistanke å bygge på. Den siterte bestemmelse bruker da heller ikke begrepet «mistanke», men derimot begrepet «oppdager».

Etiske regler for leger følger denne uttalelse.

5.2 Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne

Denne sak er første gang behandlet av rådet for legeetikk i forrige periode. Saken er omtalt i rådets beretning pkt. 5.9, gjengitt i Tidsskriftet nr. 28/2002.

Etter at rådets uttalelse er blitt bekjentgjort, er det kommet noen reaksjoner. To eksempler på slike har vært forelagt rådet. Det ene var et innlegg som ville bli tatt inn i Legeforeningens tidsskrift. Tidsskriftet hadde meddelt rådet anledning til å kommentere innlegget. Det andre eksempelet var en henvendelse fra ..., bl.a. til rådet for legeetikk.

Rådet **vedtok** å be Legeforeningens tidsskrift innta følgende utfyllende kommentar fra rådet for legeetikk til dets foran omtalte uttalelse:

Rådet for legeetikk har i sitt siste møte drøftet de reaksjonene som har kommet etter rådets uttalelse om rekonstruksjon av jomfruhinner (1–3). Rådet hadde prinsipielle motforestillinger mot at kulturelle problemer skal løses ved hjelp av et medisinsk inngrep (1). Mange har vært uenig i dette. Dagbladet har på lederplass gått inn for at denne virksomheten bør finansieres innenfor den offentlige helsetjenesten (4). I den offentlige debatten har det også vært hevdet at denne typen inngrep burde være et forebyggende tilbud til kvinner som giftes inn i kulturer der intakte jomfruhinner tillegges avgjørende vekt.

Det er grunn til å minne om at rådets drøfting av problemet var en følge av at Volvat medisinske senter ba om rådets synspunkt. Det er rådets oppgave å drøfte de prinsipielle etiske sidene ved medisinsk virksomhet. Rådet har tidligere uttalt seg prinsipielt mot omskjæring av guttebarn, også et kulturelt/religiøst begrunnet inngrep, som et tilbud innenfor den offentlige helsetjenesten (5).

I sin uttalelse om jomfruhinneplastikk tilkjennegir rådet at det ser at problemet med førekteskkelig seksuell debut i noen tilfeller kan medføre livsfare for en kvinne: «Rådet har ingen vanskeligheter med å akseptere at et slikt inngrep i enkelte sjeldne tilfeller utføres der det er overveiende sannsynlig at kvinnen er alvorlig truet...» (1). I slike tilfeller er det selvsagt at legens vurdering av muligheter for

å redde liv og helse må være etisk ledende. Rådet vil fastholde at det på sikt må være et mål at kvinner som tar preg av norsk kultur og levesett aksepteres og respekteres i kraft av eget selvstendige verd. Med sin prinsipielle uttalelse ønsker rådet å bidra til at kvinnene vil oppnå den respekt og selvstendighet som oppfattes som en selvfølge i vårt samfunn. At dette er en langsom og omfattende prosess er selvsagt. Videre vil rådet fastholde at jomfruhinneplastikk er å sammenlikne med annen form for kosmetisk kirurgi.

Litteratur:

1. Førde R. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1709.
2. Dalaker K, Loennecken C. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1820.
3. Renaa B-H. Kulturell kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2041.
4. Jomfru i nød. Dagbladet (leder), 17.7. 2002.
5. Gulbrandsen P. Rituell omskjæring av guttebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2994.

5.3 Intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon?

Rådet for legeetikk har fått en henvendelse fra en overlege ved et større norsk sykehus. Han bad rådet, på generelt grunnlag, vurdere om det er etisk forsvarlig å starte intensivbehandling av en håpløst syk pasient, kun med det formål å preservere organer for donasjon.

Henvendelsen hadde bakgrunn i følgende hendelse: En tidligere frisk 80-åring blir innlagt på sykehus etter å ha blitt funnet bevisstløs hjemme. Han er dypt komatøs og reagerer kun med strekkebevegelser på smertestimuli. Han har frie luftveier ved hjelp av svelgtube og puster selv. Cerebral CT viser en massiv hjerneblødning. Nevrokirurgene utelukker kirurgisk behandling og mener at pasienten ikke vil overleve.

Nevrokirurgier orienterer nærmeste pårørende om den håpløse situasjonen og spør samtidig om hvordan de stiller seg til organ-donasjon dersom situasjonen som forventet ytterligere forverrer seg og blodsirkulasjonen til hjernen opphører.

Pårørende samtykker til donasjon. Pasienten overflyttes til Intensivavdelingen til tross for kapasitetsproblemer der. Etter et par timer må han intuberes, og respiratorbehandling startes. Etter ytterligere noen timer viser angiografi opphevet intrakraniell sirkulasjon, og organuttak (nyrer) blir gjennomført.

På bakgrunn av denne sykehistorien reiste overlegen følgende problemstillinger:

- Er det fullt ut etisk forsvarlig å starte omfattende behandlingstiltak hos en håpløst syk pasient alene for det formål at vedkommende eventuelt senere skal kunne avgi organer?
- Er det i den anledning prinsipiell forskjell på hvorvidt pasienten er 80 år (hvor i realiteten bare nyre kunne være aktuelle) eller 20 år (hvor også hjerte, lunger,

lever og pancreas kunne være aktuelle)?

- Anbefaler rådet en fremgangsmåte der pårørende, som her, forholdes mulighet for utvikling i retning organonasjon på et tidspunkt der en komatøs pasient fortsatt har adekvat egen respirasjon og sirkulasjon?

Overlegen finner ingen klar hjelp til å besvare disse spørsmål verken i Ethiske regler for leger, Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. av 9/2 nr. 6/1973 eller i Lov om pasientrettinger av 2/7 nr. 63/1999.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil presisere at det kun har vurdert medisinsk etiske sider av saken. Transplantasjon med organer fra denne typen pasienter gjøres noen steder i utlandet. Virksomheten er sett på som kontroversiell både i juridiske og medisinske miljøer.

Gode rutiner rundt organonasjon er avgjørende for at organonasjon aksepteres i befolkningen. Organmangelen er prekær i Norge, og for tiden er det stadig flere pårørende som motsetter seg organonasjon. Det er viktig å være på vakt overfor en praksis som kan gi mistanke om at en potensiell organonor blir behandlet bare som et middel, og ikke et mål i seg selv. Mistillit vil kunne skapes dersom folk opplever en utglidning i retning av en mindre etisk og følelsesmessig akseptabel praksis. Det er særlig viktig at de pårørendes følelser blir ivaretatt på en god måte. Mye tyder på at praksisen i Norge kan bedres på dette feltet.

Den aktuelle situasjonen skissert ovenfor skiller seg fra tradisjonell organonasjon på flere punkter:

- Ved tradisjonell organonasjon startes intensivbehandlingen fordi en har håp om å redde pasienten. Dersom dette likevel ikke lykkes og pasienten dør, kan organer hentes ut, dersom helt bestemte forutsetninger er oppfylt. I noen tilfeller kan tradisjonelle organonorere få en forlenget medisinsk behandling i påvente av at organer hentes ut.
- I den skisserte situasjon startes intensivbehandling kun for å bevare organer for donasjon. Da brytes prinsippet om at mennesket skal behandles ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv.
- Ved all organonasjon vil de pårørende miste samværet med den døde når hjerteslagene opphører, et øyeblikk de fleste opplever som dødsøyeblikket. Selve dødsprosessen og hva som skjer rundt den døde/døende har ofte følelsesmessig stor betydning for de etterlatte. De tradisjonelle organonorere gjennomgår allerede en teknologisk behandling. Pasienter som dør av en omfattende hjerneblødning, vil normalt dø uten teknisk intervensjon. Dersom intensivbehandling startes hos disse, blir en ellers normal dødsprosess teknifisert.
- Det er vel kjent at prognostikk kan være

vanskelig i akuttmedisinske situasjoner, også ved bruk av de mest avanserte diagnostiske metoder. Når pasienter som har gjennomgått en svær hjerneblødning, respiratorbehandles for potensielt å avgi organer, kan det ikke utelukkes at enkelte ikke dør. I noen tilfeller vil pasienten kunne ha egenrespirasjon når respiratoren etter en tid kobles fra. Dette kan være en opprivende opplevelse for de pårørende, og det kan forsterke motstanden mot organonasjon generelt.

Tross disse innvendingene vil rådet likevel presisere at den store organmangel gjør at sterke nyttehensyn taler for at det i enkelte unntakstilfeller kan være etisk forsvarlig å starte intensivbehandling av en håpløst syk pasient kun for å bevare organer for senere eventuell donasjon. Dersom en pasient eksplisitt har tilkjennegitt at han eller hun er positiv til at egne organer brukes i en slik situasjon, finner rådet at virksomheten er etisk akseptabel.

Flere betingelser må i så fall være oppfylt:

Det må med meget høy grad av sikkerhet kunne sies at pasienten uansett behandling, vil dø i løpet av kort tid (1–2 døgn) etter at intensivbehandling er startet.

Det må være de pårørende som tar opp temaet, og bringer opplysninger om pasientens beslutning om å avgi organer videre til behandlingsapparatet. I tillegg må ikke pasientens nærmeste pårørende motsette seg transplantasjon. Det er viktig å sikre at pårørende forstår hvorfor intensivbehandlingen startes. De må også på best mulig måte få anledning til å ta avskjed med den døende med de ritualene og rammene de ønsker og føler naturlig. Dette gjelder for øvrig all transplantasjonsvirksomhet og kan være et bidrag til at flere føler det naturlig å donere organer.

Pasienten må ikke utsettes for lidelse eller ubehag i forbindelse med intensivbehandlingen.

Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan rådet ikke se at det er noen prinsipiell forskjell på om pasienten er 80 år (og kan avgi få organer) eller 20 år (og kan avgi flere organer). Rådet kan heller ikke se at de ressursene som brukes i disse unntakstilfellene, skal være avgjørende i spørsmålet.

Ett av rådets medlemmer dissenterer på ett punkt, idet vedkommende mener at pårørende i slike situasjoner kan spørres om organonasjon uten at temaet har vært tatt opp av pårørende selv.

Foranstående uttalelse blir å gjøre kjent for vedkommende overlege. Videre sendes uttalen til Tidsskriftet med anmodning om publisering.

5.4 Kvinnelige pasienters ønske om kvinnelig radiolog/radiograf til undersøkelsen

Fra et privat institutt forelå en anmodning til rådet om å vurdere hvorledes instituttet

burde forholde seg til kvinnelige pasienters ønske om å få en kvinnelig radiolog eller radiograf til undersøkelsen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet er klar over at en rekke institusjoner blir stilt overfor den problemstilling som er reist. Rådet er også klar over at denne type ønsker ikke alltid er like lette å imøtekomme.

Rådet vil allikevel anbefale enhver institusjon som står overfor problemstillingen å forsøke å imøtekomme den enkelte pasients ønske, så sant dette er praktisk gjennomførbart.

Rådet forutsetter at den enkelte pasient som har et ønske om kvinnelig radiolog/radiograf, gis mulighet til å varsle dette ved bestilling av time. Hvis dette er gjort, må pasienten gis anledning til å trekke seg fra undersøkelsen dersom anmodningen ikke kan etterkommes.

5.5 Ønske om vurdering av etiske aspekter i klagesak

Denne sak er fremmet for rådet av et pasientombud etter anmodning av en pasients pårørende. Pasienten hadde hatt påvist kreft siden april 1999 og ble behandlet ved ... sentralsykehus. Pasienten døde på sykehuset i september 1999.

Saken hadde vært behandlet av vedkommende fylkeslege på grunnlag av en klage fra avdødes pårørende, fremsatt via pasientombudet. Av klagen til fylkeslegen fremgår at de pårørende har stilt seg kritiske til at det ikke skal ha bli gitt tilstrekkelig lindrende behandling da pasienten var døende. De pårørende skal også ha stilt seg kritiske til den faglige uenighet de opplevde på kirurgisk avdeling.

Fylkeslegen konkluderer sin klagesaksbehandling med at det ikke er påvist uforvarlighet ved den avgjørelsen avdelingsoverlegen fattet i en nærmere angitt periode, eller ved rutine for medisinske beslutninger ved sykehusets kirurgiske avdeling. Fylkeslegen påpeker imidlertid at pasientens journal er mangelfullt ført. Dette anser fylkeslegen som en systemfeil og at det således ikke gav grunnlag for å følge saken opp overfor involverte leger.

I fylkeslegens avgjørelsesbrev uttaler denne for øvrig: «Fylkeslegen tar i utgangspunktet ikke stilling til den etiske vurderingen som ligger til grunn for beslutningen. Fylkeslegen vurderer forsvarligheten i behandlingen og om helseovgivningen er etterlevd. Ethiske vurderinger ligger utenfor vårt myndighetsområde, i den grad de ikke inngår i en forsvarlighetsvurdering.»

Under henvisning til den siterte uttalelse fra fylkeslegen har pasientens etterlatte gjennom pasientombudet bedt rådet vurdere sakens etiske aspekter.

Rådet **vedtok** å uttale:

På bakgrunn av den grundige gjennomgang av sakens faktiske sider som er gjort

gjennom fylkeslegens behandling, finner rådet ikke grunnlag for å foreta ytterligere innhenting av uttalelser fra involverte parter.

Rådet må konstatere at selve klagegrunnlaget prinsipielt hviler på de pårørendes opplevelser av at det hersket en faglig uenighet om behandlingen av den syke.

Sykehusets klinikkssjef sier til dette prinsipielle spørsmål i sin uttalelse til fylkeslegen: «Når jeg ser på saken i ettertid, er jeg selvfølgelig ikke uenig i at pasienten kunne hatt glede av en tidligere drenering av galleveiene i lindrende øyemed, men dette på bakgrunn av informasjon som vedkommende overlege ikke satt med da beslutningen ble tatt».

Rådet for legeetikk har ikke som oppgave å vurdere legers medisinsk-faglige virksomhet og kan således heller ikke gå inn i spørsmål knyttet til medisinsk-faglige vurderinger eller om et medisinsk-faglig kunnskapsnivå i et gitt tilfelle ikke har holdt mål. Denne vurdering gjøres av fylkeslege og er i den konkrete sak gjort.

For rådet er det ikke mulig i en sak som den forelagte, å gjøre en rendyrket etisk vurdering av den beslutning som særlig er kritisert av pasientens pårørende – nemlig ikke å gjøre en stenting av galleveiene på et tidligere stadium enn gjort – idet etikken i problemstillingen er knyttet opp mot det faglige spørsmål det synes å ha vært uenighet om hvordan skulle håndteres.

Måten medisinske beslutninger fremføres på overfor pasienter og pårørende er imidlertid meget vesentlig og kan gi grunnlag for kritikk ut fra en etisk vurdering. Det at slike beslutninger enkelte ganger kan virke belastende, er dog i seg selv ikke nødvendigvis ensbetydende med at fremføringsmåten har vært kritikkverdige.

5.6 Respiratorpasienter i sykehjem

En tilsynslege ved et sykehjem har for rådet beskrevet en pasient med ALS som har vært respiratorbehandlet i mange år. De første årene satt hun i rullestol og fungerte ganske bra. De siste årene har hun ikke gitt noen form for kontakt, ikke en gang bevegelse av øyelokkene, og de vet ikke om hun hører hva de sier. Legen og personalet føler at «hun er en kropp som holdes i live ved sondeernæring og respirator». Situasjonen oppleves som uverdige, og de er i tvil om det er etisk riktig å fortsette den livsoppholdende behandlingen. Legen stilte følgende spørsmål til rådet:

- Er det riktig overfor henne å holde henne i live når livskvaliteten er så nær null som dette?
- Er det riktig overfor befolkningen, som har behov for helsetjenester, å bruke så mye ressurser på denne ene pasienten?
- Er det mulig å stoppe sondeernæringen eller å slå av respiratoren med en faglig og etisk begrunnelse som holder?

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet mener at livsoppholdende behandlingsmåter som hjemmerespirator og kunstig ernæring, ikke bare kan forlenge livet, men også i en periode gi en bedre livskvalitet ved mange alvorlige kroniske og progressive sykdommer. Teknikkene er dessuten så enkle at de kan benyttes på et relativt lavt behandlingsnivå.

Ved progressive sykdommer vil en imidlertid uvegerlig komme til et punkt da en må vurdere berettigelsen av fortsatt å opprettholde livet på kunstig måte. Dette eksemplet gir en god illustrasjon på hvor vanskelig en slik situasjon kan bli. Ved sykdommer som ALS, kan problemet oppleves som spesielt vanskelig fordi kognitive hjernefunksjoner og opplevelse av smerte og ubehag kan være bevart selv om evnen til kommunikasjon har forsvunnet.

Rådet vil peke på at den legen som har ansvar for å iverksette respiratorbehandling ved en progressiv sykdom, så langt som overhodet mulig må bestrebe seg på å avklare med pasienten hva som skal være kriterier for å avslutte livsoppholdende behandling. Dette er en prosess som setter krav til kompetanse om sykdommen og behandlingsmåten, og pasienten må ha tid og mulighet for å konsultere andre, for eksempel annet helsepersonell og åndelige veiledere. Det er viktig å komme frem til klare kriterier, for eksempel at respiratorbehandling skal avsluttes når evnen til kommunikasjon forsvinner. Under det videre sykdomsforløpet må det være en avtale med pasienten om at beslutningen skal tas opp til ny diskusjon og bekreftelse med visse mellomrom. Avtalene må journalføres.

I den aktuelle situasjonen vil nok de fleste mene at fortsatt respiratorbehandling er hensiktsløs og kan påføre pasienten unødige lidelser, men all den tid det ikke foreligger noe samtykke i forhold til videre tiltak og pasienten ikke er hjernedød, vil beslutningene være vanskelige. Flere paragrafer i Kapittel I i Ethiske regler for leger kan gi en viss veiledning, men de kan tolkes i favør av så vel å avslutte som å fortsette behandling. Kapittel I, § 2 sier at «legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet». I denne situasjonen kan det bety at legen bør handle i samsvar med pasientens *antatte* ønske slik dette kan fremgå av journalnotater fra sykehjemmet eller andre behandlingsinstitusjoner, eller gjennom legers, annet helsepersonells eller nære pårørendes kjennskap til pasienten. Dersom det ikke er noen slik veiledning, mener rådet at livsoppholdende behandling bør kunne avsluttes dersom det foreligger bred enighet om at det må være i pasientens antatte interesse. I etiske regler Kapittel 1, § 5 er det slått fast at «Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp». Ansvarlig

lege har da det formelle ansvaret for beslutningen, men i denne prosessen bør det være enighet i behandlingsteamet. Om mulig bør det også være en åpen dialog med nære pårørende i beslutningsprosessene. Ved tvil bør det innhentes synspunkter fra bred medisinsk ekspertise og for eksempel fra den kliniske etikkkomité ved det sykehuset som kjenner pasienten fra tidligere. Rådet har tidligere uttalt at det er akseptabelt å stanse kunstig tilførsel av væske og ernæring med sonde hos pasienter som er varig komatøse på grunn av hjerneskade (Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1791–2). Hos denne pasienten, som må antas å ha bevart i alle fall mye av bevisstheten, vil avbryting av sondeernæring være lite aktuelt fordi det vil kunne medføre langvarig ubehag. Rådet mener imidlertid at det er forsvarlig å stanse ventilasjonsstøtten. På hvilken måte dette bør gjøres må avklares med leger som har høy kompetanse på området, for eksempel leger knyttet til et kompetansesenter for behandling med hjemmerespirator.

Med hensyn til om det er riktig å bruke så mye ressurser på en slik pasient vises det til rådets tidligere uttalelse i en liknende sak: «Rådet vil understreke at slike saker primært bør avgjøres på individualistisk grunnlag, uten at ressursituasjonen trekkes inn» (Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2672).

5.7 Er det etisk forsvarlig å slutte med sondeernæring – behandlingsavslutning som etisk dilemma i sykehjem

Sakens bakgrunn er følgende:

En tenåring fikk en alvorlig hjerneblødning. Hun ble operert ved en nevrokirurgisk avdeling. Både preoperativt og ved røntgenundersøkelser postoperativt ble det konstatert omfattende hjerneskade. Sykehuset startet med sondeernæring av pasienten og overflyttet henne til sentralsykehus, hvor hun var innlagt i åtte måneder. Pasienten ble deretter overflyttet til sitt lokale sykehjem. Her har hun vært siden. Klinisk har tilstanden vært uforandret i over 20 år. Hun puster selv, ernæres tre ganger daglig gjennom sonde, er inkontinent for urin og avføring og har regelmessig menstruasjon. Hun veksler mellom å være «våken» med åpne øyne og sove med lukkede øyne. I våken tilstand vandrer øynene fra side til side, hun gir ingen kontakt og responderer ikke på smertestimuli. Slik leger og pasientens pårørende opplever det, har pasienten ikke vært kontaktbar på noe tidspunkt. Hennes faste pleiere opplever dog at de får noe kontakt med henne og at hun har humørsvingninger, det vil si at hun kan være trist og lei en dag og glad den neste.

Pasientens foreldre og søsken har lenge ønsket at pasienten fikk dø. De uttrykker at situasjonen har vært en stor belastning.

I løpet av alle disse årene har hun vært svært lite syk, men 2–3 ganger fått antibiotikabehandling ved bronchopneumo-

nier. Når det etter samtale med pårørende har blitt besluttet at pasienten ikke skulle få behandling ved interkurrente infeksjoner, har tilfeldige leger som har kommet til, likevel gitt behandling. Dette har skapt frustrasjon for de pårørende.

En lege, som nå er ansatt ved sykehjemmet og som har fulgt pasienten i et år, ønsker problemet drøftet i rådet for legeetikk. Spesielt ønsker hun å drøfte om det kan forsvares moralsk å stanse næringstilførselen til pasienten. Hun har nylig drøftet dette spørsmålet med pasientens foreldre som reagerte med lettelse på at datteren snart kunne «få sovne inn». De betegner den dagen hun fikk hjerneblødning som «den dagen vår datter døde».

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet drøfter kun de etiske sidene av saken.

Rådet vil berømme legen for å ta initiativ til å få drøftet dette spørsmålet. Spørsmålet om behandlingsunntakelse er et stort og hyppig problem som antakelig øker i tråd med bruk av medisinsk teknologi. Det er derfor viktig at leger setter dette problemet på dagsorden. Tilførsel av næring og væske gjennom sonde eller parenteralt er en del av medisinsk teknologi (1). Nedsetting av sonde ble gjort mens situasjonen ennå ikke var helt avklart.

Et samlet råd finner at det er moralsk forsvarlig å la denne pasienten få dø, også ved at væske og ernæring trekkes tilbake. I kapittel 1, § 5, i etiske regler for leger heter det blant annet: «Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.»

Viktige momenter i rådets avgjørelse er:

1. Pasienten har en svært alvorlig hjerne-skade som etter all sannsynlighet umuliggjør kontakt med omgivelsene. Pasienten fyller derfor kriteriene for å være i persisterende vegetativ tilstand. Et kriterium for å bruke en slik diagnose er at tilstanden har vært uforandret i et halvt år (1). Her har tilstanden vært uforandret i alle disse årene. Behandlingen som hun nå får, bidrar til å trekke ut lidelsen og sorgprosessen for de pårørende.
2. Hennes pårørende har ved gjentatte anledninger uttrykt ønske om at pasienten får dø en naturlig død. Det er all grunn til å tro at de vil pasientens beste.
3. De behandlingsansvarlige som har sett pasienten over tid, er enige om at behandlingen er nytteløs. Riktignok mener noen av pasientens faste pleiere at pasienten kan ha en viss grad av kontaktevne. Dette bestrides av andre og også av pasientens pårørende. At ikke alle i behandlingsteamet er enige i vurderinger av pasientens tilstand, har slik rådet ser det, først og fremst konsekvenser for prosessen rundt avslutningen av behandlingen.
4. Et ikke avgjørende, men medvirkende argument, er at i dette tilfellet brukes ressurser som ikke gagnar denne pasienten, og som ville kunne komme andre pasienter

til gode. Kapittel 1, § 12, i etiske regler for leger pålegger legen en plikt til å ta hensyn til samfunnets ressurser. Etter rådets oppfatning skal hensyn til pasienten være utslags-givende i spørsmål om behandlingsavslutning. Imidlertid er hensiktsløs bruk av ressurser også et etisk anliggende for leger. 5. En motforestilling mot å trekke tilbake sondeernæring vil være at pasienten gjennom det kan få en plagsom slutt på livet. Denne pasienten har imidlertid ikke reagert på smertestimuli på mange år.

Avslutningsprosessen

a. Før beslutningen om seponering av sondeernæringen tas, bør dette diskuteres grundig i teamet rundt pasienten. Det er selvsagt at familien informeres om beslutningen. De følelsesmessige reaksjoner fra pleiepersonalet kan være sterke og må bearbeides over tid. Ved behov bør hjelp tilkalles utenfra, for eksempel medlemmer av en klinisk etikkomité.

b. I tiden fra sonden trekkes ut og til pasienten er død, bør pasienten få liberalt med symptomatisk behandling. Få ting er 100% sikkert i medisinen, og forbygging av lidelse og ubehag i en slik situasjon er av en stor betydning. Ved behov bør fagfolk trekkes inn også her.

Litteratur

1. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment. London: BMJ Books, 2001.

5.8 Ultralydmåling av beinvev: Prosjekt ved legesentre, initiert av firma

I et brev fra en lege er rådet for legeetikk gjort oppmerksom på et prosjekt som et farmasøytisk firma ønsker å starte ved noen utvalgte legesentre. Prosjektet går ut på å identifisere pasienter med osteoporose ved hjelp av et ultralydapparat. Rådet har etter henvendelsen fra legen også fått orientering om prosjektet fra firmaet.

Firmaet vil låne ut et ultralydapparat til legesenteret i 14 dager. Etter opplæring skal allmennlegene bruke apparatet for å gjøre målinger på pasientens hæl. Måleresultatet skal brukes for å plukke ut pasienter som bør utredes for osteoporose. Firmaet forsyner også helsepersonellet med risikofaktorskjemaer for osteoporose, og informasjonsplakater og risikoskjemaer som skal legges ut på venteværelset. Firmaet angir at det med dette prosjektet ønsker å øke oppmerksomheten rundt osteoporoseproblemet. Det peker på at osteoporose er en tilstand som sannsynligvis er underbehandlet i Norge. Firmaet legger ikke skjul på at tiltaket har som mål å øke salget av et osteoporosemedikament.

Rådet vil gi honnør til firmaet for at det vil sette fokus på osteoporose. Firmaets navn og preparater er ikke sentralt i prosjektet. Prosjektet berører imidlertid flere problemområder.

Osteoporose er en risikofaktor for brudd,

og ikke en sykdom. Osteoporose gir i seg selv ingen plager, det er bruddene som gir plager. Ikke alle som får påvist lav beintetthet vil få brudd.

Osteoporose likner på mange måter andre risikotilstander, som f.eks. høyt blodtrykk eller høyt kolesterol. I flere år har det vært en debatt om forståelse og behandling av risikotilstander. Risiko for sykdom oppdages som oftest ikke av pasienten, men påvises som regel av legen ved hjelp av et måleinstrument. Særlig har debatten dreiet seg om grenser for behandling. Behandling av en risikotilstand er helt forskjellig fra behandling av sykdom. Effekten av forebyggende behandling rapporteres oftest i form av endringer av laboratorieverdier, – den gir seg ikke utslag i endring i pasientens plager. For å vurdere om behandlingen beskytter mot sykdom og død kreves omfattende og langvarige vitenskapelige undersøkelser.

Behandling av risikotilstander kan føre til medikalisering og sykeliggjøring av friske mennesker. Valg av grenseverdi er avgjørende for å få risikodiagnosen. Om mennesker vil behandles medikamentelt eller på annen måte for å unngå sykdom i fremtiden er avhengig av den informasjon de får, og av egne verdivalg og prioriteringer. For å kunne anbefale forebyggende behandling i stor skala ut fra antatte risikofaktorer må det derfor foreligge bred vitenskapelig dokumentasjon om grunnlag for og nytte av behandling, og bred faglig enighet om strategier og mål.

Det aktuelle prosjektet representerer en type «villscreening» som har en rekke betenkelige sider ved seg. Etter rådets mening oppfylles ikke kravene til screening slik disse er skissert ovenfor, og prosjektet har heller ingen vitenskapelige mål. Ved at teknisk apparatur til en slik screening lånes ut gratis fra et firma som produserer medikamenter som brukes i behandling av osteoporose, skapes det en kobling mellom industri og leger som rådet anser som meget uheldig. Det vises til Etiske regler for leger, kap. I, § 12, der det heter: «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». Det er sannsynlig at prosjektet kan påvirke grenser for intervensjon, og valg av type intervensjon, og føre til unødig bruk av ressurser. Prosjektet må derfor anses for å være en form for skjult markedsføring.

I den senere tid er rådet gjennom pressen blitt oppmerksom på at også andre firmaer vil låne gratis ut apparater til allmennlegene: Et firma som selger medikamenter mot forhøyet blodtrykk vil låne ut et 24-timers blodtrykksapparat, et firma som selger astmamedisiner vil låne ut et spirometer. Dette er også eksempler på forbindelser mellom industri og leger som rådet vil fraråde.