



Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref:

Dato: 10-05-2021

Sak 11 - Endringer i Etske regler for leger

Rådet for legeetikk har overfor sentralstyret fremmet forslag til endringer i [Etske regler for leger \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no). Forslagene er basert på erfaringer rådet har gjort seg de siste årene både gjennom deltakelse i samfunnsdebatt og behandling av konkrete saker. Sentralstyret har gått gjennom og gitt innspill til rådet i prosessen med utformingen av forslagene.

Det følger av [Reglement for Rådet for legeetikk \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no) at Etske regler for leger vedtas av Den norske legeforenings landsstyre.

Forslagene til endringer har vært sendt på bred høring i organisasjonen, og det er mottatt høringssvar fra Norsk forening for geriatri, Allmennlegeforeningen, Hedmark legeforening, Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for otorhinolaryngologi hode- og halskirurgi, Norsk forening for palliativ medisin, Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin, Norsk forening for smertemedisin, Norsk overlegeforening, Norsk psykiatrisk forening, Oslo legeforening, Rogaland legeforening og Yngre legers forening.

Sentralstyret har gått gjennom forslagene i høringssvarene og innhentet innspill til disse fra Rådet for legeetikk.

Det vil her gås systematisk gjennom hvilke bestemmelser som ønskes endret, hvorfor, hva endringen består i og eventuelle innspill fra høringsrunden og sentralstyrets innstilling.

Kapittel I. Almennlige bestemmelser - § 5:

Bestemmelsen lyder i dag:

Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensing) er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Denne regelen ble endret i 2015, og den ble da kortet ned etter innspill i høringsrunden fra foreningsleddene. Temaet i denne bestemmelsen er stadig aktuelt. For å sikre at debatten skjer på riktige forutsetninger er det avgjørende at man benytter begreper som forstås likt av alle og som ikke skaper usikkerhet. De senere årene har man i de ulike fagmiljøene derfor forsøkt å finne begreper som er entydige. Man går nå bort fra begrepet "aktiv dødshjelp", og benytter i stedet "dødshjelp".



Det har vært rettet kritikk mot Legeforeningens nye bestemmelse knyttet til at den er uklar.¹ Norsk forening for palliativ medisin har pekt på at det kan oppfattes å være en gråsoner når det gjelder lindrende sedering og eutanasi, og at begrepet "aktiv dødshjelp" kan bidra til en slik uklarhet.

Rådet for legeetikk har forsøkt å tydeliggjøre begrepene gjennom følgende endringer (i kursiv og understreket/overstreket):

Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, begge handlinger som med hensikt framskynder dødstidspunktet. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling i livets slutfase, (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med refraktære symptomer.

Renskrevet blir bestemmelsen da slik:

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, begge handlinger som med hensikt framskynder dødstidspunktet. Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling i livets slutfase, er ikke å regne som dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med refraktære symptomer.

Forslag til endring har mottatt bred støtte i høringsrunden. Det har kommet inn tre forslag til endringer i denne bestemmelsen som vil gjennomgå her.

1. Sykdomsprosess

Norsk psykiatrisk forening foreslår at «sin underliggende sykdom» endres til «en underliggende sykdomsprosess» for å poengtere at vi ikke nødvendigvis vet hvilken sykdom som ligger bak eller eksakt hva pasienten dør av?

Rådet for legeetikk og sentralstyret mener denne endringen ikke er nødvendig og ser ikke at det tilføyer noe til bestemmelsen. En sykdom innebærer nødvendigvis også en sykdomsprosess. For betydningen av denne bestemmelsen er det uvesentlig hvilken sykdom pasienten dør av. Det viktige er å få tydelig frem at ved dødshjelp dør pasienten som en direkte konsekvens av legens intervensjon. Uten legens handling ville ikke pasienten dø der og da. Dersom legen avstår fra å yte dødshjelp vil pasienten dø en annen gang, og da av den sykdommen vedkommende lider av. Forslaget bidrar ikke til å tydeliggjøre dette, og sentralstyret foretrekker av forenklingshensyn "sykdom" fremfor "sykdomsprosess".

2. Hensikt

Norsk forening for allmennmedisin foreslår å endre bestemmelsens første setning. Den var foreslått slik i høringsbrevet:

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, begge handlinger som med hensikt framskynder dødstidspunktet.

¹ <https://tidsskriftet.no/2016/08/medisinsk-etikk/legeforeningens-uklarhet-om-aktiv-dodshjelp>



NFA foreslår:

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, med hensikt å framskynde dødstidspunktet.

Rådet for legeetikk og sentralstyret mener denne endringen kan bidra til misforståelser.

Leddsetningen, slik den opprinnelig var foreslått, er en forklaring/utdyping av hva som ligger i begrepene eutanasi eller assistert selvmord. Hensikten om å framskynde dødstidspunktet ligger implisitt i disse begrepene, leddsetningen er bare en tydeliggjøring av det. Forslaget fra NFA endrer dette slik at det fremstår som at leddsetningen utgjør et vilkår i seg selv. For å sette det på spissen vil bestemmelsen da kunne misforstås slik at eutanasi er greit så lenge det ikke utføres med hensikt om å framskynde dødstidspunktet. *Rådet for legeetikk og sentralstyret* mener derfor forslaget ikke bør tas til følge, fordi det endrer innholdet i bestemmelsen på en uønsket måte. Det er imidlertid noe som språklig sett gjør at denne setningen kan misforstås eller oppleves lite tilgjengelig. Rådet for legeetikk og sentralstyret foreslår derfor en liten endring for å tydeliggjøre leddsetningens meningsinnhold (ny endring i gult):

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, **som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet.**

3. Lindrende sedering og refraktære symptomer

Finnmark legeforening foreslår å endre bestemmelsens siste setning. Den var foreslått slik i høringsbrevet:

Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med refraktære symptomer.

Finnmark legeforening foreslår:

Det samme er tilfellet ved beroligende og smertedempende lindring i livets slutfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg kurere.

Rådet for legeetikk og sentralstyret mener begrepet "lindrende sedering" bør fremkomme spesifikt. Dette er en egen behandlingsform og er ikke det samme som "beroligende og smertedempende lindring". Det er et poeng i seg selv at det er en henvisning til denne spesifikke behandlingsmetoden. Det vises til [retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf).

Begrepet "refraktære symptomer" er ikke synonymt med uttrykket "som ikke lar seg kurere". Rådet for legeetikk og sentralstyret mener "refraktære symptomer" kan endres til "ikke lar seg lindre på annen måte" slik at man sikrer at bestemmelsen er språklig utvetydig og lett forståelig for alle (ny endring i gult):

Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med ~~refraktære~~ symptomer **som ikke lar seg lindre på annen måte.**



Innstilling til vedtak 11.1:

Endring i kursiv og understreket/overstrekhet:

§ 5

Leger skal ikke utføre *aktiv* dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling i livets slutfase, (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som *aktiv* dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg lindre på annen måte.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester - § 1

Bestemmelsen lyder i dag:

Markedsføring og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet (kfr. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Markedsføring eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

Markedsføring og informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.

Rådet for legeetikk har det siste året hatt et særlig fokus på markedsføring av legetjenester. Det foregår etter hvert svært omfattende markedsføring både i sosiale medier og andre former for nettjenester. Rådet for legeetikk har benyttet gjeldende regler også for markedsføring som fremsettes her. For å unngå tvil, og for å understreke at også markedsføring i ulike nettjenester er omfattet av disse etiske reglene, mener rådet det er grunn til å presisere at regelen gjelder uavhengig av medium.



I forbindelse med koronapandemien har det vært eksempler på markedsføring som utnytter det at folk er bekymret for viruset. Også i andre sammenhenger har rådet blitt oppmerksom på markedsføring som utnytter folks bekymring for ulike sykdommer. Dette er noe litt annet enn å "skape angst" slik det nå står i bestemmelsen, og rådet mener det er et behov for å påpeke at også en slik form for markedsføring er uetisk.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Merk at endringen i henvisning til de øvrige bestemmelsene avhenger av andre foreslåtte endringer i denne saken.

Innstilling til vedtak 11.2:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 1

Markedsføring og annen informasjon om legetjenester, uavhengig av medium, kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet (~~kfr. § 2 nedenfor~~) og tittel (kfr. § 3 4 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføring som kan skape eller spiller på angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Markedsføring eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

Markedsføring og informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester - § 2

Bestemmelsen lyder i dag:

Ved markedsføring av og informasjon om legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges.



Rådet for legeetikk mener det er grunn til å tydeliggjøre at dette ansvaret også gjelder dersom markedsføringen er utformet av andre. For at bestemmelsen skal ha en reell betydning er det klart at et slikt prinsipp må ligge til grunn. Man skal ikke kunne unngå dette ansvaret bare ved å hyre inn et reklamebyrå til å utforme markedsføring. Et slikt prinsipp legges derfor til grunn allerede i dag, men rådet mener det er en fordel å tydeliggjøre det ved å ta det inn i selve bestemmelsen. Den foreslåtte endringen er altså ikke nødvendig for å kunne gi kritikk ved et eventuelt brudd, men det er likevel en ønsket tydeliggjøring og presisering.

Rådet for legeetikk ønsker også å foreslå et tillegg i kap III § 2 med krav om at virksomhetens formelle navn og organisasjonsnummer skal fremgå av virksomhetens nettsider. Med økt kommersialisering og privatisering er det grunn til å ha tydelighet rundt hva virksomhetens formelle navn er, for å sikre at alle med behov for det kommer i kontakt med de ansvarlige.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Innstilling til vedtak 11.3:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 2

Virksomhetens registrerte navn og organisasjonsnummer skal fremgå av virksomhetens nettside.

Ved markedsføring av og informasjon om legetjenester skal (d)en medisinske ansvarlige leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges. *Dette gjelder også dersom det er andre som utformer markedsføringen på bedriftens vegne.*

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester – ny § 3

Det foreslås å slå sammen nåværende § 3 med § 4, se neste punkt. Her foreslås en ny § 3.

Rådet for legeetikk erfarer at det tas i bruk ulike former for økonomiske lokkemidler i markedsføring av legetjenester. Det tilbys gratis konsultasjoner, kundepong med på kjøpet og rabatter. Dette er en utvikling rådet reagerer på og ønsker å stanse.

Det kan argumenteres med at dagens regler setter strenge rammer for hva man kan informere om i markedsføring av legetjenester, og at de nevnte formene for markedsføring allerede må sies å være utenfor det som anses etisk etter disse bestemmelsene. Kap III § 1 sier innledningsvis at markedsføring av legetjenester "kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet (kfr. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser"



Rådet for legeetikk mener det er behov for å tydeliggjøre at det må anses som uetisk å tilby ulike former for rabatter og tilgifter i tilknytning til legetjenester. Etter dagens regler er dette ikke tilstrekkelig klart. Rådet for legeetikk mener det er viktig å legge til rette for at legetjenester oppsøkes ved behov, velges utfra kvalitet og at økonomiske insentiver eller lokkemidler ikke har en plass i markedsføringen av legetjenester.

Rådet for legeetikk har også erfart flere ganger den senere tiden at legetjenester blir markedsført sammen med andre ytelser; for eksempel banktjenester og strømleverandører. Rådet for legeetikk mener dette er en uheldig utvikling.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Innstilling til vedtak 11.4:

Endring i kursiv og understreket:

§ 3

Legetjenester skal kun markedsføres alene eller som del av andre helsetjenester.

Ved markedsføring av legetjenester skal det ikke tilbys tilleggsfordeler eller mulighet for å oppnå slike fordeler, eksempelvis i form av rabatter, gaver eller gratis konsultasjoner.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester – §§ 3 og 4

Bestemmelsene lyder i dag:

§ 3

En lege som ikke er godkjent spesialist kan bare markedsføre alminnelig praksis. En godkjent spesialist kan markedsføre sitt spesialfag alene eller sammen med "alminnelig praksis". Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å markedsføre spesialitet i en bestemt sykdom.

§ 4

En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger til.

Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.

Rådet for legeetikk erfarer at disse bestemmelsene i praksis delvis overlapper hverandre og at de derfor, som en forenkling, kan slås sammen til én bestemmelse. Rådet har også et ønske om å tydeliggjøre at markedsførte titler bør ha en sammenheng med godkjente spesialiteter og kompetanseområder. Det er også et ønske om å ta ut begrepet "alminnelig praksis" fordi man nå har en spesialitet i allmenmedisin slik at begrepsbruken her fremstår som uklar og forvirrende.



Det presiseres at det er bruken av titler i markedsføring av legetjenester som omfattes av denne bestemmelsen. Man står friere når det gjelder stillingsbetegnelser eller omtale av en leges kompetanse. For eksempel kan det nevnes at begrepet allmennlege er vanlig å bruke, både muntlig eller som en del av en beskrivelse av legens kompetanse. Bestemmelsen som her foreslås rettes kun mot bruk av titler i markedsføring. Rådet mener det fort kan fremstå som villedende overfor pasientene dersom en lege står titulert som "Allmennlege" dersom vedkommende ikke er spesialist i allmenntillegmedisin. Når det gjelder leger uten spesialitet, går forslaget ut på at disse kun bør tituleres som lege. Deres kompetanse kan beskrives på en nettside eller lignende, her vil man også for eksempel kunne skrive at vedkommende er under spesialisering.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Innstilling til vedtak 11.5:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

~~§ 3~~

~~En lege som ikke er godkjent spesialist kan bare markedsføre alminnelig praksis. En godkjent spesialist kan markedsføre sitt spesialfag alene eller sammen med "alminnelig praksis". Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å markedsføre spesialitet i en bestemt sykdom.~~

§ 4

En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger ~~til~~. Kun tittel knyttet til godkjente norske spesialiteter og kompetanseområder kan benyttes. Lege uten spesialitet skal kun betegnes som "lege".

~~Han/hun~~ Det må ikke brukes titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av ~~hans/hennes~~ legens kvalifikasjoner og virksomhet.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester – § 5

Bestemmelsen lyder i dag:

En lege må ikke drive reklame eller markedsføring for medikamenter eller medisinske forbruksartikler. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Formålet med bestemmelsen er å unngå at leger benytter den troverdighet som tilligger legerollen for å markedsføre produkter. Rådet for legeetikken mener det også er grunn til å reagere på markedsføring av andre produkter enn de som i dag er nevnt i bestemmelsen. På samme måte som en lege ikke skal bruke den tilliten man har som fagperson til å markedsføre legemidler eller medisinske forbruksartikler, mener Rådet for legeetikken det vil være etisk betenkelig dersom denne tilliten benyttes til salg av andre helserelaterte produkter. Dette har både en side mot det å



opprettholde den generelle tilliten til legestanden, men handler også om hva legers faglige tyngde bør brukes til.

Følgende endringer ble sendt på høring (i kursiv og understreket):

En lege må ikke drive reklame eller markedsføring for medikamenter, ~~eller~~ medisinske forbruksartikler eller andre helserelaterte produkter. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Norsk forening for allmennmedisin foreslår at begrepet "faglig-medisinsk" endres. De viser til en artikkel i Tidsskriftet: [Trenger vi ordet medisinskfaglig? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#). NFA foreslår, i tråd med det som fremgår i nevnte artikkel, å fjerne ordet "faglig" slik at setningen blir:

Omtale i medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Rådet for legeetikk og sentralstyret er enig i at begrepet "faglig-medisinsk" er uheldig. I denne bestemmelsen mener man likevel det gir lite mening å kun bruke begrepet "medisinsk". Det viktige i denne bestemmelsen er å tydeliggjøre skillet mellom kommersiell sammenheng og faglig sammenheng, og det foreslås derfor å bruke begrepet "faglig sammenheng".

Innstilling til vedtak 11.6:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 5

En lege må ikke drive reklame eller markedsføring for medikamenter, ~~eller~~ medisinske forbruksartikler eller andre helserelaterte produkter. Omtale i faglig-~~medisinsk~~ sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre e.f.

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Ida Torgersdotter Øygard Haavardsholm, jurist/spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)