

Legers behandling av familie og venner

KRONIKK

JAN-HENRIK OPSAHL

janhenrik@outlook.com

Jan-Henrik Opsahl er spesialist i radiologi, medlem av Rådet for legeetikk og medisinsk rådgiver i Sanofi-Aventis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Enhver lege vil uunngåelig få forespørsler fra familie, venner og bekjente om medisinske råd og behandling av større eller mindre art. I denne artikkelen diskuteres etiske, juridiske og medisinskfaglige aspekter ved slik medisinsk involvering. Her foreslås videre noen vurderinger man bør gjøre før man går inn i en slik behandlerrolle.



Illustrasjon: Stine Kaasa

Som lege innehar man etterspurt kompetanse om noe av det som opptar oss aller mest: vår egen helse. For mange er det en ekstra trygghet å ha en lege i familien eller som nær venn, og de fleste leger har opplevd forespørsler om diagnostikk eller behandling i en eller annen form fra sine nærmeste. Utenlandske og norske undersøkelser viser at omkring 99 % av leger oppgir å ha blitt forespurt om medisinsk rådgivning eller behandling av familiemedlemmer, og 85–96 % har forskrevet medikamenter til disse (1, 2).

Slike forespørsler kan være relativt uproblematisk, eksempelvis ved spørsmål om generelle helseråd, forklaring av medisinske termer, konsultasjon for enkelte mindre plager og hjelp til å finne rett instans for å søke helsehjelp. Imidlertid vil de fleste leger også bli presentert for henvendelser som fremstår mer etisk problematiske – blant annet undersøkelse og diagnostikk av mer kompliserte tilstander, vurderinger av andre legers behandling, ønsker om forskrivning av reseptbelagte medikamenter og sågar kirurgiske inngrep. Legen kan i slike situasjoner bli satt i et vanskelig etisk dilemma. På den ene siden er det en rekke problematiske etiske og moralske aspekter som kan oppstå ved behandling av familie og venner, og i profesjonsetiske retningslinjer frarådes derfor legene i hovedsak å behandle personer de står i nær personlig relasjon til (3, 4). På den annen side kan slik behandling være både beleilig og kostnadsbesparende, og opplevde mangler i helsevesenet kan gi legen insentiv til å gripe inn. I tillegg har leger, som alle andre, et ønske om å ta vare på sine nærmeste etter beste evne.

I det følgende vil jeg peke på noen sentrale momenter man bør ta hensyn til ved legers behandling av familie og venner.

Profesjonell objektivitet

I det man trer inn i rollen som medisinsk behandler og rådgiver for personer man har en nær personlig relasjon til, vil det være utfordrende å opprettholde den grad av klinisk objektivitet som er nødvendig for å yte optimal behandling. Optimal behandling må i denne sammenheng forstås som «ikke for mye, og ikke for lite» – altså behandling i tråd med gjeldende retningslinjer og det som ved faglig konsensus vil vurderes som lege artis.

«99 % av leger oppgir å ha blitt forespurt om medisinsk rådgivning eller behandling av familiemedlemmer»

Legens personlige følelser for pasienten vil lett kunne påvirke hennes eller hans profesjonelle vurderingsevne og føre til enten over- eller underbehandling. Frykt for sykdom og ønske om å gi ekstra god behandling kan få legen til å henvise til behandling eller diagnostikk som ikke er berettiget. På den annen side kan sterk oppmerksomhet på å ikke gi egen familie og venner fordeler føre til at man unnlater å utføre tjenester som en annen lege ville anse som faglig korrekt. Jo mer legen er emosjonelt involvert i pasienten, dess vanskeligere kan det være å gjøre kloke valg.

Personvern og intimitet

I en konsultasjon mellom lege og pasient som har et nært personlig forhold, kan det være vanskelig for begge parter å komme inn på ømfintlige temaer som for eksempel seksualitet og psykisk sykdom. Dette kan holdes tilbake av pasienten, og legen kan unnlate å spørre om slike ting. Det samme vil gjelde for undersøkelser som oppleves som intime – noe som særlig kan være problematisk dersom pasienten er mindreårig. Dermed risikerer man en ufullstendig undersøkelse, med påfølgende mulighet for feildiagnostikk og -behandling.

Når informasjon om personlige, private og helsemessige forhold deles i både konsultasjoner og i privat omgang, skaper dette betydelige utfordringer med hensyn til taushetsplikten. I praksis vil ofte formalitetsgraden av en konsultasjon med familie og venner variere.

I enkelte tilfeller blir legen forespurt om bistand til helsemessige problemer i en uformell setting. Legen kan da bli fristet eller føle seg presset til å gi råd, enkel diagnostikk eller behandling utenfor en formell legesamtale. I slike situasjoner er det spesielt lett for legen å utføre venstrehåndsarbeid og gjøre feil, og risikoen for brudd på taushetsplikten øker betydelig. «Pasienten» vil også kunne tolke dette som en legesamtale, mens legen opplever at hun eller han gir uformelle råd.

«Legens personlige følelser for pasienten vil lett kunne påvirke hennes eller hans profesjonelle vurderingsevne og føre til enten over- eller underbehandling»

I denne sammenhengen er det verdt å minne om helsepersonellovens definisjon av helsehjelp: «Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell» (5). I kommentaren til lovteksten presiseres også følgende: «Dersom det først ytes helsehjelp, er det et krav at tjenestene som ytes er forsvarlige, og at helsepersonellovens plikter vedrørende informasjon, journalføring mv. overholdes av helsepersonellet» (6).

Dersom helsehjelp gis på en slik uformell måte, og det i etterkant medfører et negativt utfall for pasienten, vil det dermed være høyst problematisk at ingenting er journalført.

Autonomi og informert samtykke

Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter § 4–1 kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke (7). En nær relasjon kan gjøre det vanskelig for pasienten å avslå forslag om behandling fra legen. Det kan også føles problematisk å søke

en annen leges vurdering. Barns pasientautonomi vil være spesielt utsatt i en slik relasjon, især dersom legen er barnets egen mor eller far.

Legen vil i mange tilfeller ha en forventning om at pasienten, i kraft av relasjonen dem imellom, har tillit til vurderingene som blir gjort. Denne forventningen kan være et hinder for at hun eller han gir pasienten tilstrekkelig informasjon til å fatte selvstendige valg på et velinformert grunnlag. Ikke bare pasientens, men også legens autonomi kan kompromitteres i slike situasjoner. Flere undersøkelser har vist at mange leger som blir forespurt om eller utfører behandling av familie og venner, kan oppleve dette som ukomfortabelt og etisk utfordrende (1, 2). Flere har i disse situasjonene også følt seg presset til å utføre helsehjelp utenfor eget kompetanseområde og følt manglende objektivitet og inadekvat undersøkelse som et problem (2).

Forholdet til offentlige instanser

Dersom legen skal være advokat for pasienten overfor offentlige instanser som Nav, vil et familiært forhold i praksis gjøre legen inhabil. Det samme vil være tilfelle dersom legens undersøkelser eller behandling skal benyttes av annet helsepersonell som grunnlag for slik kontakt. Slike forhold vil kunne få konsekvenser for oppfyllelse av pasientens rettigheter, men også for legens faglige integritet. Det kan for eksempel være vanskelig å hevde at sykmelding av et nært familiemedlem er helt uhildet av emosjonelle bindinger.

«I uformelle settinger er det spesielt lett for legen å utføre venstrehåndsarbeid og gjøre feil»

Dersom legens behandling eller annen inngripen får negative konsekvenser for en nærstående, er det noe begge parter må leve med videre. Potensielt kan det gjøre ubotelig skade på deres personlige forhold. Ved alvorlige konsekvenser kan det være aktuelt å søke Norsk pasientskadeerstatning om erstatning. I så tilfelle er alle parter tjent med at all kontakt mellom lege og pasient er godt dokumentert og at forholdet mellom disse er så ryddig som mulig, uten for mange uformelle eller halvformelle interaksjoner. I ytterste konsekvens kan slike forhold få følger for utfallet av en erstatningssak.

Asymmetrisk lege–pasient-forhold

Et lege–pasient-forhold er per definisjon asymmetrisk, og denne asymmetrien forsterkes av at legen får inngående kjennskap til pasientens fysiske og psykiske helse. Slike asymmetrier kan dermed oppstå i den private relasjonen mellom en lege og dennes nærmeste dersom legen påtar seg behandlerrollen. Avhengig av hvor sensitiv informasjonen er, vil dette kunne påvirke relasjonen mellom partene i overskuelig fremtid. Mange leger har ikke tenkt over denne konsekvensen i forkant, og den har også ført til anger i ettertid (8).

Portvokterrollen og forskjellsbehandling

En viktig del av legerollen er oppgaven som «portvokter». Dette dreier seg om å sørge for at pasientene får adekvat behandling for sin sykdomstilstand til rett tid, samtidig som man unngår overbehandling og overdiagnostikk. Både helsepersonell og pasienter kan ønske å gjøre undersøkelser og behandling «for sikkerhets skyld», og følelsesmessige bindinger vil i mange tilfeller føre til at leger øker bruken av «unødvendige» tiltak. Slik overdiagnostikk og behandling vil øke risikoen for bivirkninger og uheldige hendelser, samtidig som det kan føre til økte kostnader for et allerede finansielt presset helsevesen (9, 10).

«Det kan være vanskelig å hevde at sykmelding av et nært familiemedlem er helt uhildet av emosjonelle bindinger»

Etiske regler for leger kap. I, § 12 fastslår:

«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 en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel» (11).

Selv om behandling av familie og venner kan være beleilig og i enkelte tilfeller også potensielt kostnadsbesparende, kan det være en særdeles utfordrende balansegang for legen å unngå at egen involvering innebærer unødvendige kostnader eller forskjellsbehandling. Problematikken rundt legers private henvisningspraksis er også tidligere belyst av Rådet for legeetikk i en artikkel i Tidsskriftet (12).

Før man behandler

Når en lege involverer seg i diagnostikk eller behandling av familie eller gode venner, oppstår det et dynamisk spenningsforhold mellom den personlige og den profesjonelle rollen. I profesjonsetiske retningslinjer frarådes i hovedsak behandling av personer med nær personlig relasjon til legen, men det er gjort unntak for nødstilfeller, når annen legehjelp ikke er tilgjengelig og ved små og bagatellmessige tilstander (3, 4). Dersom legen likevel vurderer å gi helsehjelp på forespørsel fra en nærstående person, anbefales det at momentene som er drøftet i denne artikkelen vurderes grundig før man bestemmer seg for dette. La Puma og medarbeidere har foreslått syv spørsmål som helsearbeidere bør stille seg selv når de vurderer å gi helsehjelp til sine nære ramme 1) ((13)).

Ramme 1 Syv spørsmål å tenke over før man behandler familie eller venner. Basert på La Puma og medarbeidere (13).

- Har jeg tilstrekkelig kompetanse på dette feltet til å ivareta pasientens medisinske behov?
 - Er jeg i en for nær relasjon til å gjøre en om nødvendig intim anamnese og undersøkelse – og til å overbringe potensielt dårlige nyheter?
 - Klarer jeg å være objektiv nok til å ikke gi for mye, for lite eller inadekvat behandling?
 - Kan medisinsk involvering potensielt fremprovosere eller eskalere familie- eller relasjonskonflikt?
 - Vil pasienten følge opp helserådene og behandlingen bedre dersom de kommer fra uavhengig helsepersonell?
 - Kommer jeg til å gi den jeg henviser til, anledning til å overta ansvaret for helsehjelpen?
 - Kan jeg åpent stå til ansvar for mine handlinger overfor mine kollegaer og offentligheten?
-

Rådet for legeetikk stiller seg bak anbefalingene fra andre profesjonsetiske foreninger og vil sterkt anbefale at enhver lege som vurderer å tre inn i en behandlerrolle for nære relasjoner og familie, gjør seg opp noen klare tanker om ovennevnte problemstillinger før beslutningen tas.

LITTERATUR

1. Gjengedal S, Rosvold EO. Norske legers medisinske behandling av egen familie. *Michael* 2005; 2: 299–310.
2. La Puma J, Stocking CB, La Voie D et al. When physicians treat members of their own families. *Practices in a community hospital. N Engl J Med* 1991; 325: 1290–4. [PubMed][CrossRef]
3. American Medical Association. The AMA Code of Medical Ethics' Opinion on Physicians Treating Family Members: Opinion 8.19 - Self-treatment or Treatment of Immediate Family Members. Mai 2012. *Virtual Mentor* 2012; 14: 396–7.
4. General Medical Council. Good Medical Practice 2013. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice> Lest 7.3.2020.
5. LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Kap. I, § 3. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Lest 7.3.2020.
6. Helsedirektoratet. Rundskriv 28.06.2018: Helsepersonelloven med kommentarer. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-formal-virkeomrade-og-definisjoner/-3.definisjoner> Lest 26.5.2020.

7. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4 Lest 26.5.2020.
8. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF et al. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med* 2008; 149: 825–31. [PubMed][CrossRef]
9. Schneck SA. "Doctoring" doctors and their families. *JAMA* 1998; 280: 2039–42. [PubMed][CrossRef]
10. Legeforeningen. Gjør kloke valg. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/> Lest 28.5.2020.
11. Legeforeningen. Etske regler for leger. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-love-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/> Lest 28.5.2020.
12. Hytten K. Legers private henvisningspraksis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 435. [PubMed][CrossRef]
13. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA* 1992; 267: 1810–2. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 15. september 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0608
Mottatt 27.7.2020, første revisjon innsendt 13.8.2020, godkjent 17.8.2020.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.