

Rådet for legeetikk 1985–2001

Sammendrag

Bakgrunn. Rådet for legeetikk har eksistert siden 1961. I denne artikkelen presenteres rådets arbeid i tidsrommet 1985–2001.

Materiale og metode. Protokoller fra rådets arbeid ble gjennomgått retrospektivt og kodet i et skjema som ble brukt i en tilsvarende evaluering i 1985.

Resultat. Rådets arbeid har vært nokså uendret helt fra 1961 med hensyn til typer klager. Av 477 saker etter 1985 gjaldt 37 % prinsipielle legeetiske spørsmål brakt inn for rådet, mens 63 % var klagesaker. 60 % av klagen kom fra leger selv eller organer innen Legeforeningen. Legeerklæringer, brudd på taushetsplikt og annonser var blant de hyppigste årsaker til klage. Om lag to tredeler av klagerne fikk helt eller delvis medhold. Åtte leger ble ekskludert fra Legeforeningen for brudd på de etiske reglene, alle innen spesialitetene allmennmedisin, psykiatri og gynekologi. Økonomisk og seksuell utnyttning var de vanligste årsakene til eksklusjon.

Fortolkning. Klagesaksarbeidet, type klager og avgjørelser av klagen har vært svært stabil siden rådet ble opprettet, men rådets utadrettede virksomhet har økt. Selv med økt vekt på jus og behandling av faglige overtramp hos tilsynsmyndighetene er det profesjonsetiske arbeidet fortsatt viktig.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Reidun Førde

reidun.forde@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Åsmund Hodne

Den norske lægeforening

Den norske lægeforening opprettet Rådet for legeetikk i 1961. Noen av begrunnelsene for å lage etiske regler for leger og å opprette et selvjustisorgan var ifølge daværende generalsekretær Odd Bjercke, et raskt økende legetall og økt tilvekst av utenlandsmedisinere (1). Han fryktet at en mindre homogen legestand og økt konkurranse om pasientene ville medføre en større belastning på det kollegiale samholdet og på den enkelte leges integritet i forhold til økonomi (1). Dersom hans tenkning var gyldig den gang, er utviklingen ytterligere forsterket frem til i dag med flere leger i forhold til folketallet og leger med mer mangfoldig kulturbakgrunn enn noensinne.

Rådet har en selvstendig posisjon i Legeforeningen. En viktig del av rådets arbeid er å håndheve selvjustis, dvs. å behandle klager på leger vurdert opp mot de etiske regler. At en profesjon har en levende selvjustis, er en sentral forutsetning for profesjonens autonomi (2, 3). Rådet kan respondere på tre ulike måter: Klager får ikke medhold, klager får delvis medhold eller klager får helt medhold. I det siste tilfellet kan rådet, dersom det vil understreke alvoret i en handling, reagere på tre måter: Beklage handlingen, tildele legen en reprimande eller, i de alvorligste tilfellene, foreslå eksklusjon fra Legeforeningen overfor sentralstyret. Rådet skal også drøfte prinsipielle spørsmål og fungere som rådgiver i etiske spørsmål for foreningens medlemmer og organer.

I forbindelse med Legeforeningens 100-årsjubileum gikk Erik Enger (leder) og Åsmund Hodne (sekretær siden 1974) gjennom de sakene som rådet hadde behandlet i perioden 1961–84 (4). Saker om taushetsplikten og attestsaker var de vanligste i denne første perioden. Kun saker av svært prinsipiell karakter ble publisert som enkeltsaker, og man unngikk publisering av saker av personlig karakter (4). Siden den gang har medisinsk stoff og etiske problemer i økende grad blitt viktig stoff i mediene. Medisinsk

praksis er blitt sterkere lovregulert, blant annet er pasientrettigheter blitt sterkere vektlagt. Vi fant det derfor naturlig å foreta en ny gjennomgang av rådets arbeid for å se om arbeidet i årene etter 1984 skiller seg fra de første årene.

Materiale og metode

Forfatterne har gått kronologisk gjennom protokollene fra rådets arbeid i tidsrommet 1985 til og med 2001. Sakene ble kodet i henhold til et skjema som ble brukt ved den forrige evalueringen i 1985, for å kunne sammenlikne de to periodene. Sakene ble kodet i samsvar med dagens regelverk. Saker som ble avgjort etter paragrafer som senere er fjernet, ble kodet bare med henvisning til kapitlet. En del saker er blitt behandlet flere ganger, men er kodet bare én gang. I tillegg til de sakene som ble kodet, har rådet ved hvert møte hatt en gjennomgang av en rekke referat – og orienteringssaker. Dette har oftest dreid seg om prinsipielle spørsmål eller nyhetssaker som formelt ikke har vært reist for rådet. Uttalelser til høring av offentlige utredninger er medregnet som drøfting av prinsipielle spørsmål.

Resultat

Rådet har hatt en gjennomsnittlig møtefrekvens på seks møter i året. I tillegg til referater er til sammen 477 saker behandlet, i gjennomsnitt 28 saker per år. Mange saker ble drøftet over flere møter. 300 saker (63 %) var rene klagesaker, mens 177 saker (37 %) var drøfting av prinsipielle og/eller mer generelle spørsmål. Etter drøfting valgte rådet å ikke behandle 68 av sakene som ble brakt inn til rådet. 54 av disse var klagesaker. De viktigste årsakene til at rådet har valgt ikke å behandle disse sakene, har vært at de hovedsakelig dreide seg om faglige forhold ($n = 30$) eller konflikter som mest naturlig burde henvises til rettsapparatet, slik som injuriesaker.

Sakene ble reist av en rekke ulike instanser, med en overvekt (47 %) av saker reist av enkeltleger selv. I tillegg ble 62 saker (13 %) reist av organer innen Legeforeningen (sentralstyre, fylkesforeninger etc.), mens 120 saker (25 %) ble reist av pasient, pårørende eller andre privatpersoner. Andre saker ble brakt inn av blant annet arbeidsgivere, trygdeorganer og tilsynsmyndigheter. I 30 av 300 klagesaker hadde klager bistand av advokat, mens bare sju av de innklagede legene brukte advokat. Fire ganger har innklagede lege møtt i rådet, og én gang har rådet kommunisert med innklagede lege per telefon.

273 av klagesakene (91 %) dreide seg om enkeltleger. 90 av klagenene (30 %) var på sykehusleger, hvorav de aller fleste gjaldt leger i overordnede stillinger. Den største undergruppen (24 %) gjaldt leger i allmennmedisin, deretter følger kirurgi (13 %), psykiatri (12 %) og gynekologi (4 %). 27 av klagenene (9 %) gjaldt helseinstitusjon. De hyppigste saksområdene fremgår av tabell 1.

50 % av klagesakene som kunne relateres direkte til etikkregelverket, gjaldt kapittel 1. Bare én av klagenene var relatert til henholdsvis § 3, 6 og 10 (innsyn i journal, øyeblikkelig hjelp-plikt og krav til faglig oppdatering). § 12, som pålegger legen ansvar for en ansvarlig ressursbruk, ble først tatt inn i 1994, og sju av klagenene var relatert til denne bestemmelsen. 13 av sakene var tidligere behandlet av tilsynsmyndigheter og en av rettsapparatet.

Resultat av klagebehandlingene

Mange av klagenene på leger er trist lesing, fordi det dreier seg om møter kolleger imellom eller mellom pasient/pårørende og leger, der mye har gått galt, ikke minst i kommunikasjonen. I mange av disse sakene er forhistoriene beskrevet helt forskjellig av partene. I mange slike saker kan ikke rådet felle noen «dom», men må bare konstatere at påstand står mot påstand.

I de 246 klagesakene som rådet undergav ordinær klagebehandling, fikk 114 klager (46 %) helt medhold, 40 (16 %) fikk delvis medhold, og 92 (37 %) fikk ikke medhold. Inkludert i den siste kategorien er også de sakene der påstand har stått mot påstand. I 44 saker (18 %) kom rådet med en beklagelse, i 13 saker (5 %) ble legen tildelt reprimande, mens i åtte klagesaker (3 %) ble legen foreslått ekskludert fra Legeforeningen. Sentralstyret fulgte alle rådets forslag om eksklusjon, bortsett fra i én sak, der det tilkom nye opplysninger som gjorde at vilkårene for å ta i bruk Legeforeningens strengeste straff ikke lenger var til stede. De åtte legene som ble foreslått ekskludert fra Legeforeningen, tilhørte tre spesialiteter: gynekologi (n = 3), psykiatri (n = 2) og allmennpraksis (n = 3). Økonomisk og seksuell utnytting av pasientene var de vanligste årsakene til eksklusjon. En lege ble ekskludert for brudd på paragrafen om aktiv dødhjelp. Seks av eksklusjonsforslagene var før 1993. Også reprimandereaksjoner var hyppigst forekommende i denne første perioden (ti av 13 saker).

Sju leger var innklaget for å ha utnyttet en pasient økonomisk, seks av de sju klagerne fikk medhold.

Behandling av prinsipielle spørsmål

Viktige temaer har vært etiske problemer ved livets slutt og begynnelse og takstbruk ved offentlige poliklinikker for å øke sykehusets inntjening. Et tilbakevendende spørsmål har vært uthuling av taushetsplikten når denne kommer i konflikt med samfunns-hensyn, slik som utlevering av pasientlister

til politiet for etterforskning av kriminalitet. Andre spørsmål har vært fjernsynsoptak under medisinsk behandling, spørsmål knyttet til kosmetiske operasjoner (herunder om-skjæring av nyfødte gutter og jomfruhinneplastikk) og forholdet mellom leger og legemiddelindustri.

Eksempel på spørsmål knyttet til pasientautonomi som rådet har drøftet er: Ønske om medisinsk bistand til å få barn av et spesielt kjønn, HIV-testing uten samtykke, retten til å nekte livreddende blodoverføring og pårørendes rett til å vite hva som skjer etter dødsfall (obduksjon og trening av intubasjon). Andre spørsmål som har vært drøftet er prioritering og forskningsetikk, for eksempel legemiddelfirmaers ønske om innsyn i pasientjournal for kvalitetskontroll av data. I forskningsetiske spørsmål har rådet i noen grad samarbeidet med de forskningsetiske komiteene.

Selv om medlemmene er valgt slik at rådet er mest mulig representativt både faglig og livsynsmessig, har de prinsipielle diskusjonene i de aller fleste tilfellene ført til konsensusuttalelser. I noen få prinsipielle spørsmål med sterke politiske og religiøse undertoner, har rådet avgjort saker ved dissens uten at dette har vært opplevd som problematisk. Eksempler på dette er spørsmålet om å respektere Jehovas vitners motstand mot livreddende blodtransfusjon og DNA-testing av innvandrere.

Undervisning

Rådet har deltatt med faglige innspill ved nordiske etikkseminarer om profesjonsetikk hvert annet år. Videre har rådet arrangert seminarer og kurs med tema som etikk i barnelegens hverdag, etiske problemer ved livets slutt og trusler mot taushetsplikten. Noen av innleggene ved seminaret om taushetsplikt er publisert i Tidsskriftet (5–7). Rådet har også gitt ut en publikasjon om etiske problem ved livets slutt (8) og en publikasjon om lindrende sedering til døende (9).

De fleste sakene har vært publisert i rådets årsberetning, og enkeltsaker som har vært ansett å ha generell interesse, har også stått i Tidsskriftet. Det har vært en klar tendens til større åpenhet og hyppigere publisering av enkeltsaker i årene fra 1985. Rådet har nå også et eget sted på Legeforeningens nettsider der den viktigste informasjonen er lagt ut.

Rådets medlemmer blir hyppig kontaktet av mediene om ulike legeetiske spørsmål. Hyppigheten av dette har vært økende utover i perioden. Rådet blir oftere kontaktet av enkeltmedlemmer og andre, for eksempel jurister, for drøfting av konkrete etiske dilemmaer.

Andre aktiviteter

Rådet har i perioden foretatt en total gjennomgang av alle kapitlene i etikkregelverket. En sentral drivkraft i dette arbeidet var Knut Rasmussen, leder i rådet i perioden 1986–93. Regelverket er forenklet og modernisert, blant annet er en bestemmelse om



Hovedbudskap

- To tredeler av klagerne fikk helt eller delvis medhold i saker innklaget for Rådet for legeetikk i perioden 1985–2001
- En av tre saker behandlet i rådet gjaldt prinsipielle medisinsk-etiske spørsmål
- Rådets utadrettede virksomhet er økende

legens ansvar i prioriteringssaker tatt inn (10). I tillegg er formuleringer som «hensyn til standens interesser» fjernet.

Rådet har bidratt som diskusjonspartner i utarbeidningen av en ny utgave av *Mitt livstestamente* og i arbeidet med etiske regler for kosmetisk kirurgi for Norsk plastikkirurgisk forening. Rådets leder deltar sammen med Legeforeningens president og generalsekretær i World Medical Associations arbeid. Av spesiell viktighet her er arbeidet med en større revisjon av Helsinkideklarasjonen, vedtatt i 2000.

Diskusjon

Denne gjennomgangen av Rådet for legeetikks arbeid fra 1985 viser at det er stor stabilitet i arbeidet i alle de 42 årene rådet har eksistert. Antall saker har økt, men det har også antallet leger. Saksfeltet som klagenes spenner over, er påfallende stabilt. Spørsmål knyttet til attester, taushetsplikt og avertissement dominerer.

Over halvparten av sakene ble brakt inn av leger selv eller av organ innad i Legeforeningen. Rådet har ikke selv vært aktiv med å ta opp saker på eget initiativ og kan derfor kritiseres for å være for unnfallende og ikke godt nok fungerende som selvjustisorgan. Kapasiteten for saker til behandling i rådet er begrenset, idet alt arbeid skjer i tillegg til annet arbeid for medlemmene.

Spørsmålet om rådet fungerer som et effektivt organ for selvjustis, kan ikke besvares uten å se på hvordan rådet responderer på klagenene. Om lag to tredeler av klagerne har fått helt eller delvis medhold. Etter vårt syn kan derfor ikke rådet beskyldes for å frykte å gå mot en kollega. Andelen av klager som ikke fikk medhold, var den samme i tidsrommet etter 1985 som i rådets tidligste periode (4). I denne kategorien ligger også de sakene der påstand står mot påstand.

Det er vårt inntrykk at det å bli klaget inn for rådet er en belastning for de fleste leger. For at rådets arbeid skal ha respekt og tilslutning, er det viktig at avgjørelser oppleveres som rettfærdige. Rådet må i sitt arbeid først og fremst bygge avgjørelsene på et godt faktagrunnlag. Der det er tvil om faktagrunnlaget, kan ikke rådet ta standpunkt. Dette er spesielt viktig, fordi det ikke finnes muligheter til å anke rådets avgjørelse.

Tabell 1 Hyppigste saksområder blant 300 klagesaker til Rådet for legeetikk i perioden 1985–2001. En sak kan spenne over flere saksområder

	Prosent
Attester/legeerklæringer	26
Brudd på taushetsplikt	23
Reklameforhold	21
Legeatferd i yrket ¹	18
Kollegiale forhold	17
Uttalelse i mediene	10
Pasientautonomi/informasjon	9
Legen i kontrollfunksjon	5
Økonomiske forhold	4
Legeatferd utenom yrket	4

¹ Inkludert klager på legens kommunikasjon og oppførsel vis-à-vis pasienten

Frem til 1990-årene ble noen etikksaker primært behandlet i fylkesavdelingenes utvalg for legeetikk. Da kunne rådet fungere som ankeinstans. Utover i 1990-årene mottok disse fylkesutvalgene stadig sjeldnere saker til behandling. Erfaringsgrunnlaget for fylkesavdelingenes utvalg for legeetikk for behandling av klagesaker ble derfor svært lite. I forståelse med fylkesavdelingenes utvalg for legeetikk reiste derfor sentralstyret forslag for landsstyret i 1999 om å endre reglene om valg på disse utvalgene. Etter det sier Lægeforeningens lover og reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk ikke lenger at slike utvalg er obligatoriske. Et fåtall avdelinger har nå slike utvalg, og de få som eksisterer, har tilnærmet ingen saker til behandling.

Leger som har fått reaksjoner mot seg for seksuell utnyttning av pasienter, arbeider i psykiatri, allmennmedisin og gynekologi. Det er ikke uventet, for dette er spesialiteter

der legen kommer særlig nær inn i pasientens intimsfære.

Reprimande og forslag til eksklusjon har ikke vært benyttet så hyppig i slutten av perioden. Etter vårt syn er det riktig at eksklusjon reserveres til grov økonomisk og seksuell utnyttning av pasienten eller gjentatte bevisste brudd på regelverket. Det har imidlertid vært diskutert om leger som bevisst og gjentatte ganger ignorerer reglene for annonsering ved å markedsføre tjenestene sine på måter som spekulerer i negative kroppsoppfatninger, burde foreslås ekskludert.

Den mest sannsynlige forklaring på at færre alvorlige reaksjoner er delt ut i den siste delen av perioden, er at Helsetilsynet har vært koblet inn i større grad enn før og har reagert på de mest alvorlige overgrepene. Rådet får ikke automatisk kjennskap til alvorlige brudd på etiske regler. Sakene som behandles i Helsetilsynet, må som hovedregel meldes inn for rådet etter at de er ferdigbehandlet der.

At rådets medlemmer i økende grad blir brukt av mediene i en rekke spørsmål og også blir brukt som diskusjonspartnere av enkeltmedlemmer når de står i etiske konflikter, viser at det profesjonsetiske arbeidet er betydningsfullt. At dette arbeidet vektlegges og kvalitetssikres, er derfor etter vårt syn viktig både for det indre liv i foreningen, men også for vårt møte med resten av samfunnet.

De etiske regler for leger er et signal om grunnleggende verdiidealer i faget både til medlemmene og til samfunnet rundt oss. Vi mener det er viktig at profesjonsetikken reflekterer sentrale verdier i faget på et selvstendig grunnlag (11). Dette er noe av forklaringen på at enkelte lovbestemmelser gjenfinnes i etiske regler for leger.

Det er av stor betydning at de vanskelige verdidiskusjonene føres blant leger på deres

premisser. Selv om rådet bare behandler en del av alle problemsakene i norsk medisin, er disse vurderingene og publiseringen av dem i våre øyne viktig. Den stadig mer juridiske behandlingen av klagesakene hos Helsetilsynet og fylkesleger overflødiggjør ikke et korrektiv i form av legenes egen vurdering. Jus og etikk er ikke alltid synonyme størrelser. At noe er akseptabelt juridisk, betyr ikke nødvendigvis at det er god medisin, verken faglig eller etisk (12). Lægeforeningens arbeid med medisinsk etikk opprettholdes og styrkes, først og fremst av hensyn til pasientene.

Vi takker Erik Enger og Knut Rasmussen samt de øvrige medlemmene av Rådet for legeetikk for nyttige kommentarer til denne artikkelen.

Litteratur

1. Bjercke O. Er Lægeforeningens etiske bestemmelser i dag tilfredsstillende? Tidsskr Nor Lægeforen 1959; 79: 971–5.
2. Koehn D. The ground of professional ethics. London: Routledge, 1994.
3. Freidson E. Professionalism reborn: theory, prophecy and policy. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
4. Enger E, Hodne Å. Rådet for legeetikk 1961–86. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1240–9.
5. Rasmussen K. Trusler mot taushetsplikten. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4265–6.
6. Blomhoff JP. Forutsetninger for at pasientopplysninger kan gis til forsikringsselskaper. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4267–9.
7. Syse A. Formålet med og det lovmessige grunnlaget for taushetsplikten. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4262–4.
8. Nylenna M, Solheim K, Hartvig P, Nygaard R, red. Omsorg ved livets slutt. Oslo: Den norske lægeforening, 1990.
9. Rådet for legeetikk. Retningslinjer for lindrende sedering til døende. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.
10. Rasmussen K. Etiske regler for leger. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1082–5.
11. Pendleton D, King J. Values and leadership. BMJ 2002; 325: 1352–5.
12. Førde R. Treng vi profesjonsetikk når vi har jus? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1863.