

Legers private henvisningspraksis

De aller fleste pasienter er innom enten fastlege eller legevakt før de eventuelt innlegges i sykehus. Men noen få tar en snarvei.

Rådet for legeetikk behandlet nylig en sak fra et sykehus der man i akuttmottaket hadde erfart at leger henviste familie, venner eller seg selv til spesialisthelsetjenesten for problemstillinger som andre må til legevakten eller fastlegen for å få behandlet. De opplevde også at konfererende leger på sykehuset ofte aksepterte å ta imot disse pasientene. På denne måten utnytter leger sin posisjon.

Det er svært viktig at leger og sykehus har gjennomtenkte rutiner for henvisning og mottak av pasienter til sykehus. Generelt mener Rådet for legeetikk at leger som hovedregel bør bruke den vanlige behandlingsskjeden for seg selv, sine pårørende og sine venner. Det vil si at det er legevakt og fastlege som er første instans for enhver pasient.

Det kan begrunnes både medisinsk og etisk at hovedregelen bør være den vanlige behandlingsskjeden. Det er trolig slik at pasienter får best utredning og behandling når helsetjenester ikke «shoppes» i spesialisthelsetjenesten (1, 2). Fastleger har bred og helhetlig kunnskap om sine pasienter og vurderer symptomer og tegn ut fra denne bakgrunnskunnskapen. Overdiagnostikk unngås når tilstander avklares på et tidlig trinn i behandlingsskjeden.

Etiske regler for leger (3) har to paragrafer som kommer til anvendelse når det gjelder disse problemstillingene.

Kap. I, § 12: «En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes... Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel.»

Rettferdighetsprinsippet handler nettopp

om at enkeltpasienter eller grupper ikke skal gis uberettiget fordel i helsevesenet. Det å utrede og behandle på sykehusnivå fremfor i primærhelsetjenesten kan også innebære bruk av overflødige og kostbare metoder.

Kap II, § 6: «Henvisning og tilbakevisning av pasienter mellom kolleger må

«Det er feil å la bekjentskap og posisjon få betydning for henvisnings- og mottakspraksis»

bygge på medisinsk faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helse-tilbud.»

Ovennevnte paragraf innebærer at det er feil å la bekjentskap og posisjon få betydning for henvisnings- og mottakspraksis.

Rådet for legeetikk vil påpeke at leger ved å henvise seg selv, sine pårørende og venner direkte til sykehuset også kan påføre sine kolleger på sykehuset (både vakt-havende leger og annet helsepersonell) en belastende konflikt mellom å være imøtekommende overfor henvisende kollega og prinsippet om at det er medisinske kriterier som skal styre mottakspraksisen. Rådet for legeetikk mener videre at en uheldig praksis på dette felt vil kunne svekke legenes og sykehusenes omdømme.

Samtidig erkjenner rådet at det finnes medisinsk begrunnede situasjoner som gjør direkte henvendelse til sykehus riktig og nødvendig. Det kan være akutsituasjoner

som etter egen eller annen leges vurdering åpenbart krever innleggelse eller øyeblikkelig poliklinisk behandling. Aktuelle eksempler er akutte brystmerter eller betydelige skader. Det kan også gjelde elektive situasjoner der det er åpenbart at ytterlig diagnostikk eller behandling må skje i spesialisthelsetjenesten. I slike situasjoner kan direkte henvisninger være ressursparende, jf. Etiske regler Kap. I, § 12.

For elektive situasjoner må det være et absolutt krav at henvisning sendes og behandles på vanlig måte (dvs. skriftlig og begrunnet henvisning) og prioriteres ut fra samme kriterier som for tilsvarende henvisninger. Selv om behovet for elektiv henvisning er godt begrunnet, må legen likevel vurdere om det ikke er best at henvisningen skjer fra fastlegen for å ivareta behovet for kontinuitet (Kap. I, § 6).

Karsten Hytten
karsten@hytten.no
Rådet for legeetikk

Karsten Hytten (f. 1953) er lege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42: 139–44.
2. Starfield B, Shi L, Grover A et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff (Millwood)* 2005; (Suppl Web Exclusives): W5-97–W5-107.
3. Etiske regler for leger. <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikketiske-regler-for-leger/> (13.1.2014).

Mottatt 12.12. 2013 og godkjent 9.1. 2014. Redaktør: Matilde Risopatron Berg.

Saker behandlet av Rådet for legeetikk publiseres i årsmeldingene på nettsiden
www.legeforeningen.no/etikk