

# Den norske legeforening

## ÅRSBERETNING 1.1. 2008 – 31.12. 2008

for

### RÅDET FOR LEGEETIKK

#### Innhold

#### Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

#### Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etske regler for leger

#### Kap I Alminnelige bestemmelser

- 1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk
- 1.2 Pasienters klager på leger
- 1.3 Høringssaker

#### Kap II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere

- 2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer
- 2.2 Tvister mellom leger

#### Kap III Avertisement og annen informasjon om legetjenester

- 3.1. Markedsføring

#### Kap IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer

- 4.1 Attestutstedelser

#### Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

For perioden 1.1. 2006 – 31.12. 2009 har Rådet for legeetikk slik sammensetning, etter valg på landsstyremøtet i Bergen 25. – 28.5. 2005:

Professor, dr. med. Trond Markestad, leder	-	spesialist i barnesykdommer
Professor dr. med. Ragnar Hotvedt, nestleder	-	spesialist i anesthesiologi
Prakt. spesialist, dr. med. Karsten Hytten	-	spesialist i psykiatri
Overlege Turid Aas	-	spesialist i generell kirurgi/bryst- og endokrinkirurgi
Fastlege/kommunelege Anne Mathilde Hanstad	-	spesialist i allmenmedisin
Varamedlemmer:		
Overlege dr. med. Kristin Bjørnland	-	spesialist i generell kirurgi/barnekirurgi

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt 6 møter og har behandlet 97 saker.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens president og generalsekretær, representert Legeforeningen i World Medical Association.

Rådets leder har fra Legeforeningens side ledet arbeidet med ”Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende” sammen med professor, dr.med. Reidun Førde, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Arbeidet er slutført og overlevert Helsedirektoratet.

Rådets leder har deltatt i arbeidet med produksjon av internetbasert undervisningsprogram i etikk i regi av Legeforeningen.

Rådet har i 2008 behandlet noen saker som har prinsipiell interesse. Dette gjelder revisjon av Helsinkideklarasjonen, undersøkelse av dødssted ved uventet barnedød og forhold knyttet til Mitt livstestamente som administreres av Foreningen Retten til en verdig død, oppfølging av sak om MIDIA-prosjektet – med anbefaling om fortsatt bruk av det forskningsmateriale som er innsamlet selv om prosjektet er stanset, etiske problemstillinger i forhold til datasettet ”The Visible Human Project” og reservasjonsrett for legers medvirkning ved rett til assistert befruktning for lesbiske par.

Etter at Rådet i 2007 tok initiativ til å endre Reglement for Rådet for legeetikk, vesentlig som følge av at avdelingens utvalg for legeetikk ikke lenger er opprettholdt, ble nytt reglement vedtatt på landsstyremøtet i 2008 på Soria Moria. Nytt regelverk er lagt ut på temaside om etikk på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no).

Rådet, enkeltmedlemmer i Rådet og sekretariatet har bidratt med rådgivning i konkrete saker utenom de som er inntatt i denne beretning.

## **Avgjørelser i Rådet for legeetikk etter Etske regler for leger**

### **Kap I Alminnelige bestemmelser**

#### **1.1 Generelle problemstillinger i legeetikk**

##### **1.1.1 Anmodning om å vurdere Legeforeningens forhold til livstestamente og Foreningen Retten til en verdig død - 08/764**

En klinisk etikk-komiteé ved et sykehus hadde anmodet Rådet for legeetikk om å ta opp enkelte sider ved Legeforeningens forhold til livstestamente og Foreningen Retten til en verdig død.

Rådet **vedtok** å uttale følgende til den kliniske etikk-komiteen:

”Det vises til brev der komiteen gjør Rådet for legeetikk oppmerksom på at det på nettsiden til *Foreningen Retten til en verdig død* kan gis inntrykk av at Legeforeningen og Rådet for legeetikk støtter foreningens arbeid for lovbestemt rett til aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord.

Rådet for legeetikk vil takke for at komiteen har gjort Rådet oppmerksom på de uheldige formuleringene på nettsiden. Rådet vedkjenner seg å ha bidratt med råd til *Foreningen Retten til en verdig død* da ”Mitt livstestamente” ble revidert i 2000, men ønsker selvsagt ikke å bli tatt til inntekt for foreningens arbeid for aktiv dødshjelp.

Vi tar nå opp dette med *Foreningen Retten til en verdig død*. For det første ber vi om at Legeforeningens syn

presiseres. For det andre ber vi foreningen vurdere å gjøre formularet tilgjengelig uten å måtte være medlem. Et livstestament er jo ikke juridisk bindende. Det kan for eksempel legges ut på nettsiden til Foreningen Retten til en verdig død. Dette var også meningen da det ble revidert (se Schmidt A. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:1143).

Rådet ser det som viktig at mennesker som ønsker å skrive et livstestament, får anledning til det, men det er uakseptabelt at det må knyttes til medlemskap i en forening som har som et hovedmål å arbeide for lovbestemt rett til aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord. Rådet er enig med komiteen i at et slikt dokument bør være tilgjengelig kostnadsfritt og uten bindinger, for eksempel gjennom Norsk pasientforening, slik dere har foreslått. Rådet vil vurdere tiltak i den retning, men vil først avklare hva *Foreningen Retten til en verdig død* ser som rimelig og om det er opphavsrett som må respekteres.

Rådet **vedtok** å uttale følgende til Foreningen retten til et verdig liv:

”Fra klinisk etikk-komité ved et sykehus er Rådet for legeetikk blitt gjort oppmerksom på at det på nettsiden til *Foreningen Retten til en verdig død* kan gis inntrykk av at Legeforeningen støtter foreningens arbeid for lovbestemt rett til aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord. Rådet er enig i at teksten under fanen ”Mitt livstestament” lett kan oppfattes slik all den tid det først står at ”Dokumentet er utformet i samarbeid med Den norske Lægeforening...”, og senere at en må være medlem av Foreningen Retten til en verdig død for å få formularet og for at livstestamentet skal være gyldig. I § 1 i vedtektene for *Foreningen Retten til en verdig død* slås det fast at foreningen arbeider for en lovendring med tanke på å tillate aktiv dødshjelp/legeassistert selvmord.

Rådet for legeetikk er positiv til at mennesker skriver livstestament og har bidratt til utformingen av dette ved revisjonen i 2000. Det var den gang Rådets leder, professor, dr.med. Reidun Førde, som samarbeidet med styreleder i Landsforeningen Mitt Livstestament, Axel Schmidt, og professor, dr.med. Petter Andreas Steen om utformingen. Dette ble ikke behandlet som egen sak av Rådet for legeetikk, men lederen holdt Rådet informert om arbeidet, og Rådets øvrige medlemmer ga sin tilslutning til at lederen deltok i arbeidet og til de forslag som ble fremmet av henne.

Axel Schmidt redegjorde for samarbeidet og for endringene i Mitt livstestament i en artikkel i Tidsskrift for den norske lægeforening i 2001 (Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:1143). Der skrev han bl.a. at den nye livstestamentteksten var å finne på foreningens hjemmeside. Vi kan imidlertid ikke se at den er tilgjengelig der.

Rådet for legeetikk ser gjerne at Rådets rolle i utformingen av Mitt livstestament fortsatt omtales på nettsiden, men ber om at det samtidig presiseres at Den norske legeforening og Rådet for legeetikk er imot aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord. Det kan kanskje sies slik: *Dokumentet er utformet i samarbeid med Rådet for legeetikk i Den norske Legeforening, men det presiseres at Legeforeningen ikke deler Foreningen Retten til en verdig døds syn på at aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord bør tillates.*

Rådet for legeetikk vil berømme *Foreningen Retten til en verdig død* for å ha utarbeidet skjema og retningslinjer for Mitt livstestament. Rådet ser på muligheten for å skrive et livstestament som viktig, men mener at det er uheldig at å skrive et livstestament er betinget av at en melder seg inn i en forening som arbeider for lovbestemt rett til aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord. Rådet vil derfor be foreningen vurdere om livstestamentet kan gjøres tilgjengelig uten at det tegnes medlemskap.

Rådet anmoder altså om at Legeforeningens syn presiseres på nettsidene til Foreningen Retten til en verdig død, og imøteser et svar fra foreningen på spørsmålet om å få tilgang til livstestament uten å være medlem, eller om foreningen har andre forslag.”

### 1.1.2 Rammene for samarbeid med barnevernet - 08/509

En fastlege har i en henvendelse til Rådet beskrevet de samarbeidsformer som barnevernet i kommunen legger opp til i forhold til legene. Han har bedt Rådet for legeetikk om ”Dnlf’s syn på de etiske aspektene

ved denne formen for saksbehandling”.

Problemstillingen er at fastlegen er innkalt til et såkalt nettverksmøte i anledning en undersøkelsessak i barnevernet. Han skriver at han tidligere har levert skriftlig uttale i saken, at han er enig i at barnevernet er inne i bildet, og at han ønsker å bidra med tverrfaglig samarbeide i den grad det er nødvendig. Han skriver også at han er fastlege for barnet og dets mor.

Sakens kjerne er at fastlegen er ukomfortabel med å gi informasjon som ikke er skriftlig all den tid det skal skrives referat fra det planlagte nettverksmøtet, og at han verken får kopi av referatet eller anledning til å korrigere det. Referatet skal også skrives av en person med annen fagbakgrunn enn legen. Referat fra møtet skal oppbevares i barnets mappe. Det som sies i møtet vil kunne medføre sanksjoner etter barnevernlovgivingen.

Innkallingsbrevet til nettverksmøtet er vedlagt i anonymisert form i henvendelsen til Rådet. Av dette framgår at det er en forutsetning at barnets foreldre møter og samtykker til fritak fra taushetsplikt for møtedeltakerne.

Rådet **vedtok** å uttale:

Selv om leger etter loven er pålagt å gi informasjon til barnevernet, er Rådet for legeetikk enig med legen i at denne typen nettverksmøter byr på spesielle utfordringer i forhold til taushetsplikten, og i forhold til at barnevernet får korrekt forståelse av legens bidrag all den tid beslutninger kan få store konsekvenser for pasienten. Det vises i den sammenheng til Etiske regler for leger, kap I, §§ 1-4.

På den annen side vil de samme paragrafer pålegge legen å handle i pasientens beste interesse. I dette tilfellet vil det først og fremst bety barnet. Nettverksmøte kan være en god måte å ivareta denne forpliktelsen på fordi legen kan bidra med viktig kunnskap om barnet og familien. Det vises til kap I, § 2 *En lege skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet*. Det er også viktig at leger deltar i slike møter fordi det ofte kommer fram informasjon fra andre som er verdifull for at legen skal kunne ivareta sin funksjon som pasientens lege på best mulig måte i ettertid.

Rådet mener det er viktig at den det angår er informert. Fastlegen har en særskilt plikt til å snakke med den/dem det angår i forkant av, og eventuelt i etterkant av et slikt møte. For Rådet er det videre et viktig prinsipp at det alltid brukes stor grad av skjønn for hva som sies i slike møter.

Rådet er kjent med at fastleger i utstrakt grad forventes å delta i ulike typer tverrfaglige møter, det være seg barnevern, NAV, møter med arbeidsgiver (såkalte dialogmøter), osv. Rådet ser helt klart at det i slike sammenhenger kan være et problem for fastlegen å vite hva som er korrekt og riktig å si, og understreker viktigheten av samtykke og bruk av skjønn for hva som er relevant å gi av opplysninger uten å komme i konflikt med taushetsplikten (Etiske regler for leger, kap I, § 4).

### 1.1.3 Forskningsmessig utnyttelse av data fra MIDIA-prosjektet - 07/1082

Rådets medlemmer har registrert at Helsedirektoratet synes å ha besluttet at innsamlet data fra MIDIA-prosjektet ikke skal anvendes videre i forskningen. På denne bakgrunn var det utarbeidet et forslag til brev til Helsedirektoratet med kopi til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Rådet **vedtok** å tilskrive Helsedirektoratet slik:

”Rådet for legeetikk er kjent med at Helsedirektoratet har bestemt at det innsamlede materialet i MIDIA-prosjektet ikke kan benyttes til videre forskning fordi innhenting var i strid med bioteknologiloven.

Det var Rådet for legeetikk som innledet en utredning om etiske og juridiske sider ved MIDIA-prosjektet etter henvendelse fra en av Legeforeningens medlemmer. Rådet sendte forespørsler til Nasjonalt folkehelseinstitutt, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonal forskningsetisk komité og Bioteknologinemnda før Rådet selv avga uttalelse om at MIDIA-prosjektet også kunne oppfattes å være i strid med Etiske regler for

leger.

I sin utredning konstaterte Rådet at Nasjonalt folkehelseinstitutt hadde det de oppfattet som nødvendige tillatelser før prosjektet ble iverksatt. Særlig hadde instituttet hatt gjentatte kontakter med Regional forskningsetisk komité (REK) som så hadde godkjent prosjektet. Rådet vil også minne om at Sosial- og helsedirektoratet i sitt første svar til Rådet for legeetikk, d.v.s. før uttalelsen fra Bioteknologinemnda forelå, mente at det var tillatelig med unntak fra loven om generelt forbud mot genetisk testing av barn dersom dette skjedde i et godkjent forskningsprosjekt.

Rådet konstaterer at Helsedirektoratet mener at prosjektet er lovstridig, men diskusjonene viser at Nasjonalt folkehelseinstitutt og REK har vært i god tro. Det er også påtakelig at dette prosjektet, som har vært godt kjent i miljøene, har pågått i flere år og omfattet nær 50 000 familier uten at noen instans åpenbart har reagert på dette før det ble gjenstand for en omfattende utredning.

Rådet for legeetikk er enig i at prosjektet ikke bør videreføres i den forstand at det fortsatt rekrutteres deltagerer, men er uenig i at allerede innsamlete data ikke kan analyseres med tanke på publisering. Det er riktignok internasjonal aksept for at data som er samlet i strid med Helsinkideklarasjonen og lovverket ikke tillates publisert. I Helsinkideklarasjonen er denne bestemmelsen (pkt 27) knyttet til at det ikke er bedt om samtykke fra deltagerne og lignende forskningsmessige forutsetninger. Nasjonalt folkehelseinstitutt har, etter Rådets mening, oppfylt alle kravene iflg. Helsinkideklarasjonen med unntak av det som i etterkant oppfattes som brudd på den norske bioteknologiloven, d.v.s. ikke vært i samsvar med den enkelte nasjons lover, noe som er et krav i Helsinkideklarasjonen. I andre land, inklusive Sverige, har tilsvarende studier ut fra genetisk disposisjon vært gjennomført på barn uten å være i strid med lovverket.

Bioteknologiloven er nokså ny, og det har åpenbart vært uklarhet omkring lovligheten av prosjektet på den tiden det ble søkt om tillatelse til å gjennomføre studien. I mellomtiden har nær 50 000 foreldrepar gitt samtykke til å delta, og nær 1000 barn har fått påvist en genetisk øket risiko for å utvikle type I diabetes. Dette er familier som Rådet mener har krav på at deres og barnas innsats respekteres ved at allerede innsamlete data gjøres til gjenstand for forskning. Uansett må barna og familiene få en oppfølging, og det opprinnelige forskningsmessige opplegget vil i så måte også være tjenelig fra en klinisk problemstilling.

Det er motstridende hensyn i denne saken. Men all den tid prosjektet var godkjent på vanlig måte og ble gjennomført i god tro, mener Rådet for legeetikk at Nasjonalt folkehelseinstitutt og helse-Norge har en forpliktelse overfor barna og familiene som har deltatt, til å sørge for at deres betydelige innsats verdsettes ved at de kan bidra til at diabetes type I kanskje kan forebygges. Denne etiske forpliktelsen må få forrang for juridiske overveielser i etterkant.”

#### **1.1.4 Rådgivning på nettside - 08/1683**

Rådet hadde vedtatt av eget tiltak å ta opp til vurdering den rådgivning som en gynekolog hadde gitt på en nettside. Gjennom medieoppslag hadde Rådet for legeetikk sett at gynekologen på nettsiden hadde rådet en kvinne til å velge abort. Foranledningen var at kvinnen hadde spørsmål i forhold til at hun hadde inntatt mye alkohol tidlig i svangerskapet. Rådet mente at det kunne være i strid med Etske regler for leger å gi et så vidtrekkende råd på det beskjedne grunnlaget som framkom på nettsiden og valgte derfor å behandle saken som en ordinær klagesak.

Nærmere om saksforholdet: Kvinnen sendte et anonymt spørsmål til nettsiden om det var mulig å påvise om fosteret hadde tatt skade av hennes alkoholinntak. Hun visste ikke at hun var gravid før etter én måned. I denne første måneden hadde hun drukket mye alkohol 1-2 ganger daglig i løpet av en ukes ferie og også i forbindelse med to fester utenom denne uken. I sitt svar påpekte innklagete lege at det ikke var mulig å påvise om fosteret var påført skade, og han skrev videre at ”Med ditt beskrevne inntak, er jeg betenkt, og ville nok råde deg til å velge abort”.

I sitt tilsvarende svar til Rådet skriver innklagete lege at han følte at det lå en alvorlig bekymring bak spørsmålet fra en fortvilet gravid kvinne, og at hun følte seg hjelpeløs. All den tid hun påpekte at det dreide seg om store

mengder alkohol, oppfattet han det slik at hun, mellom linjene, ønsket et konkret råd. Legen påpeker også at kvinnen uansett ville motta veiledning før hun tok en endelig beslutning når hun henvendte seg til lege eller gynekologisk avdeling med spørsmål eller anmodning om abort. Dette gjelder også for selvbestemt abort. Legen sier seg imidlertid oppriktig lei for sin fortolkning av spørsmålet og for at svaret har virket støtende. Hans eneste intensjon var å hjelpe en gravid kvinne i nød.

Rådet **vedtok** å uttale:

Spørsmålet om å velge abort oppleves som svært vanskelig for de fleste kvinner og par, og veiledning må bygge på grundig forståelse av den medisinske tilstanden og kvinnens, og eventuelt partnerens, livssituasjon og livssyn. I den aktuelle saken spurte kvinnen bare om det var mulig å påvise om fosteret var skadet. Å gi entydig råd om abort på dette grunnlaget alene mener Rådet er i strid med Ethiske regler for leger, kap I, §§ 1-2 som handler om legens plikt til å ivareta alle sider ved menneskers integritet, interesse og helse. Internett egner seg ikke for å gi vidtrekkende råd i kompliserte spørsmål. I denne aktuelle saken ville det ha vært i tråd med legers etiske forpliktelser å skissere muligheter og gi råd om hvor kvinnen burde søke nærmere veiledning. Rådet uttaler derfor kritikk for den måten legen besvarte kvinnens henvendelse på.

### 1.1.5 Bruk av datasettet ”The Visible Human Project” - 08/2837

En professor hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere om det er etisk forsvarlig å bruke data fra ”The Visible Human Project” i et forskningsprosjekt på et senter hvor han er avdelingsleder. En forskningsgruppe ved senteret er avhengig av å benytte dette datasettet for å kunne gjennomføre et stort forskningsprosjekt om bruk av radar i medisinen. Gode alternativer finnes ikke.

#### *The Visible Human Project*

Dataene i ”The Visible Human Project” stammer fra en detaljert kartlegging av anatomien hos en henrettet fange i USA. Før fangen fikk giftsprøyten i 1993, ga han samtykke til å donere kroppen til forskning eller annen medisinsk anvendelse. Samtykket ble gitt til fengselspresten. Fangen var sannsynligvis ikke i detalj informert om hvordan kroppen var tenkt brukt, og Rådet har heller ikke funnet annen informasjon om hvilke forutsetninger samtykket ble gitt på. Fangens navn er senere blitt kjent, men ikke gjennom offisielle kanaler.

Umiddelbart etter at fangen var død ble kroppen frosset ned og så skåret i 1871 millimetertykke skiver. Snittene ble fotografert og rekonstruert i et billedvolum. Datasettet er bearbeidet av The National Institutes of Health og er kommersielt tilgjengelig for forskning og undervisning verden over mot en avgift på ca. 5000 Euro. På grunnlag av datasettet er det publisert mange vitenskapelige arbeider, og mange mener at ”The Visible Human Project” representerer et viktig forskningsgjennombrudd.

De etiske betenkelighetene knytter seg først og fremst til om det i det hele tatt er akseptabelt å benytte biologisk materiale eller annen informasjon fra en henrettet fange til forskning, og om samtykket fylte kravet til å være frivillig, informert og forstått.

Rådet **vedtok** å uttale:

Ved søk i medisinske databaser kan Rådet konstatere at datasettet ”The Visible Human Project” i stor grad er benyttet i forskning og undervisning verden over, og at påfallende lite er publisert om etiske betraktninger knyttet til anvendelsen av materialet, selv om det har vært noe diskusjon i medisinske tidsskrifter (1-4). Rådet vil derfor gi honnør til professoren for å ha reist problemstillingen før han vurderer å benytte datasettet. Rådet har vurdert det som oppfattes som de viktigste etiske dilemmaene:

#### *1. Er det etisk akseptabelt å benytte materiale fra en henrettet person?*

World Medical Association (WMA) og Den norske legeforening aksepterer ikke at leger deltar i tilretteleggelse for eller gjennomføring av dødsstraff (“It is unethical for physicians to participate in capital punishment, in any way, or during any step of the execution process”; <http://www.wma.net/e/policy/c1.htm>). I WMA har legers involvering blant annet vært diskutert i forbindelse med transplantasjoner av organer fra henrettede, og den kinesiske legeforening har vært truet med eksklusjon dersom den ikke klart tar avstand fra

"the involuntary or forced removal and sale of organs" fra henrettede, noe WMA beskriver som "illegal and ethically completely unacceptable" ([http://www.wma.net/e/press/1998\\_19.htm](http://www.wma.net/e/press/1998_19.htm)).

WMA har imidlertid ikke uttalt seg direkte om situasjoner som den aktuelle, verken i resolusjoner eller i Helsinkideklarasjonen. De punktene i Helsinkideklarasjonen som allikevel kan ha relevans, er kravet om respekt for mennesker (pkt 8) og de omfattende kravene som stilles til frivillighet (pkt 20) og samtykke (pkt 22-24) i forbindelse med forskning.

Det kan stilles spørsmål ved om leger har *deltatt* i henrettelsen all den tid det antas at tidspunktet for henrettelsen i noen grad må ha vært planlagt i forhold til nedfrysningen. Det er usannsynlig at måten henrettelsen ble gjennomført på (giftsprøyte) var diktert ut fra spesielle behov med hensyn til behandlingen av kroppen. Ved bare å være innforstått med tidspunktet for henrettelsen, og slik kunne planlegge behandlingen av den døde kropp, anser ikke Rådet at forskerne som tok hånd om kroppen, var delaktige i henrettelsen all den tid den dødsdømte hadde gitt samtykke.

I forhold til en dødsdømt kan kravet om respekt for mennesket tolkes på flere måter: Det kan være uttrykk for mangel på respekt å utnytte en som er utsatt for den inhumane handlingen, som en henrettelse er, også etter at vedkommende er død. På den annen side kan det være mangel på respekt å ikke anerkjenne en dødsdømts uttrykte ønske, på linje med tilsvarende ønsker fra andre mennesker, om å få donere sitt legeme til gagn for menneskeheten gjennom forskning. Ved *ikke* å benytte materialet kan en også gi et signal om at en som er henrettet ikke har samme verdi som menneske, heller ikke etter sin død, som andre mennesker som vi benytter materiale fra i medisinsk utdanning og forskning.

Det viktigste argumentet mot å benytte materiale fra en dødsdømt er, etter Rådets mening, at anvendelse kan oppfattes som en indirekte aksept av dødsstraff. I tillegg til å signalisere at dødsstraff ikke nødvendigvis er moralsk forkastlig, kan det å benytte materialet tenkes å bidra til å opprettholde dødsstraff som institusjon.

## 2. Gyldig samtykke?

For at et samtykke skal være gyldig må det være gitt frivillig og uten at den det angår har vært utsatt for noen form for press. Personen må videre ha fått tilstrekkelig informasjon til å forstå hva samtykket innebærer.

I dette tilfellet kan det være berettiget tvil om samtykket tilfredsstillende alle krav til å være frivillig og informert. En søster av fangen har angivelig ment at han kanskje donerte kroppen for å spare familien for utgifter til begravelse. Men Rådet anser at det neppe er et viktig argument for at samtykket ikke var frivillig. Rådet kan heller ikke se at det skulle være andre grunner til å utøve eller føle press i en slik situasjon der en antar at alle ankemuligheter for å oppheve dødsdommen var utnyttet. Det er stilt spørsmål om den dødsdømte var tilstrekkelig informert om hva kroppen skulle brukes til. Etter Rådets mening var det ikke nødvendig å gi *detaljert* informasjon om hva kroppen skulle brukes til dersom fangen ikke ga uttrykk for at han ønsket slik informasjon. Dessverre vet vi lite om informasjons- og samtykkeprosessen i denne saken.

## 3. Andre betraktninger

Mye av den kunnskapen som vi bygger vår medisinske innsikt og behandling på i dag, er basert på undersøkelser og metoder opp gjennom historien som vi i dag ikke ville ha ansett som etisk akseptable (1). Noe forskning har vært så åpenbart uetisk, slik som den som ble utført i nazistenes konsentrasjonsleire, at resultatene ikke kan anvendes. I nyere tid har det særlig vært diskutert om de mest anvendte anatomiske atlasene i medisinsk undervisning (Pernkopf-atlasene) burde fjernes da det er sannsynlig at holocaustofre ble benyttet da mange av de anatomiske illustrasjonene ble tegnet (1,4).

Rådet for legeetikk mener at datasettet fra "The Visible Human Project" ikke kan sammenlignes med materiale basert på nazistenes overgrep eller kinesernes bruk av organer fra henrettede fanger. Selv om legeetiske regler ikke aksepterer dødsstraff, må en forholde seg til at dette er innført i USA gjennom en demokratisk prosess, og at dommen baserer seg på en åpen rettergang med ankemuligheter. Det er mangelfull kunnskap om måten samtykke ble innhentet på, men det synes klart at samtykket ble gitt av en samtykkekompetent person som ikke hadde noe å tape på å la være, eller gevinst av å gi samtykke. Det er grunn til å tro at denne situasjonen er vesensforskjellig fra forholdene omkring organtransplantasjoner i Kina.

### *Konklusjon*

Det er etiske argumenter både for å avvise og for å akseptere å benytte datasettet fra "The Visible Human Project". Hver enkelt forsker kan ikke unngå å ta stilling til dilemmaet.

Datasettet har i ca. 15 år vært benyttet i utstrakt grad til forskning og undervisning, og det er fritt tilgjengelig mot en avgift. Materialet kan derfor oppfattes som en del av vår felles medisinske kunnskapsbase.

Rådet kan ikke se at det å benytte seg av materialet behøver å bety at en signaliserer en aksepterende holdning til dødsstraff. Selv om vi mangler detaljkunnskap om grunnlaget for samtykket, mener Rådet at det kan legges stor vekt på at dette var frivillig fordi det ikke var noe å vinne på det for donator.

Rådet mener derfor at det ut fra etiske betraktninger er akseptabelt å benytte datasettet fra "The Visible Human Project". Forskere må imidlertid være åpne om historien bak datasettet, diskutere dilemmaet og begrunne standpunkt i prosjektbeskrivelser og søknader til forskningsetiske komiteer.

### *Referanser:*

1. Hildebrandt S. Capital punishment and anatomy: History and ethics of an ongoing association. *Clinical anatomy* 2008;21:5-14.
2. Roeggla G, Landesmann U, Roeggla M. Ethics of executed person on Internet. *Lancet* 1995;345:260.
3. Owens RG. Ethics of executed person on Internet. *Lancet* 1995;345:653.
4. Atlas MC, Ahip MLS. Ethics and access to teaching materials in the medical library, the case of the Pernkopf atlas. *Bull Med Libr Assoc* 2001;89:51-58.

### **1.1.6 Rett til assistert befruktning for lesbiske par – reservasjonsrett for legers medvirkning - 08/4176**

Rådet har på eget initiativ, og med bakgrunn i sommerens mediadebatt, tatt opp til drøfting de legeetiske sider ved legers reservasjonsrett til medvirkning til assistert befruktning for lesbiske par – blant annet slik denne er kommet til uttrykk ved uttalelser fra Legeforeningens tillitsvalgte sett i forhold til Etiske regler for leger.

Når den nye ekteskapsloven trer i kraft 1.1. 2009, får lesbiske par rett til assistert befruktning på lik linje med heterofile. Den 19.6. 2008 vedtok et flertall i Stortinget (bestående av representanter fra Sp, Høyre, FrP, KrF, Venstre) at "Regjeringen må sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas for å utføre eller assistere ved assistert befruktning".

Både den nye ekteskapsloven og Stortingets vedtak om reservasjonsrett har vært utgangspunkt for en aktiv debatt. En journalist opplevde en fastleges avvisning av hennes ønske om henvisning for assistert befruktning som krenkende og diskriminerende, og representanter for homofile og lesbiske har uttalt at en reservasjon mot å henwise lesbiske par klart vitner om diskriminerende holdning. Legeforeningens president har også tatt avstand fra Stortingets vedtak om reservasjonsrett. Hun understreker at man må skille mellom retten til å reservere seg for å utføre et inngrep som assistert befruktning eller abort på generelt grunnlag, og det å reservere seg mot å hjelpe enkeltpasienter. Hun peker på faren for diskriminering på bakgrunn av etnisitet, legning og religion. Likestillings- og diskrimineringsombudet mener det ikke bør være mulig å reservere seg på andre grunnlag enn religion. Leger har trukket fram at de er utdannet til å behandle alvorlig sykdom og at lesbiske uten barn ikke kan sies å ha et helseproblem. I debatten har det også kommet frem bekymring for at barn av lesbiske skal vokse opp uten en far. Av debatten synes det å være ulike forhold som trekkes frem som begrunnelse for legers eventuelle reservasjon mot å hjelpe lesbiske med assistert befruktning.

Det er særlig tre paragrafer som har vært anvendt i Rådets refleksjon. I kap 1 – Alminnelige bestemmelser, §



I heter det: ” *En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den*”. I § 2 heter det: ” *Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt....*”. I § 6 gis det mulighet for å reservere seg mot å ta en pasient i behandling: ” *...En lege kan avslå å ta en pasient under behandling såfremt denne har rimelig anledning til å få hjelp av en annen lege*”.

§ 1 handler om legens oppgave i forhold til å hjelpe til å verne menneskers helse. Leger har trukket fram at assistert befruktning til lesbiske ikke er helsehjelp idet det ikke ligger sykdom til grunn for deres barnløshet. I dagens helse-Norge opereres det imidlertid med et vidt helsebegrep, og leger forholder seg til en rekke pasientproblemer som ikke dreier seg om behandling av sykdom. Rådet mener derfor at § 1 i denne sammenheng først og fremst kommer til anvendelse når det gjelder hvordan assistert befruktning til lesbiske skal prioriteres av helsevesenet. Det er viktig at leger engasjerer seg i prioriteringsspmål, men samtidig må leger i stor grad akseptere politiske beslutninger om tildeling av rettigheter. Rådet mener derfor at uenighet i forhold til prioritering ikke er grunn for reservasjonsrett i forhold til den enkelte pasient eller gruppe.

Rådet for legeetikk har dyp respekt for kvinners ønske om å få barn, uavhengig av seksuell orientering. I den aktuelle saken står plikten til å ivareta den enkelte pasients interesse og integritet mot prinsippet om legers autonomi / reservasjonsrett. § 6 gir ingen føringer på hva slags kriterier som kan legges til grunn for at leger skal kunne avslå å ta en pasient i behandling. Rådet for legeetikk er av den oppfatning at leger må kunne reservere seg mot å utføre oppgaver som de av alvorlige overbevisningsgrunner er mot. Dette kan dreie seg om oppgaver som assistert befruktning til lesbiske, provosert abort eller det å avslutte hensiktsløs behandling (f.eks. kople ut pacemaker). Rådet ser her ingen prinsipiell forskjell mellom det å henvise og utføre assistert befruktning. All den tid det er en lovbestemt rettighet, mener Rådet videre at hvis en lege reserverer seg i forhold til en pasients ønske om assistert befruktning, må legen sørge for at den aktuelle pasient får bistand av annen lege, for eksempel ved å be kommunelegen om å formidle kontakt til lege som er villig til å henvise.

### **1.1.7 Klage på lege over bruk av kvantemedisinske metoder - 07/4318**

En forsker hadde innklaget en lege for å tilby kvantemedisinsk behandling i sin legepraksis. Bakgrunnen er at innklagete lege står oppført som tilbyder av behandlingen på nettsiden til distributøren av det aktuelle utstyret. Klager mener at dette er kvakksalveri og at slik behandling ikke må gis legitimitet gjennom at autoriserte leger går god for den. Videre uttrykker han bekymring for at legens pasienter utnyttes og ikke mottar tilfredsstillende behandling, og i verste fall at pasienter lider overlast.

Innklagete lege har i brev redegjort for at hun stort sett driver vanlig medisinsk praksis, men med et komplementært tilsnitt, bl.a. benytter hun seg av kvantemedisinsk behandling. Hun mener at metodene er tilfredsstillende dokumentert og er nyttige i behandlingen av enkelte pasienter, særlig kronikere som ikke får noe tilbud og ellers blir stemoderlig behandlet i helsevesenet. Hun skriver videre at ”Felles for alle disse metodene er at man bruker devices som henter ut info fra pasienten, som tillater oss å sende signaler tilbake som regulerer homeostasen”. Innklagete lege har også lagt ved dokumentasjon om den kvantemedisinske diagnostikk og behandling hun benytter (SCIO og EIS), bl.a. fra daglig leder og fagansvarlig for SCIO Norge as.

Rådet for legeetikk har vurdert innklagetes bruk av kvantemedisinske metoder ut fra Etiske regler for leger, kapittel I, § 9, 2. ledd, som bl.a. sier at ”Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring”.

I denne vurderingen har Rådet fått direktør ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM), Universitetet i Tromsø, professor, dr.med. Vinjar Fønnebø, til å vurdere den vitenskapelige dokumentasjonen for de angitte kvantemedisinske metodene. Professor Fønnebø konkluderer i sin utredning med at den dokumentasjon som er fremlagt, ikke gir grunnlag for å hevde at metodene har vist seg effektive i diagnostikk og behandling av sykdom.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet tviler ikke på innklagede leges oppriktige ønske og mål om å benytte de kvantemedisinske metodene til beste for sine pasienter. Til forsvar for å ta i bruk utradisjonelle metoder kan det hevdes at mye av akseptert medisinsk diagnostikk og behandling også savner god vitenskapelig dokumentasjon. Rådet anerkjenner at medisinsk praksis ofte baserer seg mer på erfaring og tradisjon enn på streng vitenskapelig dokumentasjon, men det er på den forutsetning at slike metoder gjøres til gjenstand for etterprøving etter aksepterte vitenskapelig metoder med det mål å gjøre klinisk praksis mest mulig kunnskapsbasert. Rådet anser det som særlig viktig at nye undersøkelses- og behandlingsprinsipper ikke tas i bruk i vanlig legepraksis før effekt og mulige bivirkninger er tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert. Ut fra den dokumentasjonen som foreligger, mener Rådet at de kvantemedisinske metodene som innklagete lege benytter, ikke oppfyller de nødvendige kravene til dokumentasjon, og at det er i strid med Etske regler for leger, kapittel I, § 9, 2. ledd å anbefale og bruke dem i diagnostikk og behandling. Rådet vil derfor uttale kritikk overfor innklagete lege.

## 1.2 Pasienters klager på leger

### 1.2.1 Klage over leges oversendelse av uttalelse om kjøredyktighet til sykehus - 07/4336

En lege var innklaget for urettmessig å ha gitt opplysninger videre i forbindelse med uttalelse om kjøredyktighet.

Bakgrunnen er at klager, som er over 80 år, behandles for epilepsi og har vært utsatt for to alvorlige utforkjøringer som fører av bil. Fastlegen henviste ham derfor til vurdering hos nevrolog med tanke på om han fortsatt burde få lov til å kjøre bil.

Klager har anført at fastlegen ved å ta initiativ til undersøkelse hos spesialist skal ha brutt Etske regler for leger – trolig med henvisning til reglene om taushetsplikt.

I sitt tilsvarende påpeker legen den medisinske og juridiske begrunnelsen for henvisningen til spesialist, og dokumenterer at klager ved konsultasjonen ble informert om henvisningen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet vil ved sin vurdering og uttalelse ikke gå inn i de medisinsk-faglige forhold som danner bakgrunn for innklagede leges handlinger. Det vises i den forbindelse til Reglement for Rådet for legeetikk, § 3, 2. ledd hvor det fremgår at *"Rådet behandler ikke saker som gjelder den faglige delen av medisinsk virksomhet..."*.

Etter helsepersonellovens § 34, har fastlegen opplysningsplikt om sykdomsforhold som kan ha betydning for oppfyllelse av de helsemessige krav som stilles for å inneha førerkort. Fastlegen kunne i dette tilfellet gitt en direkte oppfordring til pasienten om å innlevere førerkortet, eventuelt med melding til myndighetene. Rådet oppfatter legens vurdering slik at det var riktig å innhente vurdering av spesialist før ovennevnte prosedyre ble iverksatt. Rådet kan ikke se at dette innebærer brudd på reglene om taushetsplikt siden plikten etter helsepersonellovens § 34 går foran slike regler. Legen kan etter dette ikke kritiseres for å ha iverksatt tiltak for nærmere undersøkelser i forbindelse med pliktmessig vurdering av helsetilstanden for personer som innehar førerkort.

### 1.2.2 Klage på leges oppførsel - 07/5489

En pasient og en pårørende hadde innklaget en lege for utilbørlig oppførsel i forbindelse med en konsultasjon.

Pasienten var henvist til legen (spesialist) for vurdering av en ubehagelig lyd i det ene øret. Pårørende, som er samboer med pasienten, var med pasienten ved konsultasjonen fordi pasienten lider av Aspergers syndrom

og panikkangst. Klagerne skriver at midt i konsultasjonen blir legen ”*belærende sint mann*” og bl.a. forteller hva han mener om pasientens piercing i tungen, og om verk i muskler og mulige lammelser. Da pasienten prøvde å ta til motmæle, ble legen sint og etter hvert viser dem ut av kontoret. Klagerne mener at legen har oppført seg respektløst, og at episoden har forverret pasientens allerede ødelagte erfaring med mennesker rundt seg.

I sitt tilsvarende skriver legen at ”*medisinske argumenter fra undertegnede ble møtt med en ordstrøm av medisinsk og ikke medisinsk art fra pasientens side*”. Han kommenterer ikke klagerens framstilling for øvrig, men avslutter med at ”*Hvis pasientens konsultasjon hos undertegnede har ført til økende psykiske og fysiske problemer for henne kan jeg bare beklage dette*”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet merker seg at legen ikke har imøtegått klagerens beskrivelse av konsultasjonen, selv om han med sitt utsagn om ”*..ordstrøm..*” antyder at samtalen kanskje ble opplevd som vanskelig. Selv om en konsultasjon oppleves vanskelig, har allikevel legen ansvar for å opptre og uttrykke seg på en profesjonell og respektfull måte. Det vises til Etske regler for leger, kap I, § 2 som bl.a. sier at ”*Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt*”. Slik konsultasjonen er fremstilt, vil Rådet beklage legens oppførsel.

### 1.2.3 Påstand om brudd på Legeforeningens etiske regler - 08/691

Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring (LLH) ved leder har innklaget en lege til Rådet for legeetikk for et publisert leserinnlegg med påstanden ”Deres seksualitet er et avvik”. Innklagete er muslim, og hans ytringer har utgangspunkt i hans tro. Han hevder bl.a. at de som tiltrekkes av sitt eget kjønn har en seksualitet som er et avvik fra det som er naturlig og ønskelig. ”Å kludre til dette er feil. Ingen fordømmelse av dem det gjelder! Men deres legning kan ikke bli norm.” - ”Det fins mange avvik i naturen. Homofil legning hører med blant dem.... De representerer ikke det normale”. Han skriver videre om samfunn hvor homofil praksis har spilt en viktig rolle. Han henviser til samfunnet til Lot omtalt i Koranen og Bibelen: ”Men den praksisen slo tilbake på samfunnet, som ble ødelagt. Det ligger lærdommer i det”.

LLH tar i sin klage opp spørsmålet om innklagetes ytringer er i strid med Etske regler for leger, kap I, § 1: ”*...Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn*”, § 2: ”*Pasienten skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt*”. Videre stilles spørsmål ”om innklagetes ytringer også er uttrykk for manglende oppdatering i faget, slik § 10 stiller krav om: ”*En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem*”, da hans ytringer kan tyde på at han fortsatt anser homofili for å være en diagnose”.

I et referat på NN nett presenteres uttalelser fra så vel foreningen som innklagete lege. Her sier innklagete at han har homofile pasienter som han behandler profesjonelt: ”Jeg har pasienter som er homofile og transseksuelle, og andre som jeg oppfatter som seksuelle avvik ut fra det jeg oppfatter som normalen, og jeg har et helt profesjonelt faglig forhold til pasientene”.

I sitt tilsvarende til Rådet for legeetikk skriver innklagete at hans innlegg hadde overskriften ”Islam og homofili”. Avisen endret denne til ”Deres seksualitet er et avvik”. Han sier videre at ytringen er en ”...klar, ryddig og ikke fordømmende framstilling av hva Koranen og jeg selv mener om homofili. Jeg har lagt vekt på å uttrykke meg med respekt...”. Han understreker at han skrev ytringen som privatperson og muslim og ikke som lege. Om sin holdning til pasienter skriver han: ”Mitt standpunkt til homofili påvirker ikke min holdning til pasienter. Min oppgave er å verne menneskers helse”....”Man kan være uenig i en annens livsførsel og ha en mening om hva som er ”rett”. Likefullt kan man være korrekt og faglig til den pasient man forholder seg til. Det er grunnleggende for enhver lege”. Han skriver videre at menneskerettighetenes syn på familie, seksualitet og ekteskap langt på vei dekker det som er hans eget syn.

Rådet **vedtok** å uttale:

Klagen er vurdert opp mot de paragrafer i Ethiske regler for leger som klager har anført. I sitt leserinnlegg oppgir ikke innklagete noen yrkestittel. Rådet er derfor av den oppfatning at han ytrer seg som samfunnsborger og ikke som lege. Utgangspunktet er hans muslimske tro. Både tros- og ytringsfriheten er grunnleggende demokratiske rettigheter som gjelder for alle borgere uavhengig av yrke. Rådet mener derfor at uttalelsene ikke er i strid med Ethiske regler for leger.

Rådet er av den oppfatning at enhver lege må kunne ytre seg fritt – også om kontroversielle saker – selv om han/hun oppgir å være lege, såfremt ytringen er saklig. Det vises til Ethiske regler for leger, kap I, § 11: *En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at almenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål.* Dersom innklagete hadde uttalt seg i egenskap av å være lege, ville det ha vært kritikkverdig å omtale homofili som avvik i betydningen medisinsk diagnose. Etter Rådets vurdering er innklagetes bruk av betegnelsen avvik i hans leserinnlegg ikke å regne som en diagnose fastsatt av en lege. Innklagete kan, etter Rådets mening, ikke lastes for at avisen har valgt å endre overskriften på hans innlegg.

### 1.3 Høringssaker

#### 1.3.1 Forslag om endringer i Helsinkideklarasjonen - 07/4984

Med bakgrunn i henvendelse fra World Medical Association (WMA) hadde Legeforeningen i brev til ulike organisasjonsledd – herunder Rådet for legeetikk, sendt saken ut på høring.

Rådet **uttalte** følgende:

#### **COMMENTS ON THE SUGGESTED REVIEW OF THE WMA DECLARATION OF HELSINKI**

Essentially there are no major principal changes compared to the earlier edition, but important amendments and clarifications are suggested. To us the most important are: Specification of the duty of researchers to include *underrepresented populations*, such as children and pregnant women (§ 4), specification of *palliation* in research objectives (several paragraphs), inclusion of duty towards participants who suffer injury as a consequence of research (§ 13), inclusion of duty for researchers to secure post-trial access for participants to medical benefits revealed from the research (§ 14 and § 30), to safeguard that participants before entry are made aware of possible secondary/chance findings on genetic disease disposition (§ 22), the specification of duty of researchers to make sure that participation in a study is in the best interest of the population in question when including legally incompetent participants (§ 24) or when informed consent cannot be obtained (§ 26), specification of need for consent to store collected samples (§ 26A), and protection of “professional participants” (§ 26B).

The Ethics Committee feels that some paragraphs need clarification:

§ 1: It is unclear what the exact definition of biomedical research means. It may be a better alternative to maintain “medical research”. In any event the expressions need to be defined more specifically. If “biomedical” is maintained it should be stated more specifically what biomedical research involves, such as: “Biomedical research involving human beings includes research where people are involved directly and research on human material and data collected for clinical or research purposes.”

§ 4: In the paragraph on underrepresented populations, ethnic minorities should also be included, and the paragraph may read: “Populations that have previously been underrepresented in biomedical research, such as children, pregnant women and ethnic minorities, should be provided equitable access to participation in research.”

§ 22A: The specified exemptions for obtaining informed consent is too narrow. We suggest that it should be possible to do observational studies on historical data from own institution, such as medical chart reviews, without requiring informed consent. In such situations it may be impossible (may have died), difficult, upsetting to people to get a request after many years, or it may affect the validity of the results if patients are

not included because people do not answer on a postal request for permission. We suggest that the sentence should read something like: "In observational epidemiological research conducted on large databases *or historical data from own medical institution*, there may be.....".

### 1.3.2 Etablering av arenaer for utstilling av medisinsk teknisk utstyr - 07/1781

Legeforeningen hadde bedt om uttalelse til en sak til landsstyret om endringer i forhold til kursretningslinjenes bestemmelser om tellende kurs og forholdet til leverandørindustrien hva gjelder å etablere arenaer for utstilling av medisin teknisk utstyr.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk konstaterer at det er i pasientenes interesse at leger har god kunnskap om medisinsk teknisk og annet utstyr som er tilgjengelig for helsetjenesten. For å få slik kunnskap er det nødvendig med kontakt mellom aktuelle leverandører av utstyr og legene. Det er hensiktsmessig at leverandører gis anledning til å vise utstyr i forbindelse med møter der aktuelle leger samles i faglig sammenheng. Da vil legene få anledning til å diskutere utstyret med kolleger, og det er praktisk og tidsbesparende å slippe å søke individuell kontakt med leverandører.

Samtidig er det viktig at en slik kontakt ikke etterlater tvil om legenes uavhengighet i forhold til leverandørene. Det vises til Etske regler for leger, kap I, § 12: "*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.*"

Rådet for legeetikk støtter forslaget om at fagmedisinske foreninger skal gis anledning til å arrangere tellende kurs der det etter søknad holdes utstilling av aktuelt medisinsk utstyr, men under forutsetning av at

- Alle aktuelle leverandører inviteres på lik linje og under samme vilkår
- At utstillerne ikke subsidierer kursdeltagerne eller arrangør økonomisk eller på annen måte som kan skape tvil om uavhengighet og like konkurransemessige vilkår. Imidlertid skal utstillerne dekke egne utgifter, for eksempel leie av lokaler.

Ellers vil Rådet foreslå at man bruker begrepet "medisinsk utstyr" og ikke "medisinsk teknisk utstyr", som oppfattes unødig begrensende.

### 1.3.3 Statusrapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere - 07/686

Legeforeningen hadde anmodet Rådet for legeetikk og en rekke andre foreningsinstanser om uttalelse til utkast til statusrapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil berømme referansegruppen og Legeforeningens sekretariat for en grundig utredning av utfordringene knyttet til helse for ikke-vestlige innvandrere.

Etter Rådets oppfatning er de viktigste problemområdene behandlet på en betryggende kunnskapsbasert måte. Dokumentet gir en god oversikt over forekomst og typiske karakteristika for helseproblemer i denne gruppen og om hvordan pasienter med forskjellig bakgrunn best kan møtes for at de kan få tillit til og benytte seg av helsevesenet. Dokumentet skisserer også hvilke tiltak som kreves av kompetansehevende, juridisk og organisatorisk natur for å sikre at innvandrerne får et tilfredsstillende helsetilbud. Det er også pekt på viktige tiltak for å sikre at sykdom hos innvandrerne ikke får konsekvenser for befolkningen som helhet, og da særlig tiltak for å redusere risikoen for spredning av smittsomme sykdommer.

Rådet for legeetikk merker seg at dokumentet ikke inneholder noe om legers og helsevesenets rolle i forhold til uttransportering av asylsøkere som har fått avslag, aldersbestemmelse av unge asylsøkere, genetiske undersøkelser ved spørsmål om familiegjenforening og liknende oppgaver der leger blir bedt om å opptre som sakkyndig. Rådet for legeetikk og Menneskerettsutvalget i Legeforeningen har vært opptatt av og uttalt

seg i slike spørsmål. Rådet innser at sakkyndigrollen skiller seg fra legers oppgave som behandler, og spørsmålene kan derfor oppfattes som å være på siden av intensjonen med dokumentet. Allikevel er dette spørsmål som leger og helsevesenet for øvrig ofte må forholde seg til, og Rådet vil derfor foreslå at legers og helsevesenets rolle i slike spørsmål tas opp. Det vises for øvrig til uttalelser fra menneskerettighetsutvalget og Rådet for legeetikk.

#### **1.3.4 Forslag om endringer i forskrift om legers melding til politiet om unaturlige dødsfall og lignende - 08/2576**

Legeforeningen hadde bedt fire fagmedisinske foreninger om uttalelse til forslaget om endringer i forskriften om melding av unaturlig dødsfall. Rådet var ikke angitt som høringsinstans, men Rådet ønsket allikevel avgi høringsuttalelse.

Rådet **vedtok** slik høringsuttalelse:

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har fremmet forslag om å etablere et obligatorisk tilbud om dødsstedsundersøkelse i regi av helsetjenesten ved alle tilfeller av plutselig uventet død hos barn på 0-3 år. Undersøkelsen skal være et hjelpemiddel for å fastsette dødsårsak.

HOD mener videre at dødsstedsundersøkelsen bør utføres av ett av to spesialteam – ett lokalisert i Helse Midt-Norge HF og ett i Helse Sør-Øst. Disse skal dekke hele landet og kunne rykke ut innen 48 timer etter dødsfallet. Begrunnelsen for å etablere to spesialteam er at oppgaven krever spesiell kompetanse. Den årlige kostnaden er beregnet til vel 5,5 millioner kroner.

HOD viser til gode erfaringer med et forsøksprosjekt som omfatter 64 dødsfall der mistanke om kriminelle forhold ble avkrefet i 14 tilfeller og der uaktsomhet/uforstand – uten at dette førte til videre oppfølging fra påtalemyndighetenes side – ble funnet i 6 tilfeller. Så vidt man forstår ble det ikke i noen tilfeller påvist straffbare forhold på grunnlag av dødsstedsundersøkelsen. Polititjenestemann med spesiell kompetanse i denne typen etterforskning var sentralt medlem av dette teamet.

Det presiseres at utrykningsteamet ikke skal representere noe helsetilbud overfor familiene, men bare oppfattes som en del av omsorgen for det døde barnet. Teamet skal rapportere tilbake til sykehuset som har tatt mot barnet, og rapporten fra dødsstedsundersøkelsen skal legges i barnets journal.

#### ***Rådet for legeetikk er kritisk og uenig i mange av forslagene:***

##### *1. Forhold til informert samtykke og taushetsplikt*

Dødsstedsundersøkelsen er ment som et *frivillig* tilbud for familiene fra *helsevesenet*, men den skal skje innen 48 timer. Det betyr at disse familiene i en sjokkpreget situasjon nærmest umiddelbart må *gi informert, frivillig og forstått* samtykke til at en for dem helt ukjent gruppe mennesker (det er ikke medlemmer av teamet som skal be om samtykke) skal komme inn i hjemmet deres og *etterforske* årsaken til at barnet døde. Det er meget tvilsomt om familiene i denne situasjonen er i stand til fullt ut å forstå konsekvensen av hva samtykket innebærer. De må bl.a. gjennom informasjonen forstå at en hensikt med hjemmebesøk er å lete etter straffbare forhold.

I høringsutkastet er motivet for et sentralt utrykningsteam uklart. Det anføres at det skal bidra til å finne årsak/diagnose, men ut fra sammenhengene er det åpenbart at det vesentlige underliggende motivet er å avdekke straffbare forhold, noe som er politiets oppgave. Dette fremgår bl.a. av at forslaget er forankret i ”Handlingsplan mot vold i nære relasjoner”. Samtidig skal teamet *ikke* rykke ut dersom obduksjonen avdekker sannsynlig straffbare forhold. Da skal politiet overta primært.

Her vil det åpenbart kunne oppstå vansker i fht taushetsplikten:

- Hvis den rettsmedisinske obduksjonen fører til at dødsfallet blir en politisak, så er videre prosedyrer klare og uavhengige av helsevesenet.
- Dersom helsepersonell på hjemmebesøk finner forhold som kan tyde på at mangelfull omsorg *kanskje* kan ha bidratt til, men ikke være årsak til dødsfallet, kan ansvarsforholdene være uklare:

Helsepersonell har til og med taushetsplikt i forhold til straffbare forhold dersom opplysning ikke er nødvendig for å forhindre videre skade. Plikt til å informere påtalemyndighetene vil sannsynligvis kreve en endring i lovverket. I Ethiske regler for leger heter det også at ”*Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte*” (Kap I, § 4). Barnet er allerede dødt, og dersom det ikke er søsken, er det vel heller ikke grunnlag for å rapportere dårlig omsorgsmiljø til barnevernet.

- Taushetsplikten innebærer at helsepersonell har en plikt til å påse at ikke flere enn nødvendig informeres om en pasients/menneskers helseforhold. Det å involvere et utenforstående team innebærer at flere enn nødvendig gis taushetsbelagt informasjon, d.v.s. gevinsten står ikke i rimelig forhold til betenkelighetene ved å involvere en utenforstående gruppe helsepersonell.

## 2. Omsorgsmessige og medisinsk faglige forhold

I innstillingen slås det fast at konklusjonen om dødsårsak skal fattes av rettsmedisineren som obduserer barnet på oppdrag fra politiet. Men rettsmedisineren skal *ikke* være med på dødsstedsundersøkelsen – heller ikke barnelegen eller sykepleieren som har tatt opp sykehistorien, undersøkt den døde og hatt nær kontakt med familien etter dødsfallet, d.v.s. viktige forhold når det gjelder å se sammenheng mellom mulige årsaksfaktorer og dødsfallet. I innstillingen er det vist til internasjonale krav om at dødsstedsundersøkelse hører med før et dødsfall bør klassifiseres som krybbedød. Ut fra en slik premiss mener Rådet for legeetikk at dødsstedsundersøkelsen nettopp bør utføres av dem som skal fastslå dødsårsaken, nemlig den aktuelle rettsmedisiner og barnelege som har tatt opp den primære sykehistorien, undersøkt barnet og dokumentert funnene, og eventuelt andre primærkontakter som har bidratt til å klargjøre hendelsesforløpet, for eksempel ambulanspersonell og kontakter i primærhelsetjenesten. Det er rettsmedisiner som uansett skal rapportere til politiet, og konklusjonen om dødsfallet bør da være sikrest mulig.

Ved at samme team som undersøker den døde og har kontakten med familien, også utfører dødsstedsundersøkelsen, ivaretar man også et viktig støtte- og omsorgsbehov overfor familien. Det er derfor naturlig at kontaktsykepleier deltar for å bidra til å ivareta familien.

I innstillingen er det fremhevet at teamene bør ha spesiell kompetanse. Rettsmedisinere og erfarne barneleger har kompetanse når det gjelder å forstå sammenhenger mellom omstendigheter og funn. De spesielle risikofaktorene og fokusområdene som er listet i innstillingen, krever ikke høyspesialiserte nasjonale team. I en nasjonal veileder for dødsstedsundersøkelser kan behovet for systematikk ivaretas. I forhold til krybbedød er det god erfaring med dette ved at hvert aktuelt sykehus har en nasjonalt utarbeidet ”krybbedødsperm” som punkt for punkt angir hvordan forhold skal registreres og dokumenteres. Det er vårt inntrykk at denne følges på en god måte selv om det ikke, så vidt vi vet, foreligger noen formell evaluering av dette.

Rådet for legeetikk ser betydningen av den ene målsetningen om at dødsstedsundersøkelse skal bidra til oppbygging av kunnskap i forebyggingsøyemed. Rådet mener at denne målsetningen kan ivaretas på annen måte, bl.a. ved å utarbeide retningslinjer for dødsstedsundersøkelse og opprette et register der konkrete forhold skal registreres.

Rådet etterlyser en begrunnelse for at tilbudet bare skal gjelde barn i alderen 0-3 år. Hva skiller en 2-åring fra for eksempel en 4-åring i en slik sammenheng?

Rådet vil også påpeke at primærhelsetjenestens rolle ikke er nevnt. Dette er uheldig fordi det er primærhelsetjenesten som sannsynligvis kjenner familien best og som skal følge opp denne i ettertid.

## 3. Konklusjon

Rognumutvalget, som er utgangspunktet for denne innstillingen, hadde tre mulige modeller for dødsstedsundersøkelse. *Alle* innebar obligatorisk (og ikke frivillig) dødsstedsundersøkelse, og alle inneholdt politifaglig ekspertise som nødvendig kompetanse.

Den modellen som foreslås fra HOD inneholder ingen av disse forutsetningene. Hensikten og målet blir derfor høyst uklart: Ikke skal det være obligatorisk annet enn at det skal være et obligatorisk *tilbud*, og ikke skal det ha en formell etterforskningsmessig rolle i forhold til straffbare forhold.

Kravet om samtykke til dødsstedsundersøkelse, som i praksis stort sett vil bety besøk i hjemmet, innebærer at det må være frivillig, informert og *forstått*. Det innebærer ikke minst at omsorgspersonene også må ha

forstått at man vil se etter straffbare forhold. Med dette samtykkekravet er det lite trolig at det vil gis samtykke dersom omsorgspersonene er redd for at de kan straffeforfølges. Et fundamentalt spørsmål blir da hva som skal gjøres dersom familien nekter dødsstedsundersøkelse samtidig som rettsmedisiner og barnelege føler seg utrygge på om uaktsomhet eller omsorgssvikt kan være en av kanskje flere årsaksfaktor, men uten at de finner noen tegn til straffbare forhold ved hendelseshistorie og undersøkelsene av barnet?

Rådet for legeetikk støtter forslaget om at det bør tilbys dødsstedsundersøkelse for å kunne fastslå årsaksforhold så langt som mulig. Dette kan oppleves viktig for de pårørende og for faglig forståelse av uventet død. Men da er det viktig at dette gjennomføres av dem som har stått for øvrig diagnostikk hos barnet, d.v.s. i første rekke den aktuelle rettsmedisineren og erfarne barnelegen som også kan få informasjon fra andre primærkontakter, slik som fastlege, ambulanspersonell og andre førstekontakter.

Ved en lokal modell vil hjemmebesøk også bidra til at omsorgsbehovet dekkes på en god måte. I forslaget om sentrale team er det eksplisitt påpekt at dette *ikke* er en oppgave for dem – den oppgaven skal tas hånd om av det stedlige helsevesen. Men det er en erfaringssak at dersom det kommer inn et ”superteam”, vil dette ikke unngå å måtte gå inn i en slik rolle til en viss grad – i alle fall vil de pårørende i stor grad forvente og oppfatte det slik. Dette er nok også innsett av forfatterne av innstillingen all den tid det er foreslått at sykepleier ”..med klinisk erfaring fra fagområder som er vant til å håndtere akutte hendelser..” bør være en del av teamet. Modellen med sentralt team vil derfor kunne pulverisere ansvar for krisehjelp, forvirre de pårørende og svekke kontakten med den lokale sykehusavdelingen og primærhelsetjenesten.

Det eneste målet som etter Rådet for legeetikks mening står igjen som ønskelig, er å oppnå mer kunnskap om plutselig død i en forebyggingshensikt. En kan ikke se at Barsedødsprosjektet, som i flere år har bestått av et sammensatt team som har gjort dødsstedsundersøkelser, har sannsynliggjort at dette vil gjøres bedre med sentralt team i stedet for et tilsvarende lokalt tilbud. Dette dreier seg om kvalitetssikring og forskning som sannsynligvis kan dekkes på en minst like god måte gjennom en god og nøyaktig nasjonal veileder, ved at prosedyrene gjennomføres av hjelpeapparatet knyttet til den lokale barneavdeling/rettsmedisinsk avdeling i samarbeid med primærhelsetjeneste/fastlege. For å oppnå kunnskap til bruk i senere forebygging, bør det opprettes et frivillig nasjonalt forskningsregister på samme måten som ved en rekke andre tilstander, for eksempel syke nyfødte og barn med cerebral parese. Det er trolig at et slikt system vil gi bedre kunnskap enn om opplysningene baserer seg på et engangsbesøk av et fremmed team fordi opplysningene kan bli mer komplette all den tid de kan innhentes over en lengre tidsfase og fra flere kilder, særlig fra primærhelsetjenesten. Et annet viktig aspekt er at en lokal løsning vil bli langt billigere.

### **1.3.5 Utkast til Nasjonal veileder for beslutning om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende - 08/2806**

Legeforeningen hadde bedt en del organisasjonsledd i Legeforeningen om uttalelse til utkast til Nasjonal veileder for beslutning om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.

Høringsbrevet var ikke adressert til Rådet for legeetikk, men sekretariatet hadde lagt til grunn at Rådet selv måtte vurdere om det skal avgis ytterligere uttalelse i saken.

Rådet tok saken under realitetsbehandling.

Rådet **vedtok** å gi sin tilslutning til veilederens utforming og innhold uten noen vesentlige innvendinger.

## **Kap II Regler om legers forhold til kolleger og medarbeidere**

### **2.1 Offentlig debatt/Debatt mellom kollegaer**

#### **2.1.1 Klage på debattinnlegg - 06/4464**

En sjeflege ved et medisinsk senter hadde innklaget en overlege for uttalelser sistnevnte har kommet med i et debattinnlegg i en avis.



Overlegens innlegg, med overskriften ”Effektive” private sykehus god medisin?” er en ytring i forhold til en tidligere artikkel i samme avis om private og offentlige tilbud når samfunnet skal kjøpe behandlingstilbud til sykmeldte for å redusere sykefravær. I denne artikkelen ble en ny ”superrask” prostataoperasjon ved NN senter omtalt på en slik måte at overlegen mener fremstillingen på en utilbørlig måte bygger opp under forestillingen om at private sykehus er mer effektive enn offentlige. For å belyse det hun mener er en skjev fremstilling, omtaler hun en pasient, forøvrig en nær slektning, som ble behandlet for det som ble diagnostisert som benign prostatahyperplasi ved senteret. Ved ny undersøkelse et par måneder senere viste det seg at pasienten hadde prostatacancer. Hun skriver så at ”...NN senter hadde ikke gjort grundige nok undersøkelser for å utelukke kreft.” Hun skriver også at ”Historien er ikke unik, og illustrerer at såkalt ”effektiv” medisinsk behandling kan bety overfladisk og dårlig behandling”. I siste delen av innlegget konkluderer hun med at den totale kapasiteten i helsevesenet må økes og påpeker bl.a. at sykehusjobbingen ”går på helsen løs”.

Sjeflegen mener at avisinnlegget er tendensiøst og ukollegialt, og at påstanden, som indikerer at NN Medisinske Senter AS har gitt en overfladisk og dårlig behandling, ikke er dokumentert. Han mener også at det er kritikkverdige at hun bruker tittelen overlege og arbeidsstedet uten at det kommer frem at hun ikke er spesialist i det aktuelle medisinske området.

I et tilsvarende gjør overlegen rede for pasientens sykehistorie, undersøkelser og behandling ved sykehuset, NN Medisinske Senter AS og et lokalsykehus. Det fremgår at PSA-verdi tatt på lokalsykehuset kort tid før undersøkelsen ved det medisinske senteret var normal, at prostata klinisk ble vurdert som ikke cancersuspekt av spesialist i urologi og at to ultralydundersøkelser ved det medisinske senteret heller ikke ga mistanke om cancer. Det ble ikke tatt biopsi. Under innleggelse av annen årsak på sykehuset to måneder etter operasjonen, ble det påvist skjelettmetastaser ved utredning for smerter. Hun skriver videre at ”.. hensikten med avisinnlegget var å uttrykke bekymring for og advare mot at helsepersonell lar effektivitetsmessige og økonomiske hensyn påvirke deres medisinske avgjørelser på en måte som kan få uheldige konsekvenser for pasientene, og at myndighetene ved sin måte å lede helsevesenet på bidrar til et slikt press.” Hun opprettholder sin oppfatning om at det medisinske senteret ikke hadde gjort grundige nok undersøkelser, uten at hun begrunner dette nærmere.

I et nytt tilsvarende påpeker sjeflegen at avisinnlegget til overlegen ble publisert før det medisinske senteret hadde mottatt endelig epikrise, at beskyldningene om utilstrekkelig utredning ikke er begrunnet og at leserne måtte oppfatte at hun uttalte seg som spesialist på området all den tid hun titulerte seg som overlege ved sykehuset.

Rådet **vedtok** å uttale:

Klagen er vurdert opp mot Ethiske regler for leger kap I, § 11: ”En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at almenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål” og kap II, § 5: ”Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan”.

Rådet oppfatter avisartikkelen som et innspill i debatten om behov for økte ressurser til det offentlige helsevesenet. Pasienthistorien som brukes for å illustrere at rask og ”effektiv” behandling kan bety at den er overfladisk og dårlig, må imidlertid oppfattes som en faglig kritikk av den behandlingen pasienten fikk ved NN Medisinske Senter AS. Kritikken får ekstra tyngde all den tid innklagete lege oppgir å være overlege nettopp ved det sykehuset hvor riktig diagnose ble stilt. Den totale utformingen kan gi inntrykk av at rask og overfladisk behandling særlig hefter ved private helsetilbud selv om innklagete riktignok skriver at dette også gjelder offentlige institusjoner.

Slik Rådet ser det, kan det i den aktuelle avisartikkelen bare stilles spørsmål ved saklighetsnivået i forbindelse med beskyldningene om utilstrekkelig undersøkelse av den aktuelle pasienten. Dette er et medisinsk faglig spørsmål som Rådet ikke tar stilling til, jf. Reglement for Rådet for legeetikk § 3. Rådet har imidlertid brakt i erfaring at det medisinske senteret, ut fra beskrivelsen, har fulgt vanlig akseptert praksis med hensyn til utredning av den aktuelle pasienten. Alle leger vet at sykdom av og til ikke oppdages selv om retningslinjene for diagnostikk er fulgt. De bør derfor være varsomme med offentlig å fremme så alvorlige

beskyldninger mot andre leger og medisinske institusjoner dersom det ikke kan vises til at det som fagmiljøet anser som god praksis, er brutt. Uriktige beskyldninger kan bidra til å skape unødig usikkerhet og engstelse hos pasienter og i befolkningen generelt, og bidra til defensiv medisin.

Rådet er for en åpen debatt om medisinske og helsepolitiske spørsmål. Selv om beskyldningene i denne saken er drøye og udokumenterte, mener Rådet at de allikevel må aksepteres som del av det totale innholdet i avisartikkelen uten å ha vært i strid med Ethiske regler for leger. Denne typen uenighet om medisinsk faglige spørsmål egner seg dessuten for tilsvarende i media uten at taushetsplikten behøver å bli satt til side.

Rådet vil ellers beklage at denne saken ved en inkurie ikke ble behandlet innen rimelig tid.

## 2.2 Tvister mellom leger

### 2.2.1 Klage fra sykehuslege over uriktige påstander fremsatt av praktiserende spesialist - 08/1337

En overlege hadde anmodet Rådet om å vurdere og eventuelt reagere på et avisoppslag i en avis, hvor en urolog synes å fremkomme med påstander om ineffektivitet på sykehus i forhold til sin egen praksis. Klager beskylder innklagede lege for uriktige påstander uten å konkretisere dette nærmere.

Avisoppslaget er et intervju med urologen som fremhever effektiviteten i sin egen privatpraksis som følge av nytt laserutstyr og generell organisering. I tillegg forteller han at han følte at pasientene tidvis ble behandlet på en lite verdig måte på sykehuset.

På samme avisside er klinikkjefen ved kirurgisk avdeling ved sykehuset intervjuet. Hun forklarer hvorfor det er betydelige forskjeller i produktivitet mellom privat og sykehusbasert praksis.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har liten mulighet for selv å vurdere påstanders eller faktabeskrivelers riktighet. I dette tilfelle kan Rådet heller ikke se at sykehusets representant, som kommenterer saken på samme avisside, har imøtegått uttalelsene fra urologen.

Slik dette avisoppslaget er utformet, og med adgang til kommentarer og imøtegåelser fra sykehusets side – som er benyttet - kan Rådet for legeetikk ikke se noe grunnlag for å hevde at de kollegiale reglene i Ethiske regler for leger, kap. II, er brutt. Rådet finner heller ikke at det er behov for å sensurere en slik debatt mellom ulike deler av helsetjenesten. Siden uttalelsene fra den praktiserende spesialisten ikke er imøtegått av sykehusets representant eller er påpekt som feil eller usaklige av klager, vil Rådet heller ikke kunne vurdere saken til å være i strid med saklighetskravet i § 5.

### 2.2.2 Klage på kollega - 08/407

En overlege hadde fremsatt klage mot en seksjonsoverlege for uttalelser i dagspressen. Saken har bakgrunn i uenighet om hvor farlig forhøyet kolesterol er, og dermed også om behandling av denne tilstand. Seksjonsoverlegen har klaget overlegen inn for Rådet for uttalelser han har kommet med i to aviser. I det ene innlegget skriver den innklagede bl. a. *"Legemiddelindustrien lever høyt av å selge kolesterolsenkende medisiner, statiner. Det er en milliardindustri som man ikke er villig til å gi opp så lett. Så har man folk som slike som driver Klinikk X, som lever av folks frykt for kolesterolet"*. Han sier videre at klageren og andre *"lever av kolesterolmyten"*, men at han har et *"håp om at vanlige folk snart skal oppdage sannheten. Sannheten er at så lenge Klinikk X og deres forkjempere får dominere mediene, vil sannheten aldri komme frem"*. I det andre avisinnlegget sier den innklagede bl. a. *"Å mene at dette stoffet er farlig, ja likefrem en "silent killer", er så hinsides all fornuft at jeg ikke har ord for det. Statiner har en gunstig effekt, særlig på hjertesyke menn, men ikke på grunn av den kolesterolsenkende effekten. At kolesterolet går ned er ulempen ved statiner"*

Klageren mener at de to avisinnleggene representerer brudd på Ethiske regler for leger, kap II, § 4 *"En lege*

*må være varsom med å kritisere kolleger og medarbeidere overfor pasienter og pårørende, men må alltid ha pasientens interesse for øye”, og § 5 ”Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan”. Han kritiserer også at den innklagede signerte det ene innlegget som overlege ved en sykehusavdeling, og at han først fem dager senere signerte et nytt innlegg med ”tidligere overlege”.*

I sitt tilsvare hevdet den innklagede at den offentlige debatt om det aktuelle tema har vært ensidig, og at ”ekspertene” har herjet fram med avisoppslag om ”hvor farlig kolesterolet er og dermed skremt vettet av friske menn og kvinner som tilfeldigvis har et høyt kolesterol. Ikke bare skremt dem, de har gjort dem til pasienter, selv om de jo selvfølgelig er helt friske.” Innklagede mener at han kjenner sannheten om kolesterolet. Han henviser også til avsløringen om at en rekke statinforskere som var aktive da grensene for behandling av hyperkolesterolemi skulle bestemmes i USA i 2004, var betalt av statinprodusentene.

Klageren mener på sin side at de omtalte avisinnleggene kan få lesere til å tro at innklagedes ytringer er representative for den avdeling han har angitt å være overlege ved. Klageren mener også at de er egnet til å skape angst og usikkerhet blant pasienter, og at den innklagede kan ha tapte liv på samvittigheten, dersom bare en liten prosentdel av pasientene har ”kastet medisinen i søpla”.

Meningsutvekslingen mellom de to involverte er også ledsaget av flere henvisninger til vitenskapelige artikler. Det råder stor uenighet mellom de to om fortolkning og betydning av disse. Rådet for legeetikk har ikke kompetanse til å gå inn i denne faglige debatt.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at det er faglig uenighet om betydning av kolesterolnivå for folks helse, og om grenser og metoder for evt. behandling av høyt kolesterol. Rådet har ingen forutsetning for å gå inn i en faglig disputt om dette. Rådet har imidlertid ingen motforestillinger mot at temaet tas opp i en offentlig debatt. De omtalte avisartikler inneholder synspunkter som nok avviker adskillig fra den allmenne oppfatning i det medisinske miljø, men de inneholder også viktige poeng som er relevante i debatten. Dette bør miljøet tåle, og evt. møte med motargumentasjon. Avisartiklene inneholder noen spissformuleringer, men disse er etter Rådets oppfatning innenfor rimelighetens grenser.

Den innklagede lege har signert det ene avisinnlegget som overlege ved en bestemt avdeling. Dette gjør han antakelig for å vise at han har kompetanse, og for å gi autoritet til budskapet. Den vanlige leser kan oppfatte dette som om han uttaler seg på vegne av avdelingen, noe Rådet oppfatter som uheldig all den tid det i et annet avisinnlegg kommer fram at avdelingens offisielle syn er et annet. Han burde ha uttrykt sin kompetanse på annen måte, f. eks. ved å angi sin spesialitet.

Som konklusjon mener Rådet for legeetikk at innklagede lege med sine to avisinnlegg ikke har brutt Etske regler for leger, kap. II, §§ 4 og 5.

### **2.2.3 Klage på lege for å beskyldt kollegaer for rasisme - 08/44**

En divisjonsdirektør og en avdelingsoverlege ved et sykehus innklaget en lege for å ha uttalt at ledelsen ved Sykehuset NN har et rasismeproblem. Dette ble angivelig sagt til kollegaer under en kaffepause på et videreutdanningskurs for leger og ble overhørt av en lege ansatt ved Sykehuset NN. På spørsmål fra denne legen om å begrunne utsagnet henviste innklagete lege til 3 saker som angikk leger av utenlandsk opprinnelse. To av sakene gjaldt konflikter mellom ledelse og ansatte, og en sak handlet om at det tok urimelig lang tid før en utenlandsk lege fikk gå selvstendige vakter.

I sitt tilsvare benekter innklagete lege, både at han mener at ledelsen ved sykehuset har et rasismeproblem og at han har kommet med noen påstand om det. Han kan heller ikke se at det er noen punkter i Etske regler for leger som er relevante i denne sammenhengen.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet kan ikke ta stilling til denne saken fordi påstand står mot påstand. Rådet vil imidlertid tilføye at det er uenig med innklagete lege når han hevder at Etske regler for leger ikke har bestemmelser som er relevante i denne sammenheng. Å beskyldte en kollega for rasistiske holdninger er alvorlig, og en slik beskyldning er, dersom det ikke er belegg for påstanden, i strid med kap. II, § 1, der det bl.a. heter at ”*En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt...*”

## **Kap III Avertisement og annen informasjon om legetjenester**

### **3.1. Markedsføring**

#### **3.1.1 Anmodning om vurdering av reklamebrosjyre for en legeklinikk - 08/1047**

En lege hadde bedt om Rådets vurdering av reklamebrosjyre for en medisinsk klinikk. Klager ba Rådet spesielt se på avsnittet om helsekontroller, hvor klager stiller spørsmålsteget ved om det er god medisinsk praksis å gjennomføre ”tilfeldige” helsekontroller og om opplysningene kan være egnet til å skape urealistiske forventninger til helsetjenesten. Klager mener også at teksten om helseavtaler for bedrifter kan forstås som et løfte om at sykefraværet vil gå ned. Klager påpeker til slutt at det ikke er angitt hvem som er medisinsk ansvarlig for virksomheten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Etske regler for leger, kap. III, § 1, setter krav til nøkternhet og objektivitet ved markedsføring av legetjenester. Brosjyren for klinikken er ett av flere eksempler på at markedsføring av legetjenester er blitt mer pågående enn tidligere og kan være ved grensen til det som er akseptabelt innenfor Legeforeningens etikkregler.

I den aktuelle brosjyren kan det lett forstås at periodiske helsekontroller eller kontroller som ikke er et resultat av indikasjon på sykdom eller plager, kan bidra til forventning om et liv hvor sykdom alltid oppdages i tide. Under avsnittet Helsekontroll på side 2 kan uttrykket ”*Her avdekker man sykdom på et tidlig stadium...*” gi et noe urealistisk bilde av trygghet. Det kan allikevel ikke hevdes at utsagnet direkte er usant, selv om Legeforeningen og andre instanser mener at periodiske helsekontroller på helt friske mennesker ikke har nødvendig helseeffekt i forhold til ressursbruk.

Det kan ikke hevdes at helseavtaler i seg selv gir redusert sykefravær, men utsagnet kan forstås slik at faste avtaler kan bidra til at lege søkes tidligere og at behandling kan iverksettes tidligere med håp om en kortere sykdomsperiode. Rådet kan i hvert fall ikke utelukke at det delvis kan være belegg for utsagnet.

Det kan nok hevdes at klinikken rent objektivt anvender en tekst i brosjyren som gir urealistiske forventninger til helsetjenesten, men Rådet mener allikevel at annonseringen ikke er så villedende at den er egnet til å skape engstelse om man ikke benytter seg av tilbudet. Rådet finner derfor at denne brosjyren ligger innenfor det som kan tillates av annonsering for medisinske tjenester.

Av Etske regler for leger, kap III, § 2 fremgår at det ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal fremgå en ”*medisinsk ansvarlig leges navn*”. Rådet konstaterer at det i brosjyren for klinikken ikke fremkommer navn på noen lege. Dette er i strid med Etske regler for leger.

#### **3.1.2 Anmodning om vurdering av avertisement/reklame - 08/2119**

En lege hadde anmodet Rådet om å vurdere en reklameplakat for en medisinsk klinikk som fremhever denne virksomheten som ”ledende” innen idrettsmedisin, arbeidsmedisin og allmennmedisin. Etter behandling i Rådet ble saken forberedt som klagesak. Til møtet ble det fra innklaget klinikk opplyst at klinikken har besluttet å fjerne ordet ”ledende” fra reklameplakaten.

Rådet **vedtok** å uttale:

Hvis det ikke objektivt kan klarlegges at ordet ”ledende” er sant, vil bruken av ordet ”ledende” om

legevirksomhet og/eller leger være i strid med Etske regler for leger, kap. III, § 1, 2. ledd. Rådet tar til etterretning at virksomheten har besluttet å fjerne ordet fra reklameplakaten.

## Kap IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer

### 4.1 Attestutstedelser

#### 4.1.1 Klage på leges attest til forsikringsselskap

En lege hadde i tilknytning til en sak som var ferdigbehandlet, tilskrevet Rådet og bedt om at Rådet for legeetikk tar saken opp som klage til *"forsikringsselskapets eget råd for etikk"*. Legen grunngir dette med den urimelige behandling hans pasient fikk ved forsøk på å tegne reiseforsikring i forsikringsselskapet.

Rådet **vedtok** å avslå anmodningen om å ta saken videre til andre instanser.

Rådet antar at legen mener at saken bør bringes inn for Forsikringsklagenemnda, men Rådet ser ingen grunn til å ta standpunkt til om saken egner seg for slik behandling og legger til grunn at det ikke er en oppgave for Rådet å bringe slike saker videre til andre instanser. Forsikringssøkeren må selv ta standpunkt til om en slik prosess skal iverksettes. Saken er ved dette avsluttet i Rådet.

#### 4.1.2 Klage på legeerklæring - 07/5134

Det forelå klage over legeerklæring utarbeidet av en fastlege som omhandlet klagers tidligere kone.

Legeerklæringen inneholder alvorlige beskyldninger om fysisk og psykisk vold fra ektemannens side. Beskyldningene er formulert som fakta uten at det er oppgitt hva som er grunnlaget for påstandene. Ektemannen benekter å ha utøvet noen form for vold og hevder at erklæringen inneholder ikke-etterrettelige påstander, fordreininger av fakta og ærekrenkelser, og at den bl.a. er brukt av kvinnen for å oppnå fordeler som voldsoffer. Klager anfører også at legeerklæringen ikke har adressat eller oppgitt formål. I sitt tilsvarende skriver legen at legeerklæringen utelukkende er basert på de opplysningene som kvinnen hadde gitt legen i egenskap av fastlege, og som var nedfelt i hennes journal.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har vurdert saken i forhold til Etske regler for leger, kap IV, § 5, der det bl.a. presiseres at *"Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av en legeerklæring"* og § 4 som bl.a. sier at erklæringen *"...skal være objektiv og nøytral i sin form."*

I den aktuelle legeerklæringen er flere alvorlige beskyldninger fremsatt som fakta uten at det fremgår om opplysningene er begrunnet i legens egne observasjoner, pasientens påstander eller på annen måte. Dette gjelder særlig utsagnet *"Pasienten har vært utsatt for vold i ekteskapet, både psykisk og fysisk vold"*. Legen skulle her ha anført at opplysningene var basert på kvinnens eget utsagn. Det at slike utsagn ikke er begrunnet, er i strid med de nevnte paragrafer i Etske regler for leger.

Erklæringen er adressert til pasienten, men Rådet finner at den ikke har en adressat i den mening som fremgår av § 5, hvor det åpenbart er ment at den eller de instanser som skal anvende opplysningene til formålet, skal være angitt som adressat.

Rådet finner heller ikke at det er angitt noe formål med legeerklæringen.

Rådet mener også at det burde fremgå mer eksplisitt av erklæringen at legen er pasientens fastlege, selv om dette til en viss grad kan utledes av sammenheng.

Rådet ser disse bruddene på kravene til utforming av legeerklæringer som alvorlige. Rådet mener at legen i dette tilfelle har opptrådt kritikkverdig og i strid med Etiske regler for leger.

#### 4.1.3 Anmodning om vurdering av honorarkrav for spesialisterklæring - 08/1442

Et forsikringsselskap hadde bedt Rådet for legeetikk vurdere honorarkravet fra en lege for en spesialisterklæring.

På anmodning fra forsikringsselskapet har innklagete lege utferdiget en spesialisterklæring om årsak, fremtidige utsikter og invaliditetsgrad av en lyskeskade hos en forsikringstaker. Innklagete hadde tidligere undersøkt ham som pasient, og uttalelsen bygger på dennes og kollegers journalnotater ved samme institusjon, samt opplysninger fra noen andre kontakter med helsevesenet utenfor innklagedes institusjon. Disse opplysningene var sendt til innklagete fra forsikringsselskapet sammen med mandatet. Legen hadde ikke tatt pasienten inn til ny undersøkelse. Spesialisterklæringen er på 2 sider, og for denne fakturerte legen honorar for 6 timer a kr 2300.

Forsikringsselskapet viser til en tidligere uttalelse fra Rådet om urimelige honorar for legeerklæringer. All den tid det ikke var en forhåndsavtale om pris, har forsikringsselskapet utbetalt honoraret, men påpeker at honorarkrav i denne størrelsesorden på sikt kan få betydning for prisen på forsikringsdekning. Det aktuelle honoraret ble belastet et idrettsforbund.

Innklagete lege påpeker at han har brukt den timesats for arbeidet som han ellers forlanger for arbeid han utfører utover sin vanlige arbeidstid. Han opplyser videre at vanlig timesats for arbeid for forsikringsselskap hos den institusjonen der han arbeider, er kr 2400.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet merker seg at spesialisterklæringen og faktura er skrevet på institusjonens brevpapir, men forstår av sammenhengen at det er snakk om et personlig honorar.

Rådet har ikke kompetanse til fullt ut å vurdere omfanget av arbeidet med en spesialisterklæring, selv om medlemmene har betydelig erfaring i utforming av legeerklæringer. Rådet merker seg videre at det ikke på forhånd var avtalt noen pris og at det heller ikke er bindende takster for denne typen arbeid. Imidlertid er det faste priser, p.t. kr 850 pr time, når tilsvarende spesialisterklæringer utferdiges for eksempel for Norske pasientskadeerstatning, domstolene og tilsynsmyndighetene.

Rådet stiller seg undrende til at den aktuelle legeerklæringen krevde så mye som 6 timers arbeid og mener videre at et personlig honorarkrav på kr 2300 pr time er urimelig sammenlignet med satsene som gjelder for oppdrag for offentlige institusjoner. Innklagete lege viser til at han ikke har gått ut over avtalen om honorar i forhold til anmodningen fra forsikringsselskapet. Rådet er enig i at forsikringsselskapet har et ansvar for å avtale betingelsene for et oppdrag, men Rådet mener også at legen har et tilsvarende ansvar all den tid han velger en timesats som er langt over den som vanlig benyttes ved utforming av legeerklæringer.

I Etiske regler for leger, kap I, § 12 heter det at ”*En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi*”. Rådet mener at denne bestemmelsen også gjelder for denne typen oppdrag, og at den innklagete legen har brutt bestemmelsen ved å forlange et honorar som er over det akseptable. På dette grunnlag rettes det kritikk mot legen.

#### 4.1.4 Klage på innhold i legeerklæring - 08/1652

En advokat hadde på vegne av sin klient innklaget en lege for innholdet i legeerklæring.

Bakgrunn for saken var en arvetvist hvor advokatens klient i større grad enn sine to søsken var tilgodesett i testament fra deres mor. De to søsknene ville bestride testamentets gyldighet, og i den forbindelse var det innhentet legeerklæring om morens tilregnelighet. Det forelå erklæring fra to leger; en fra spesialist i

indremedisin hvor det kort konkluderes med at moren ikke hadde noen mental sykdom og følgelig var tilregnelig, og den andre fra innklagede lege hvor konklusjonene var den samme, men hvor legen gir en utførlig beskrivelse av konfliktsituasjonen i familien og hvor det er tatt med en del personkarakteristika om avdøde. Her beskrives blant annet at hun hadde en personlighetsforstyrrelse, stor grad av rigiditet og sterke fortrenningsmekanismer, samt at personlighetsmessige forhold hos henne var medvirkende til den dype splittelsen som utviklet seg i familien.

I klagen ble det stilt spørsmål om legen, som er spesialist i allmenmedisin, er kvalifisert til å gi karakteristikk eller stille diagnoser av så alvorlig karakter. Det reises også spørsmål om innklagete leges habilitet i det han var fastlege for en av arvingene som ikke følte seg tilgodesett, og om legen har brutt sin taushetsplikt ved å uttale seg om visse forhold som angikk avdøde og en av søsknene.

Saken har vært forelagt Helsetilsynet ut fra samme problemstillingen. Konklusjonen herfra var at det ikke forelå brudd på helselovgivningen, men at legeerklæringen ikke var utformet i samsvar med god praksis. Dette ble begrunnet i forhold til Etske regler for leger.

Innklagete lege skriver at han etter beste evne prøvde å tegne et ærlig bilde av avdødes psykiske tilstand. Han kunne ha begrenset seg til bare å skrive at hun ikke var mentalt svekket, men opplevde det som uetisk ikke å tilkjenne personlighetstrekk hos avdøde hadde bidratt til utviklingen. Med hensyn til habilitet mener han at han ikke hadde noen personlig agenda og at han som eneste lege på ei lita øy der familien hadde bodd og barna vokst opp, kjente familien og forholdene godt.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet mener at innklagete lege ikke var inhabil i forhold til å skrive legeerklæringen som gjaldt hans pasient gjennom mange år. I tillegg hadde han hatt et legeforhold til hele familien og formodentlig kjente denne godt. All den tid han også beskrev familiekonflikten burde han imidlertid ha opplyst at han var fastlege for bare den ene av familiemedlemmene og anført hvem som var kilder for opplysningene.

Rådet er i tvil om innklagete lege kan ha brutt taushetsplikten på noen punkter. Det er imidlertid sannsynlig at de opplysningene og synspunktene som er gitt, må ha vært kjent for de involverte. Men legen burde ha oppgitt kilden(e) for opplysningene.

Vedrørende uttalelsen om personlighetsforstyrrelse er dette en medisinsk faglig vurdering som det er utenfor Rådets mandat å uttales seg om, jf Reglement for Rådet for legeetikk, § 2. Innholdet i legeerklæringen forøvrig er vurdert opp mot kap. IV, § 4 i Etske regler for leger hvor det blant annet heter at *"En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon for å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies."*

Ut fra denne formuleringen har Rådet forståelse for at innklagete lege fant det naturlig og riktig å gi en noe bredere vurdering av avdøde enn at hun var rettslig tilregnelig, men mener allikevel at beskrivelsene var unødig detaljerte og omfattende og derfor i strid med kap. IV, § 4 der det også heter at *"Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går ut over formålet."*

#### **4.1.5 Vurdering av legeerklæring fra fastlege - 08/2380**

Et forsikringsselskap hadde bedt om Rådets vurdering av om en fastlege har opptrådt i strid med Etske regler for leger, kap. 4, §§ 3 og/eller 4.

Sakens bakgrunn er erstatningskrav etter yrkesskade rettet mot forsikringsselskapet. Selskapet hadde i forbindelse med saken mottatt to legeerklæringer fra NAV, utarbeidet av innklagete lege. Erklæringene har forskjellig hoveddiagnose og er utarbeidet på to påfølgende dager. Den første har "angstlidelse" som hoveddiagnose, mens erklæringen fra den påfølgende dag (13.11) har "Rygg skiveprolaps" som hoveddiagnose. I oversendelsen av sistnevnte til NAV angis den siste som *"Oppdatert/Rettet i forhold til tidl. sendt erklæring (fra den 12/11) NNr"*. Forsikringsselskapet hadde bedt om, og fikk oversendt redigert

journal hvor sykdomsforhold som ikke er relatert til skaden var tatt ut. Det er også angitt konsultasjonsdatoer for de konsultasjoner det ikke er oversendt journalutdrag fra. Det fremgår av sammenhengen at siste dato for konsultasjon var 17.9. dvs at legeerklæring av 12.11. var utarbeidet på grunnlag av denne konsultasjonen. Journalutskrift for denne konsultasjonen var blant de som ikke ble oversendt forsikringsselskapet. Innklagete opplyser i sitt tilsvarende at det dessverre beror på en glipp at journalnotat fra konsultasjon 13.11. ikke ble oversendt sammen med de andre journalutdragene og heller ikke angitt på listen over konsultasjoner som det ikke er oversendt journalutdrag fra. Han vedlegger imidlertid journalnotat fra konsultasjon 13.11. Klager mener at journalnotatet ikke inneholder nedtegninger om foretatt klinisk undersøkelse og ev. funn ved denne. Det fremkommer heller ingen opplysninger som begrunner hvorfor det ble utarbeidet ny legeerklæring den 13.11.

Rådet for legeetikk **vedtok** å uttale:

Utgangspunktet for Rådet er at Rådet ikke kan gå inn i de faglige vurderinger som legen har gjort i saken – herunder årsaken til at det er utarbeidet to erklæringer med kort tids mellomrom og med vidt forskjellig hoveddiagnoser.

Rådet konstaterer imidlertid at legen har gitt en mangelfull forklaring på hvorfor siste erklæring ble endret etter konsultasjonen den 13.11. I journalnotatet er det heller ikke angitt hvilke undersøkelser foretatt under konsultasjonen som kan ha gitt grunnlag for å utstede en ny og endret erklæring. Rådet finner derfor grunn til å rette kritikk mot innklagete ved at Ethiske regler for leger, kap IV, § 3 og § 4 er brutt.