

BERETNING 1.7. 2001 - 30.6. 2002

RÅDET FOR LEGEETIKK

Fra 1.1. 1998 til 31.12. 2001 hadde Rådet for legeetikk slik sammensetning:

Professor dr. med. Reidun Førde, leder
Klinikkoverlege Else Wiik Larsen, nestleder
Førsteamanuensis dr. med. Ragnar Hotvedt
Kommuneoverlege dr. med. Trond Markestad
Kommunelege I, helsesjef Jo Telje

Varamedlemmer:

Klinikkirurg Tore Grønmark
Praktiserende spesialist Solfrid Kjus

For perioden 1.1. 2002 – 31.12. 2005 har Rådet slik sammensetning:

Professor dr. med. Reidun Førde, leder
Førsteamanuensis dr. med. Ragnar Hotvedt, nestleder
Overlege dr. med. Kristin Bjørnland
Overlege dr. med. Trond Markestad
Kommunelege I, helsesjef Jo Telje

Varamedlemmer:

Praktiserende spesialist Solfrid Kjus
Direktør, dr. med. Stein Tore Nilsen

Advokat Åsmund Hodne er Rådets sekretær.

Rådet har i perioden i alt avholdt seks ordinære møter og behandlet 78 saker.
Rådet har forsøkt å trekke ut saker til denne beretning som det antar har generell og prinsipiell interesse. En del saker vil således ikke bli omtalt.

Enkelte av sakene nedenfor er gitt en egen omtale tidligere i Tidsskriftet og i en forenklet form.

1 Diskresjon/taushetsplikt

1.1 ”Klage på omfattende brudd på taushetsplikten”

Under ovennevnte heading har Rådet mottatt en klage fra herr A på kommuneoverlege B.

I klagen opplyses at klager er inne til soning, at han står på en metadonkvote og at han har mistet sin behandlende lege.

Klager har sendt en henvendelse til kommuneoverlege B med anmodning til denne om å ”ta ansvaret for en mulig nedtrapping (for å slutte) med metadon”.

I klagen vises til kommuneoverlegens svarbrev. Dette er blitt sendt i kopi til rusmiddelkonsulenten i vedkommende kommune og til fengselslegen.

Det at svarbrevet er sendt til de to nevnte kopiadressater, er grunnlaget for klagen. Klager hevder at kommuneoverlegen ved dette har brutt sin taushetsplikt.

Innklagede lege har redegjort nærmere for sin befatning med saken og begrunnet hvorfor han valgte å sende kopi av sitt svarbrev til klager til henholdsvis rusmiddelkonsulent og fengselslege.

Rådet **vedtok** slik uttalelse:

Rådet konstaterer at det er herr A selv som har tatt initiativ til kontakten med kommuneoverlegen. Klager har bedt om assistanse til å trappe ned metadonbehandlingen og uttrykt ønske om at B overtar ansvaret for videre forskrivning.

I svar til klager forklarer B at han ikke automatisk kan ta over saken. Han viser klager hvordan denne må forholde seg videre og påpeker til hvem klager må henvende seg for å få til en nedtrappingsplan.

Når legens brev til klager er sendt i kopi til rusmiddelkonsulenten i kommunen, er det dels fordi klagers brev til legen, med anmodning til denne om å ta over behandlingsansvaret, måtte oppfattes slik at relevante instanser kunne involveres og dels fordi rusmiddelkonsulenten uansett måtte involveres for å få til en nedtrappingsplan.

Når legens brev til klager også er sendt i kopi til fengselslegen, har dette sammenheng med at denne allerede var informert om saken. Dette kommer bl.a. til uttrykk i selve brevet fra klager til kommuneoverlegen hvor klager uttaler: ”Jeg har snakket med legen her på ... og ble rådet til å spørre deg om jeg kan sende ...”

Spørsmålet om hvem som ikke kunne informeres om saken fra kommuneoverlegen synes for øvrig gjennomtenkt fra herr As side, idet han overfor kommuneoverlegen spesielt fremhever i sitt brev at hans behandlende lege ikke forutsettes informert.

Under henvisning til foranstående kan Rådet ikke se at kommuneoverlegen har brutt sin taushetsplikt i forhold til klager.

2 Regler for attestutstedelser

2.1 Klage på utferdigelse av spesialisterklæring

To landsomfattende interesseorganisasjoner har henvendt seg til Rådet med klage på en spesialisterklæring utferdiget av en overlege.

Sakens bakgrunn er at et medlem av en av organisasjonene har reist sak mot arbeidsgiver med krav om yrkesskadeerstatning. I forbindelse med denne sak har Rikstrygdeverket bedt overlegen om å avgi en spesialisterklæring. Interesseorganisasjonene hevder at overlegen ved sin utforming av erklæringen har brutt etikkreglenes kapittel I, §§ 1, 10 og 11, og kapittel IV, §§ 2, 3 og 4.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet mottar fra tid til annen henvendelser som den foreliggende og hvor den egentlige problemstilling er at det reises tvil om den faglige vurdering som er lagt til grunn for en legeerklæring.

Som organ av Den norske lægeforening har Rådet for legeetikk ikke som oppgave å behandle klager over legers medisinsk-faglige virksomhet. Slike klager kan i tilfellet sendes til administrativ behandling hos vedkommende fylkeslege. På tilsvarende måte vil Rådet heller ikke kunne behandle klager på legeerklæringer når klagegrunnlaget i det vesentligste angår den faglig-medisinske vurdering som er basis for legeuttalelsen.

Rådet vil for øvrig tilføye at det ofte i likeartede saker har fremhevet at en sakkyndig lege kan avgi uttalelser uten å ha sett pasienten, når faglige grunner ikke tilsier en motsatt fremgangsmåte.

Rådet vil endelig gjøre gjeldende at de habiliteringsinnsigelser som kommer til uttrykk gjennom klagen, ikke kan sees relevante.

Rådet finner etter dette ikke grunnlag for å ta saken opp til ordinær klagesaksbehandling.

3 Klager på leger

3.1 Markedsføring av legetjenester

På bakgrunn av et avisoppsett i Aftenposten 9. mars 2001, under overskriften "Stjeler pasienter utenfor legevakten", har Rådet vedtatt slik generell uttalelse og samtidig sendt denne til Tidsskriftet med anmodning om særskilt publisering:

Rådet for legeetikk har fått flere henvendelser fra kolleger etter en reportasje i Aftenposten som dreier seg om markedsføring av legetjenester fra et privat legekantor i hovedstaden. I følge reportasjen står en lege fra et privat legekantor strategisk plassert utenfor venteværelset til Oslo kommunale legevakt for å kapre "syke kunder". Artikkelen er illustrert med et bilde, der ansvarlig lege for det private legekantor stiger ut av en bil som er rikt dekorert med kontorets logo. Han uttaler til avisen at kontoret til enhver tid vil ha en bil kjørende rundt i byen for å markedsføre seg der pasienter holder til, d. v. s. utenfor Legevakten, og andre navngitte legekantorer. Med sin ledebil vil de eskortere pasienter til sitt kontor. Det deles også ut en brosjyre, der det bl. a. heter at pasienten vil bli "tatt i mot som kunde", og at "For oss er intet problem for lite eller bagatellmessig".

På bakgrunn av det som er framstilt i media, tar Rådet avstand fra den type markedsføring av legetjenester som saken er et eksempel på. Slik markedsføring gir klart inntrykk av at den medisinske virksomhet i stor grad styres av økonomiske motiver, og i mindre grad av medisinske indikasjoner. Fokusering på pasienten som kunde, der pasienten presenterer sine ønsker og bestiller, og legen leverer, kan fremme en utvikling der de medisinske indikasjoner for legevirksomheten står stadig svakere.

En legevirksomhet der "intet problem er for lite eller bagatellmessig" vil nok øke legenes inntekt. Men det kan føre til at leger i for stor grad sysselsetter seg med bagateller, og på sikt vil det kunne svekke folks evne til egenansvar og egenomsorg. Det vil også kunne bidra til en skjev legefordeling i landet, der legene drar til sentrale strøk for å ta seg av "små problemer", mens periferien sliter med å få besatt stillinger med kvalifisert personell.

I årene som kommer er det fare for at vi vil se en økende konkurranse om pasientene, og tilhørende økt aggressivitet i markedsføringen. Ved innføringen av fastlegeordningen fikk alle innbyggere i landet sin egen lege. Leger som vil arbeide privat, utenom dette systemet, vil måtte konkurrere med fastlegene på det samme "pasientmarkedet". Konkurransen vil kunne forsterkes av at de nærmeste årene vil bli utdannet mange leger, både i Norge og i utlandet, som ønsker å arbeide i Norge.

På denne bakgrunn vil Rådet oppfordre kollegene til å besinne seg når det gjelder markedsføring av sine tjenester.

3.2 Klage på avertisement

En av Legeforeningens fylkesavdelinger har innlevert en klage på en annonse fra ... klinikk i lokalavisen. Avdelingen er gjort oppmerksom på annonsen fra en avdelingsoverlege.

Den samme annonsen er også innklaget til Rådet fra en lege.

Annonsen inneholder bl.a. følgende utsagn:

”... fylkes største og eneste kompetanseklinikk som dekker alle behov innen plastisk/kosmetisk kirurgi og tannpleie”.

Klagen er knyttet opp mot dette utsagn.

Klagen er forelagt klinikken som konkluderer sin uttalelse som følger:

”Vi kan ikke se at vi har brutt etiske regler eller gitt feilinformasjon. Vi vil likevel for fremtiden utelukke ”eneste” fra annonsetekster siden dette kan misforståes”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger, kapittel III, § 1, annet ledd, sier:

”Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum.”

Slik den innklagede annonsen er utformet, er den i strid med den siterte bestemmelse, idet den er villedende.

Rådet tar imidlertid til etterretning at annonsen vil bli endret slik at det ikke lenger vil bli påstått at klinikken er den ”eneste kompetanseklinikk” på dette felt i vedkommende fylke.

3.3 Klage på avertisement

En allmennpraktiserende lege har innklaget en annonse innrykket i en lokalavis under overskriften ”Klinikk ...”.

Annonsen uttaler følgende:

”Vi tilbyr det nyeste og mest avanserte innen hudpleie til alle hudtyper. Hjemmeprodukter eller klinikkbehandling.

* Easypeel TCA, kjemisk peel

* Obagi, hudfornyelse med kjemisk peel

* M. D. Forte, aktive hudprodukter med AHA fruktsyrer m/glycolsyre peel

* Danné, normalisering av huden med enzym-maske.

NB! Disse produktene tilbys kun av lege.

Ring Lena, vi hjelper deg til å oppfylle dine ønsker og behov.

Tlf. ... Adresse ...

...s legekantor”

Saken er forelagt vedkommende lege til uttalelse.

I tilsvar til Rådet uttaler legen at klinikken er et enkeltmannsforetak som er eiet av hans kone. Selv sier han at han bistår sin kone som rådgivende lege for virksomheten. Han hevder at annonsen ikke er ment å skulle tjene som reklame for legetjeneste.

Rådet **vedtok** å uttale:

Klinikk ...s annonse reklamerer med å være knyttet til ”...s legekantor”. Det fremgår også av annonsen at de produkter som annonsen omtales, kun tilbys av lege.

Slik annonsen for Klinik ... fremstår gir den inntrykk av å være en informasjonsannonse for legevirksomhet. Den bryter således med bestemmelser i etikkreglens kapittel III: Avertissement og annen informasjon om legetjenester.

Rådet forutsetter at lege ... medvirker til at annonseoppsettet blir endret.

3.4 Gynekologisk undersøkelse

To sykepleiere har innlevert en fellesklage på en gynekolog. De skriver innledningsvis i klagen:

”Vi er to sykepleiere som på forskjellige datoer har vært til gynekologisk undersøkelse hos ovennevnte lege. Det ble da tatt bilder under undersøkelsen uten samtykke fra noen av oss. Grunnen til at vi ønsker å rette en klage er at vi begge sitter igjen med ubehagelig opplevelse etter time hos dr. B. Vi føler oss krenket og ikke tatt på alvor. Slik praksis mener vi er etisk uforsvarlig!”

Senere i klagen sier de bl.a.:

”Siden undertegnede er venner, har vi snakket sammen om dette og oppdaget at vi har opplevd det samme. Vi synes ikke det er slik en gynekologisk undersøkelse skal foregå. Pasienten må informeres på forhånd og selv få bestemme om legen skal få ta bilder til slik bruk, eller ikke.”

Innklagede lege sier bl.a. følgende i sin første kommentar til klagen:

”Som ledd i gynekologisk undersøkelse gjør jeg i de aller fleste tilfeller kolposkopi. Til kolposkopet er det koblet et 35 mm kamera med lysbildefilm.

I en del tilfeller fotograferer jeg forandringene som dokumentasjon i tillegg til journalnotat, men også som kvalitetssikring. Jeg kan gå tilbake å se på bildene når jeg har fått cytologisk eller histologisk svar og på den måten få ”feed-back” på egne undersøkelser. I og med at det ikke er fast rutine å ta bilder av alle pasienter, har jeg ikke gitt pasientene generell informasjon om at jeg dokumenterer funn på denne måten, men jeg forteller at jeg tar bilder idet jeg gjør det....

I tillegg kan materialet brukes i undervisning av yngre leger, særlig for dem som er under utdanning i gynekologi.”

Legen sier videre at det hos de to pasienter som har innlevert klage, var forandringer ”der jeg fant grunn til dokumentasjon med foto før og etter aktuell behandling”.

Legens første uttalelse til klagen er forelagt klagerne.

Klagerne tar avstand fra legens påstand om at han skal ha fortalt dem om at bildene ble tatt. De hevder at det var tilfeldig ”at vi oppdaget bildetakingen”.

De to klagerne sier videre at det heller ikke medfører riktighet at legen skal ha opplyst dem begge om at det var ”forandringer der jeg fant grunn til dokumentasjon med foto før og etter behandling”. Den ene hevder bestemt ikke å ha fått slik informasjon og reagerer på at hun først får denne informasjonen via legens uttalelse i klagesaken.

Til den siste uttalelsen fra klagerne uttaler legen at han eventuelt kan ha ”snakket for lavt slik at pasienten ikke har hørt hva jeg har sagt”. Dette beklager legen i så fall. Legen fremhever videre bl.a. rent prinsipielt:

”Det er etter vanlig oppfatning slik at et lege-pasientforhold bygger på tillit. Sentralt i denne tilliten ligger blant annet at legen dokumenterer sine funn og vurderinger på en forsvarlig måte. Videre forutsettes det at legen holder seg oppdatert innen sitt fagområde.

Det er ikke spesifisert hvordan dokumentasjon skal skje ut over at den skal være varig, forsvarlig og sikret i den forstand at utenforstående ikke kan få tak i opplysningene. Når en pasient oppsøker en lege, er det underforstått at legen oppfyller disse kravene. Så vidt meg bekjent, er det ikke nødvendig at legen skal innhente samtykke fra pasienten på forhånd om hvordan dokumentasjonen skal skje. Pasienten skal uten videre kunne føle seg trygg på at funn blir dokumentert og oppbevart på en forsvarlig måte. Det er vanlig med fotografisk dokumentasjon i de fleste områder av medisinen.”

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet er enig med innklagede lege i at det i forbindelse med en rekke medisinske undersøkelser rutinemessig tas bilder for bl.a. å sikre også fotografisk dokumentasjon av funn. Dette er således et ledd både i dokumentasjonsprosessen og kvalitetssikringsprosessen av en medisinsk undersøkelse.

Fotograferingen i den aktuelle sak er knyttet til at det i forbindelse med den gynekologiske undersøkelse er gjort kolposkopi. Prinsipielt er det intet å innvende til dette.

Det bør imidlertid erkjennes at for mange kvinner er en gynekologisk undersøkelse forbundet med en spesiell utrygghet. Legen bør derfor spesielt i slike undersøkelsessituasjoner opptre med varsomhet og åpenhet om undersøkelsens innhold. På denne måten unngår en at det i ettertid oppstår usikkerhet hos pasienten om ting er gjort med andre hensikter enn rent faglige sådanne.

3.5 Eutanasi

En professor har deltatt i et radioprogram om temaet eutanasi.

En kvinnelig lytter har etter programmet henvendt seg til Rådet og bl.a. uttalt:

"Mot slutten av samtalen bragte programlederen inn spørsmålet om hvorvidt 40-åringer med "et grusomt sosialt liv" burde få dødshjelp. Professoren presenterte da de dypt deprimerte, suicidale og/eller schizofrene som også var suicidale som mennesker han "våget den påstand" at disse menneskene "burde ha fått rett til å ta sitt liv". Jeg trodde først at jeg hadde hørt feil, men tok reprisen søndag kveld opp på bånd, og der er ikke rom for å misforstå professoren, som for øvrig tok til orde for å gjeninnføre bøddelyrket slik at legene skulle slippe å gjøre en slik ekkel jobb."

Den kvinnelige lytter avslutter sin henvendelse til Rådet med å fremheve at hun som et av "disse menneskene" følte seg dypt krenket og alvorlig skremt av professorens uttalelse.

Rådet har forelagt saken for vedkommende professor til uttalelse.

I sitt tilsvaret til Rådet uttaler professoren innledningsvis at han antar at den kvinnelige lytter sannsynligvis sikter til denne uttalelse fra radioprogrammet:

"Vi har jo en merkelig dobbeltmoral i forhold til suicidalitet. Altså, hvis en person er dypt deprimert og i tillegg er suicidal eller en kronisk schizofren pluss suicidal, da blir vedkommende tvangsinnlagt og tvangsbehandlet. Og jeg våger den påstand at mange av disse, de vet mer om sin egen situasjon akkurat der og da enn noen andre. Og jeg mener de burde ha fått rett til å ta sitt liv. Så her har vi også en dobbeltmoral. Man gjør *alt* for å hindre disse menneskene i å ta sitt eget liv."

Professoren uttaler videre:

"Når jeg nå i ettertid leser uttalelsen, så kan jeg godt skjønne at ... reagerer, da den lett kan forstås dit hen at jeg mener at mennesker som har en dyp depresjon og/eller en kronisk schizofreni i tillegg til å være suicidale bør ha rett til å kunne ta sine liv. Det beklager jeg sterkt. Personlig har jeg også etter programmet mottatt brev fra en annen lytter som reagerte på akkurat den samme uttalelse som Meningen med denne uttalelsen var ikke å ta til orde for selvbestemt suicid, men å få i gang en debatt

om de holdninger og den praksis som i dag eksisterer i vårt samfunn når det gjelder eutanasi og suicid. At jeg personlig ikke er noen tilhenger av "selvbestemt" suicid, vil forhåpentligvis vedlagte artikkel fra Dagens medisin (21.06.01) bringe klarhet i."

Den kvinnelige lytter har kommentert uttalelsen fra professoren. Hun avslutter denne kommentar således:

"Kjære Etisk Råd: Etter min mening trenger vi trygghet for å ha en legestand som er klinkende klar på at de *aldri* skal stå til tjeneste som bødler - verken for mennesker i sjelelig nød og fysisk og psykisk smerte, eller for makthavere som ønsker å bruke døden som straff."

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet kan ikke se bort fra at mennesker som hørte det aktuelle radioprogram, kan ha gjort seg tilsvarende tanker som ... har tilkjennegitt i sin henvendelse til Rådet for legeetikk. Rådet har stor forståelse for at de påpekte uttalelser har virket støtende på klager.

Rådet har notert seg at også innklagede lege har forstått at hans uttalelser har virket støtende på klager. Innklagede lege opplyser for øvrig at en annen lytter har gjort direkte henvendelse til ham og meddelt sin reaksjon på de samme uttalelser.

Innklagede lege har på bakgrunn av foranstående beklaget sin uttalelse i radioprogrammet.

Rådet finner å ville ta denne beklagelse til etterretning.

Rådet finner allikevel grunn til å påpeke at når leger uttaler seg i diskusjoner og samtaler om så vanskelige spørsmål som eutanasi, bør de fremføre nøye gjennomtenkte uttalelser for å hindre at det oppstår grunnlag for misforståelse og derav ikke-tilsiktete belastninger.

Legeforeningens holdning til eutanasi kommer klart til kjenne gjennom etiske regler for leger, kapittel I, § 5:

"Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp."

3.6 Seksuell utnyttelse av pasient

Gjennom et advokatfirmaet har en kvinnelig pasient innlevert en klage til Rådet på en psykiater. Pasienten hevdet å ha blitt utnyttet seksuelt av legen.

Saken ble først behandlet av Helsetilsynet, deretter av påtalemyndighet og tilslutt fremlagt for domstolsbehandling. Rådet behandlet saken etter at rettskraftig dom forelå.

Rådet har **vedtatt** slik uttalelse:

Rådet legger til grunn at det foreligger en rettskraftig dom mot lege AA. Dommen omhandler et forhold som rammes av etiske regler for leger, kapittel I, § 7. Bestemmelsen lyder:

"En lege må ikke utnytte en pasient hverken seksuelt, økonomisk, religiøst eller på annen måte. En pasients samtykke fritar ikke legen for ansvar. En lege må ikke innlede et seksuelt forhold til en person han/hun er lege for."

Rådet finner at legen ved det forholdet han er dømt for, har overtrådt den siterte bestemmelse i etikkreglene.

Rådet finner det pådømte forholdet særdeles kritikkverdig, bl.a. fordi legen hadde samleier med pasienten flere ganger på sitt kontor.

I likeartede saker med denne har Rådet henvist til uttalelse av 5.11.1974, benevnt "Erotiske komplikasjoner i lege/pasientforhold". I denne uttalelsen presiseres innledningsvis at "når et menneske søker lege, kommer vedkommende med en sterkere eller svakere følelse av hjelpeløshet og samtidig med tillit til legens evne og vilje til å hjelpe". Uttalelsen fortsetter så med å presisere at dette forhold særlig gjelder psykiatriske pasienter. Uttalelsen konsentrerer seg i fortsettelsen om de spesielle problemer som kan oppstå i samarbeidsforholdet mellom pasient og psykoterapeut og avsluttes i denne henseende med en uttalelse om at det "så vel er en kunstfeil som etisk helt uforsvarlig å la et terapeut/pasientforhold utvikle seg til et erotisk forhold".

Den siterte uttalelse er bl.a. gjengitt i Beretning for Rådet for legeetikk 1. mai 1991 – 30. april 1993 i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 14, side 1784.

Under henvisning til etiske regler for leger, kapittel I, § 7, jfr. Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk, § 12, vil Rådet anbefale overfor Legeforeningens sentralstyre at lege ... ekskluderes som medlem av Den norske lægeforening for to år.

Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk sier i § 12, annet ledd:

"Hvis Rådet mener at en lege på en særdeles graverende måte har overtrådt de etiske regler for leger slik at han/hun bør ekskluderes av Legeforeningen, sendes saken til sentralstyret med forslag om eksklusjon."

3.7 Uttalelse i media

Et advokatfirma har innklaget to kommuneleger for Rådet. Advokatfirmaet representerer en av to ambulanspersonell som ble tilkalt til et skadested etter en trafikkulykke. Hendelsen resulterte i en avviksmelding til fylkeshelsesjefen. Avviksmeldingen er utformet av den ene av de innklagede leger. Avviksmeldingen har slik ordlyd:

"Ved utrykning til hardt skadet person hadde ingen av personellet i bil 1 NOU -76. Bil 1 var først på ulykkesstedet. Pga manglende kompetanse kunne man ikke iverksette tiltak utover nakkekrave og sikring av frie luftveier før Sea-King'en ankom flere minutter senere. I det aktuelle tilfellet hadde dette neppe betydning for utfallet, men potensielt kunne dette ha vært avgjørende."

Saken har fått stort mediaoppslag lokalt, dels med henvisning til avviksmeldingen, dels med henvisning til en rapport til vedkommende fylkeslege skrevet av den andre av de innklagede leger.

Advokatfirmaet hevder i sin klage at etiske regler for leger, kapittel I, § 11, og kapittel II, § 1, er overtrådt av begge kommuneleger, "førstnevnte som forfatter av avviksmeldingen og sistnevnte som ansvarlig for rapporten skrevet til tilsynsmyndigheten".

Etiske regler for leger, kapittel I, § 11, sier at "en lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at almenheten og myndigheter får saklig informasjon om medisinske spørsmål".

Etiske regler for leger, kapittel II, § 1, sier at "En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem."

Denne sak må forstås på bakgrunn av en konflikt i fylket om drift av ambulansetjenesten. Konflikten hadde over lengre tid engasjert politikere, administrasjon og fagfolk i kommuner, fylkeskommune og statsforvaltningen.

Advokatfirmaet hevder at selve avviksmeldingen har et direkte feilaktig innhold når ambulansepersonellet påstås ikke å ha hatt nødvendig kompetanse.

Advokatfirmaet hevder at ”opptreden til de to innklagede legene har gjort at både myndigheter og allmennhet er foret med uriktig informasjon. Denne kritikkverdige oppførselen har igjen medført at det ene ambulansepersonell og deler av hans familie har lidt en urettmessig belastning”.

Begge leger avviser at de ved sin opptreden har overtrådt de siterte bestemmelser fra etiske regler for leger.

Den ene legen hevder at intensjonen bak den påklagede avviksmelding var å gi myndighetene korrekt informasjon om virksomheten til ... ambulanse. Avviksmeldingen må ikke oppfattes som om at legen mente at det forelå ”tiltak som burde vært utført, men som ikke ble det fordi ambulansepersonellet var inkompetent”.

Legen fremhever videre at det å skrive en avviksmelding ikke i seg selv innebærer manglende respekt for kolleger eller medarbeidere. En slik fortolkning ville underminere ethvert kvalitetssikringssystem.

Den andre legen hevder at han ved sitt innspill har hatt som målsetting å få til en bred offentlig debatt om ambulansetjenesten i fylket og derved bidra til å oppfylle intensjonen med etikkreglens § 11 i kapittel I. Påstanden om at han skal ha brutt § 1 i kapittel II, avviser han med omtrent den samme prinsipielle begrunnelse som referert foran.

Rådet **vedtok** å uttale:

Striden rundt ambulansetjenesten i vedkommende fylke har vært langvarig og vanskelig. Det er fortjenstfullt at leger engasjerer seg i forhold som de mener er en trussel mot befolkningens liv og helse.

Utformingen av selve avviksmeldingen og avisenes fremstilling av sin forståelse av den oppfatter Rådet som det vesentligste grunnlag for klagen.

Rådet konstaterer at avviksmeldingen har fått en noe uheldig utforming. Ved den utforming avviksmeldingen har fått, er den egnet til å misforstås. Hvis avviksmeldingen sterkere hadde fremhevet den prinsipielle siden av saken, ville misforståelsen vært unngått. Når saken har fått stor lokal mediaoppmerksomhet, er det forståelig at ambulansepersonellet har opplevd saken som belastende.

Begge leger kunne gjennom tilsvar i media ha fått frem intensjonen ved avviksmeldingen og den plikt som begge leger har til å påpeke avvik fra prinsipielle retningslinjer for f.eks. utøvelse av en ambulansetjeneste.

Forfatter av avviksmeldingen burde ha sett at utformingen av den kunne misforstås av den myndighet den var beregnet på. Derimot hadde han neppe grunnlag for å anta at saken ville få den medieoppmerksomhet den fikk.

Selv om Rådet ikke finner at § 11 i etikkreglens kapittel I direkte er overtrådt, vil Rådet beklage legens upresise utforming av avviksmeldingen.

Klagen over at de to leger har brutt § 1 i kapittel II kan imidlertid ikke føre frem.

Rådet er enig med de to leger i at det å skrive avviksmeldinger i seg selv ikke innebærer en unnlattelse av å vise kolleger eller medarbeidere respekt. Som foran påpekt fra Rådets side, er det i visse sammenhenger plikt for leger å gjøre dette. Det samme vil kunne gjelde andre former for meldinger til overordnet helsemyndighet. At leger også bidrar til offentlig debatt om helsepolitiske, kontroversielle temaer, er prisverdig. Det at et slikt engasjement kommer til å involvere kolleger og medarbeidere, er i seg selv heller ikke et brudd på etikkreglenes kapittel II, § 1.

4 Tvister mellom leger

4.1 Melding til fylkeslegen

Lege A kjørte legevakt høsten 2000. I denne forbindelse har han fått en klage på seg fra en pasients svigermor. Klagen ble håndtert av fylkeslegen på stedet.

I et brev fra fylkeslegen til lege A er bl.a. uttalt, under henvisning til pasientens svigermor:

”Grunnen til at jeg (pasientens svigermor) sendte rapport til fylkeslegen, var at jeg like etter denne episoden rådførte meg med kommuneoverlege B som sa at dette var uhørt behandling. Han ville selv ha skriftlig klage og ta saken opp i egne rekker, og selv sende rapport til fylkeslegen.”

Fylkeslegens behandling av saken endte med at lege A fikk en tilrettevisning.

På bakgrunn av dette hendelsesforløp klager lege A kommuneoverlege B inn for Rådet. A uttaler bl.a.:

”På bakgrunn av kommuneoverlegens respons til pårørende fikk jeg altså en fylkeslegesak på meg som endte med at jeg fikk en tilrettevisning fra fylkeslegen.”

Lege A fortsetter sin henvendelse til Rådet med å uttale at han har ”fått signaler om at kommuneoverlege B ofte stiller seg ukritisk på pasientens eller pårørendes side ved klagesaker mot kolleger. Jeg ønsker at denne illojaliteten overfor kolleger blir vurdert av Legeforeningens etiske råd”.

Rådet **vedtok** å uttale overfor lege A:

Rådet legger til grunn at det har foregått en korrekt saksbehandling fra fylkeslegens side og at resultatet av behandlingen ble som opplyst.

Rådet har behandlet denne saken prinsipielt og har ikke grunnlag for å gå inn i enkeltforhold knyttet til denne saken.

Saken dreier seg først og fremst om forhold mellom kolleger når det er reist mistanke om at en lege kan ha utført uforsvarlig arbeide. Kapittel II i etiske regler for leger regulerer omgang mellom leger og medarbeidere. Første del av § 2 i dette kapittelet uttaler: ”Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør hun/han først ta det direkte opp med vedkommende”. Slik Rådet ser det, er denne formuleringen først og fremst rettet mot virksomhet som av ulike årsaker er uforsvarlig og oppfordrer til kommunikasjon for å forebygge skade, og for at tiltak kan settes inn slik at den uforsvarlige virksomheten kan utbedres.

Når en pasient eller pårørende opplever at en allerede utført medisinsk intervensjon har vært utilstrekkelig og kanskje påført pasienten skade, er det en kollegas plikt å hjelpe pasient og pårørende til å fremføre eventuell klage i henhold til rutine i klagesystemet. Det er ikke en leges oppgave å prøve å stoppe en klage. Selv om etiske regler for leger har bestemmelse som oppfordrer lege til å kommunisere med en kollega som viser tegn til faglig eller etisk svikt, må dette ikke forstås som om etikkreglene søker å hindre at legers virksomhet skal bli undergitt vurdering f.eks. av tilsynsmyndigheten.

At en lege finner en kollegas medisinske behandling ukorrekt og gir en pasient støtte for et slikt syn, er i seg selv ikke kritikkverdig. Det er heller ikke kritikkverdig at en lege i en slik situasjon forklarer en pasient hvordan saken eventuelt kan bli nærmere vurdert gjennom en klage. Det hadde derimot vært kritikkverdig om vedkommende lege aktivt hadde forsøkt å hindre en pasient i å få fremmet en klagesak.

Det er også viktig å være oppmerksom på at omstendighetene rundt medisinsk virksomhet ofte er kompliserte, og at en ensidig beskrivelse av et hendelsesforløp ofte gir et utilstrekkelig bilde. Det er imidlertid tilsynsmyndighetenes oppgave å sørge for at omstendighetene rundt en medisinsk intervensjon er tilstrekkelig belyst fra alle sider, også fra den innklagede leges side, til at en balansert vurdering kan gjøres og avgjørelse treffes.

4.2 Konflikt av privat karakter

Klagens bakgrunn er følgende:

En sommerkveld spaserte klager A med sin kone og sine to hunder forbi Bs hytte. Klager hevder at B ga dem tilsnakk på deres vei mot sjøen og forlangte at de ikke skulle passere forbi hans hytte. Da klager og kone kom tilbake på stien senere, hevder klager at B med en jernstang i hånden skal ha truet med å slå dersom de ikke returnerte mot sjøen og tok en annen vei. Klager hevder også at B i denne forbindelse skal ha overøst dem med skjellsord. Bl.a. hevder klager at B skal ha sjikanert hans utenlandsk fødte kone ved å fremføre en ”tirade av rasistisk pregede skjellsord”.

Innklagede lege, B, hevder i sitt tilsvarende svar at han og hans familie ved tre anledninger i sommer opplevde at en mann og en kvinne med to schäferhunder passerte over deres hytteeiendom, nær opptil hytteveggen. Innklagede lege refererer følgende episode:

”En mann og en kvinne med to schäferer passerer rett forbi hytteveggen mens hans kone står og steller seg. Han påpeker overfor de passerende det ulovlige i dette. Personen med hundene fortsetter nedover mot sjøen. Kort tid senere kommer de samme tilbake mens han selv står og vasker seg i hytteveggen.”

Innklagede leges fremstilling av hendelsesforløpet videre er som følger:

”Da smetter kvinnen med den ene schäferen bak ryggen min og forbi. Hun stopper 30 – 40 m lenger borte. Jeg triver en jernstang og går mot mannen som kommer oppover plenen foran hytta. Jeg må innrømme at på det tidspunktet var jeg svært forbløffet og sint over parets oppførsel. Jeg holder jernstangen i to hender foran låret i beredskap i tilfelle han skulle sende hunden mot meg. Ikke på noe tidspunkt ble stangen hevet. Det ble ikke nødvendig. Jeg henviste ham til utmark for å passere hytta og det gjorde han. Det oppsto munnhuggeri. Jeg presenterte meg og fremholdt at jeg ønsket en samtale med ham om hans oppførsel. Han nektet å oppgi sin identitet. Han ønsket heller ingen samtale.”

Innklagede lege fremhever avslutningsvis i sitt tilsvarende svar at den klage som er fremsatt mot ham, er ”usann og grovt injurierende”.

Begge parter har uttalt seg skriftlig overfor Rådet to ganger.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet finner ikke at etiske regler for leger kan komme til anvendelse i et tilfelle som det forelagte, idet saken ikke angår etikkreglens bestemmelser om ”forhold til kolleger og medarbeidere”.

Slik saken fortøner seg for Rådet, synes den mest nærliggende eventuelt å bli vurdert av påtalemyndigheten som straffesak.

4.3 Overprøving av legeerklæring

En allment praktiserende lege A har innlevert en klage på bydelsoverlege B. Klagen har sin bakgrunn i følgende hendelsesforløp:

Klager driver solopraksis som fastlege. I legens avtale med bydelen angående forebyggende legearbeid heter det: ”Ved tildeling og tilrettelegging av arbeidsoppgavene tas hensyn til legens helsemessige begrensninger.”

Klager A har fått en legeerklæring fra spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering som bl.a. uttaler: ”Han (klager) klarer ikke å delta i legevaktsarbeid da dette medfører økt belastning på armene i tillegg til ugunstig arbeidsstilling med nakken. Han kan av tilsvarende grunn heller ikke delta i sykehjemsarbeid.”

Klager har på denne bakgrunn henvendt seg til bydelsadministrasjonen med søknad om fritak for legevakt- og sykehjemsarbeid og vedlagt spesialisterklæringen.

Innklagede bydelsoverlege B svarer på søknaden og uttaler bl.a.:

”I legeerklæringen står det bl.a. at du (klager) kan delta i helsestasjonsarbeid så lenge dette er tilrettelagt ergonomisk. Jeg vil anta at dette også gjelder andre arbeidsoppgaver hvis de tilrettelegges tilstrekkelig...”

Klager A kommenterer bydelsoverlegens uttalelser og mottar deretter ny uttalelse fra bydelsoverlegen. I denne uttaler bydelsoverlegen bl.a.:

”I ditt brev ber du om fritak for sykehjemsarbeid. Det er i bydelens svarbrev tatt stilling til dette da det er ønskelig å se om det er mulig å tilrettelegge en eventuell arbeidsplass på sykehjemmet på en slik måte at det kan være tilfredsstillende for deg.

Dette er ment som et tilbud og ...”

Klager A hevder overfor Rådet at bydelsoverlegen har overprøvd spesialisterklæringen og at dette førte til at han følte seg forpliktet til å redegjøre overfor allmennlegerådet for sin helsetilstand.

Klager A ber på denne bakgrunn Rådet vurdere om bydelsoverlegens ”overprøving av den aktuelle legeerklæring og saksbehandling for øvrig er i overensstemmelse med Den norske lægeforenings etiske regler”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Bydelsoverlegen har i kraft av sin stilling måttet gå inn i saken som arbeidsgiverrepresentant. Bydelsoverlegens saksbehandling som sådan er ikke gjenstand for bedømmelse i relasjon til etiske regler for leger.

Bydelsoverlegens refererte uttalelser kan etter Rådets skjønn ikke betraktes som en overprøving av spesialisterklæringen. Slik Rådet oppfatter uttalelsene, har bydelsoverlegen ønsket å presisere at eventuelt pålegg om deltakelse i sykehjemsarbeid skulle vurderes relatert til spørsmålet om slik arbeidsplass kunne tilrettelegges på en tilfredsstillende måte.

Dersom uttalelsen hadde vært en overprøving av en spesialisterklæring, ville det i tilfellet ha ligget en medisinsk-faglig vurdering til grunn. Klager over legers medisinsk-faglige behandling/skjønnsutøvelse ligger imidlertid utenfor Rådet for legeetikks virkeområde, og behandles således ikke av Rådet.

Under henvisning til foranstående finner Rådet ikke grunnlag for å ta saken opp til ordinær klagesaksbehandling.

4.4 Kommunikasjon

En lege har innlevert en klage til Rådet på en kollega i offentlig administrativ stilling.

Av klagen fremgikk at deler av saken tidligere hadde vært behandlet av organ i Legeforeningen og av Statens helsetilsyn.

I tråd med vanlig praksis vedtok Rådet ikke å gå inn i de mer faglige og arbeidsmessige sider av saken. Det ble i sakens innledning bl.a. vist til klagers påstand om at innklagede lege skulle ha ”utvist grov uforstand i tjenesten” og at han med ”tjenesteforsømmelse har bidratt ytterligere til å befeste farlige og ulovlige tilstander ved kommunens helsevesen”.

Rådet vedtok derimot å ta opp til behandling den del av saken som var knyttet til kommunikasjonen de to leger imellom, idet klager hevdet at innklagede lege i en telefonsamtale med klager skulle ha uttrykt seg som følger:

”Jeg gidder jaggutameg faen ikke prate med deg”. Innklagede lege skal deretter ha slengt på telefonrøret.

Under henvisning til foranstående er saken forlagt innklagede lege til uttalelse. I henvendelsen henleder Rådet oppmerksomheten på etiske regler for leger, kapittel II, §1 og §7.

I tilsvaret til Rådet uttaler innklagede lege bl.a.:

Ved klage på en lege i min stilling er Statens helsetilsyn den rette klageinstans. Saken er behandlet av dette organ, og det vil ikke være riktig av meg å komme med en egen redegjørelse i ettertid når min sjef har behandlet saken. Kommunikasjon i slike situasjoner er ikke en vanlig kommunikasjon mellom to kolleger. Jeg har først og fremst mitt stillingsmessige ansvar in mente ved slike samtaler og kommunikasjonen kan ikke vurderes løsrevet fra samtalen innhold. En helhetlig vurdering av dette er foretatt av helsedirektøren og i sitt svar til klager beklager helsedirektøren at samtalen med meg ble opplevd som ubehagelig. Utover dette finner jeg det ikke riktig å kommentere saken. Det tilkommer heller ikke meg å komme med offisielle beklagelser utover det min sjef gir.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at innklagede lege ikke kommenterer spørsmålet om han har uttalt seg som påstått i klagen. Denne unnlattelse finner Rådet å måtte beklage.

Ved det svar innklagede lege gir, kan det synes som om han mener at han i kraft av sin stilling ikke er bundet av etiske regler for leger når han kommuniserer med kolleger. Ethvert medlem av Legeforeningen skal imidlertid ha etikkreglene in mente i kommunikasjonen med kolleger. Dette gjelder uavhengig av om en utøver en overordnet funksjon, en tilsynsfunksjon eller ikke.

Da klagen ikke har kunnet belyses fullt ut, må Rådet konstatere at det ikke har grunnlag for å ta endelig standpunkt til om innklagede lege har opptrådt som påstått i telefonsamtalen med klager.

5 Spesielle saker

5.1 ”Ad forespørsel om å bli testpasient i spennende forskningsprosjekt”

En landsomfattende organisasjon har henvendt seg til sine medlemmer med forespørsel om de ville bli testpasient ”i et spennende forskningsprosjekt”. En av de tilskrevne har bragt henvendelsen med til sin lege.

Legen har bragt saken inn for Rådet.

Rådet **vedtok** å besvare henvendelsen som følger:

Saker av denne art må forelegges en regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Slike er det fem av, en i hver helseregion. Som en overbygning for de regionale forskningsetiske komitéer fungerer Nasjonal forskningsetisk komité for medisin (NEM).

Det er ingen informasjonsutveksling mellom de regionale forskningsetiske komitéer i enkeltsaker og Rådet for legeetikk.

Rådet for legeetikk behandler for øvrig heller ikke konkrete forskningsetiske problemstillinger eller prosjekter som reiser forskningsetiske problemstillinger. Slike prosjekter må som det fremgår av foranstående, klareres med vedkommende regionale forskningsetiske komité.

Rådet oversender på denne bakgrunn saken til den forskningsetiske komité i Helseregion Øst.

For øvrig vil Rådet tilføye at det finner det kritikkverdig at det i prosjektet på forhånd loves en sykmelding til ikke navngitte personer med den begrunnelse at de skal delta i et forskningsprosjekt.

5.2 Vurdering av legers informasjonsbidrag til firma ...

En lege har henvendt seg til Rådet med spørsmål om hvorledes Legeforeningens medlemmer bør forholde seg ved forespørsler om detaljerte opplysninger vedrørende sin forskrivningspraksis av legemidler.

I dette tilfellet dreier det seg om firmaet ... som samler inn opplysninger om den enkelte leges forskrivning av medisiner spesifisert på varenavn, og som så selger denne informasjonen videre til legemiddelprodusenter. Opplysningene er knyttet til den enkelte lege med navn og arbeidssted. Utfylt og returnert skjema blir belønnet med et sett valgfrie premier; Flaxlodd, bøker eller abonnement på for eksempel et blad om biler. I tillegg får man delta i trekning av en større premie som reise for to til Karibien.

Denne virksomheten finner legen betenkelig ut fra flere forhold.

1. Det skal angivelig være stor interesse for denne type informasjon fra produsentenes side.
2. Informasjonen vil kunne brukes av firmaene til å belønne enkeltleger som forskriver deres produkter.
3. Legene kan skjele til mulig belønning i sin forskrivningspraksis.
4. Pasientene kan miste tillit til at leger forskriver den behandling som er best fordi legene får belønning for å skrive ut en annen medisin.

Rådet for legeetikk ble bedt om å vurdere om denne praksis kan og bør stoppes ved hjelp av foreningens etiske regler.

Rådet **vedtok** å uttale:

Denne henvendelsen kommer i tid sammenfallende med en rekke andre mediaomtalte episoder der fellesnevner har vært legenes forhold til den farmasøytiske industri. Rådet for legeetikk har med stor bekymring sett en utvikling med mer aggressiv markedsføring, uklare bindinger mellom leger og industrien, og fantasifulle ”belønninger” med gaver, middager og reiser. Det kan se ut som mange

leger har vansker med å se det etiske betenkelige i å inngå samarbeid eller motta gaver der den underliggende hensikt er påvirkning av hvilke medikamenter som skrives ut.

Det grunnleggende i lege-pasientforholdet er tillit. Hvis legene inngår så tette bånd til den farmasøytiske industri at befolkningen mer eller mindre med rette mistenker at andre hensyn enn de rent faglige påvirker valg av behandling, er legene nettopp i fare for å miste denne grunnleggende tillit. Legens fremste oppgave er ”å ivareta den enkelte pasients interesse og integritet.” (Kap I, § 2, etiske regler for leger).

I samarbeidsavtalen mellom Dnlf og LMI, (vedtatt 22/12-99) som regulerer samhandling mellom legestanden og den farmasøytiske industri står det:

”Leger forvalter gjennom sin legemiddelforskrivning pasientens interesser så vel som store offentlige ressurser. Det er derfor viktig at samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri ivaretas på en slik måte at det ikke skapes avhengighetsforhold. Dette kan unngås om legestand og farmasøytisk industri er seg bevisst de integritetsproblemer som kan oppstå, og lar de faglige og etiske vurderinger være avgjørende for holdningen til ulike samarbeidsprosjekter og former.”

Leger som får ulike henvendelser fra den farmasøytiske industri, enten direkte eller indirekte gjennom ..., må spørre seg om motivet bak forespørselen, hva opplysningene skal brukes til, på hvilken måte, og hvilke bindinger som er knyttet opp til henvendelsen. Det kan neppe være legenes oppgave å bidra til opplysninger som kan belønne en bestemt praksis og bedre firmaenes markedsføringsstrategi.

Rådet for legeetikk vil anbefale at leger som får slike henvendelser fra ulike firmaer, enten skriftlig eller telefonisk, nøye vurderer innholdet i disse og unnlater å gi opplysninger som kan gi grobunn for tvil om legens integritet og uavhengighet til den farmasøytiske industri.

Rådet er kjent med at en rekke andre lands legeföreninger har strengere regler enn våre for legers samarbeid med den farmasøytiske industri, og at det kan være grunnlag for å se nærmere på noen av disse hva gjelder omfang og sanksjonsregler.

Selv i USA er det omfattende regler for samarbeid med den farmasøytiske industri. For eksempel heter det i reglene til American College of Physicians: ”Gifts, hospitality, or subsidies offered to physicians by the pharmaceutical industry ought not to be accepted if acceptance might influence or appear to others to influence the objectivity of clinical judgement.”

5.3 "Reklame for alkohol" - medlemsbladet for en fylkesavdeling i Legeföreningen

Fra en overlege har Rådet fått oversendt et medlemsblad for vedkommende avdeling av Legeföreningen.

Under henvisning til medlemsbladets "vinspalte" hevder overlegen at vedkommende legeförening "driver reklame for alkohol". Han anmoder på denne bakgrunn Rådet om å stoppe dette.

Rådet **vedtok** å uttale:

Den norske lægeförening har i sitt prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 2000/2001 under kapittel om ”Forebyggende og helsefremmende arbeid” uttrykt følgende:

”Legeföreningen vil arbeide for at arbeidet for reduksjon av tobakk- og rusmiddelbruk rettes mot de målgrupper der gevinsten er dokumentert størst.”

Rådet for legeetikk støtter disse målsettinger.

Rådet for legeetikk kan ikke diktere hvilke temaer et medlemsblad for en fylkesavdeling av Legeforeningen ikke skal omtale. Leserene vil derimot kunne motvirke omtale av visse temaer ved å gi klare tilbakemeldinger til redaksjonen om hva som ikke ønskes tatt inn i bladet.

Leger som deltar som skribenter i vinspalter - enten det er som i dette tilfellet i et medlemsblad for en fylkesavdeling av Legeforeningen eller i andre blader og aviser - bryter ved dette ikke etiske regler for leger.

5.4 Forskningsprosjekt – industrien

Fra legene ved et legesenter har Rådet mottatt en forespørsel som innledes som følger:

”Legene ved Legesenteret tar del i enkelte studier (forskningsprosjekter) bl.a. med industrien. Under disse studiene, som normalt strekker seg over år, får vi besøk av personale fra industrien for å gå gjennom det arbeidet som utføres. Vi har nå hatt en intern diskusjon hvorvidt disse monitorene/forskningskoordinatorerne skal ha tilgang til vårt journalsystem under sitt arbeid her hos oss.”

Rådet bes om å kommentere problemstillingen.

Rådet **vedtok** å uttale:

I Rådets beretning for 1. juli 1994 – 30. juni 1995, gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr. 23, 30. september 1995, er gitt en prinsipiell uttalelse vedrørende den problemstilling som reises fra Legesenteret. Uttalelsen er knyttet til pkt. 5.3 i beretningen og er benevnt ”Taushetsplikten og metoder for legemiddelfirmaers og nasjonale og internasjonale kontrollinstansers innsynsrett i pasientjournaler i forbindelse med klinisk forskning.”

Uttalelsen konkluderer som følger:

”Rådet for legeetikk vil prinsipielt hevde at taushetsplikten må ha førsteprioritet ved vurdering av utlevering av journal i forbindelse med klinisk forskning. Journaler og kopier av journaler bør derfor ikke utleveres/overleveres til firmarepresentanter eller representanter for innenlandske eller utenlandske myndigheter. Rådet anbefaler i stedet at legen/sykepleieren som er ansvarlig for prosjektet, kontrollerer de aktuelle data uten å overlevere dem. Rådet anbefaler at Helsetilsynet og NEM sammen utarbeider et formelt gyldig regelverk for klinisk forskning i Norge slik at den enkelte prosjektansvarlige slipper å komme i konflikt med sin taushetsplikt. Rådet ber om at ovenstående synspunkter blir vurdert i forbindelse med utarbeidelse av et slikt regelverk.

Rådet har gjort denne uttalelse kjent for Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM), Statens legemiddelkontroll (SLK), de fire regionale forskningsetiske komitéer, samt Legemiddelindustriforeningen.”

Rådet viser til foranstående.

5.5 Ad lindrende sedering

En lege har tilskrevet Rådet for legeetikk fordi han har reagert på punkt 3 i Retningslinjene for lindrende sedering til døende som Rådet for legeetikk har utgitt. Punkt 3 i disse retningslinjene uttaler: ”Lindrende sedering til døende må bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve”. Legen finner dette kravet betenkelig idet han hevder dette kan hindre pasienter som ikke er døende, og som ikke kan hjelpes på annen måte, å få tilstrekkelig hjelp for sine smerter.

Rådet har **vedtatt** slik uttalelse:

De nylig utarbeidede retningslinjene for lindrende sedering til døende er nå under utprøving. Retningslinjene tar sikte på å bidra til at pasienter som trenger slik behandling får den på en måte som i størst mulig grad hindrer at den sederende behandlingen i seg selv er årsak til at døden inntreffer. Rådet vil presisere at det å vurdere hvor lenge en pasient har igjen å leve, ofte er svært vanskelig. De omtalte retningslinjene er imidlertid rettet mot den gruppen av pasienter som antas å ha få dager igjen å leve. Rådene som er gitt, blant annet med tanke på overvåking av vitale funksjoner og tilførsel av intravenøs ernæring og væske, har dette som premiss.

Lindrende sedering er blitt kritisert fra mange hold for at dette i praksis er kamuflert eller langsom eutanasi. Med utgangspunkt i at man ønsker å sikre seg så vidt mulig at pasienten dør av sin grunnlidelse og ikke av den medisinske intervensjonen, skiller pasienter som er døende seg fra pasienter som har lengre tid igjen å leve. Dersom en pasient som ikke er døende sederes, krever dette en helt annen form for overvåking og tilleggsbehandling enn det som er meningsfullt for en pasient som har sluttet å ta til seg væske av betydning og som er inne i sine siste døgn. Dette er for øvrig omtalt i publikasjonen Lindrende sedering til døende, blant annet ved hjelp av en kasuistikk på s. 23.

5.6 ”Etisk dilemma i forhold til innvandrerbarn som ble sendt tilbake til hjemlandet etter at det ble påvist alvorlig sykdom – Ønske om vurdering”

Fra et sykehus er Rådet blitt bedt om å vurdere handlingsmåten overfor et HIV- positivt barn fra Afrika.

Barnet, som er 5 år gammelt, ble innvilget oppholdstillatelse i Norge gjennom familiejenforening. Angivelig far hadde bodd i Norge noen år og barnet kom til Norge sammen med angivelig mor. Ved rutinemessig undersøkelse etter samtykke testet barnet positiv for HIV mens foreldrene var HIV negative. Som fortrolig informasjon fikk legene da vite at barnet ikke var deres eget, men en slektning. Biologisk mor var død, biologisk bror og muligens biologisk far var syke.

Legene informerte pleieforeldrene om at de ikke ville røpe slektskapsforholdet. Pleieforeldrene ble, til tross for gjentatt informasjon, ekstremt redde for å bli smittet og sosialt stigmatisert, og snakket om å sende barnet tilbake til biologisk far. Etter hvert fortalte de at biologisk far krevde å få barnet tilbake, og pleiefar reiste til hjemlandet for å levere barnet til faren.

De behandlende legene spør om de burde handlet annerledes. Burde de med barnevernets hjelp ha forhindret at barnet ble sendt tilbake? Barnet hadde fått norsk personnummer, og legene spør da om barnet hadde krav på behandling i Norge og også om barnet hadde krav på offentlig omsorg, dersom pleieforeldrene ikke kunne eller ville ta hånd om det.

Rådet har **vedtatt** slik uttalelse:

Rådet for legeetikk mener at dette er en sak med så mange motstridende hensyn at ingen løsning kan påstås å være den rette ut fra de opplysningene som foreligger. Legeetisk må hensynet til barnet veie tyngre enn pleieforeldrenes ønsker og behov. Pleieforeldrene har påtatt seg et foreldreansvar, men kan etter Rådets mening ikke påberope seg en eksklusiv rett til å bestemme barnets skjebne.

Medisinsk sett er det grunn til å tro at Norge ville kunne gi en bedre livsforlengende behandling enn barnets hjemland. Barnet har imidlertid en dødelig sykdom og er i en alder da det må oppleves traumatisk å komme til fremmede mennesker og en ny kultur. En plagsom medisinsk behandling ville kunne forsterke traumet, og særlig hvis barnet også ble forlatt av pleieforeldrene. Dette burde tilsi at barnet ville ha det best hos familie i hjemlandet dersom de nærmeste kunne gi en tilfredsstillende omsorg. Dersom barnet ville blitt overlatt til en situasjon med omsorgssvikt, ville hensynet være annerledes.

På grunn av mangelfulle opplysninger om forholdene i hjemlandet, ville det vært naturlig å få undersøkt om det var omsorgspersoner med nødvendig omsorgsevne i hjemlandet, selv om dette ville

bety å involvere barnevernet og dermed bryte taushetsløftet. Et slikt brudd ville i tilfelle vært hjemlet i etiske regler for leger, kapittel I, § 4, sammenholdt med lov om helsepersonell, § 23, fjerde punkt som sier:

”Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.”

I dette tilfellet vil barnevernet være den instans som best kan vurdere hva som er til barnets beste.

5.7 Etiske regler for leger – anvendelse ved straffbare forhold

Rådet har **avgitt** slik generell uttalelse til sentralstyret:

De legeetiske reglene regulerer de handlinger som leger utfører i sitt yrke. På generelt grunnlag har Rådet for legeetikk diskutert om Legeforeningens etiske regler for leger gir grunnlag for reaksjon overfor medlemmer som dømmes for straffbare handlinger som ikke har direkte sammenheng med utøvelsen av yrket.

Leger har krav på samme rettssikkerhet som andre samfunnsborgere. Det medfører retten til å kunne starte på nytt og legge en straffbar handling bak seg når straffen er sonet, enten straffen er knyttet til legens utøvelse av yrket eller utenfor utøvelsen av legeyrket.

Legeyrket er spesielt og gir stor makt ved at pasientene ofte er i en sårbar situasjon og i et avhengighetsforhold til legen. Tillit er derfor en grunnleggende forutsetning for lege-pasientforholdet. Legers adferd, også som privatpersoner, kan svekke en slik tillit, kanskje særlig der det er begått overgrep mot andre av voldelig eller seksuell karakter, eller der mennesker på andre måter er grovt utnyttet. I etiske regler for leger, kapittel I, § 1, heter det bl.a. at ”Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasienter og samfunn.”

Rådet mener at en del straffbare handlinger, f.eks. alvorlige seksuelle overgrep, narkotika- og voldsforbrytelser bryter med disse generelle kravene og svekker allmennhetens tillit til legen. Denne type straffbare handlinger utført av lege bør således kunne vurderes i relasjon til etiske regler for leger.

5.8 Utkast til protokoll til biomedisinsk forskning til Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin – Høring

Ovennevnte protokoll er sendt fra Legeforeningens sekretariat til enkelte av Legeforeningens organisasjonsledd og råd, herunder Rådet for legeetikk, til uttalelse.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse til Legeforeningen:

Rådet for legeetikk har gjennomgått utkastet til protokoll, spesielt artikkel 13 og 16. Rådet har følgende kommentarer:

Rådet støtter de generelle prinsipper som er nedfelt i kapittel 1 og 2. Artikkel 9 er spesielt viktig. Den slår fast at intet forskningsprosjekt skal startes før det er vurdert og klarert av en nasjonal, multidisiplinær og uavhengig etikk-komite.

Artikkel 13 (kapittel 3) omhandler den skriftlige informasjon som etikk-komiteene skal ha for å kunne gjøre en forsvarlig vurdering av forskningsprosjektene. Underpunkt vii (reasons for the use or the absence of control groups) kunne med fordel vært utdypet noe. Underpunktet angår prinsippet om at ved studier av behandlingseffekt, skal kontrollgrupper få en behandling som har dokumentert effekt. Bruk av placebo skal bare brukes dersom det ikke finnes slike metoder. Dette er omtalt et annet sted i protokollutkastet, nemlig i artikkel 30 (kapittel 9), og i de forklarende merknader pkt. 52, s. 11, men

det framgår ikke klart nok av underpunkt vii i artikkel 13 at det er denne type informasjon etikk-komiteene her skal ha.

Det er viktig at protokollen fastslår at den informasjonen som den enkelte forsøksdeltaker skal ha (artikkel 16, kapittel 4), skal foreligge i skriftlig form. Videre er det selvsagt en forutsetning for at deltakerne skal kunne gi et gyldig samtykke, at de forstår den informasjon som blir gitt. Informasjonens omfang, form og språk må tilpasses deltakerne.

I artikkel 16, underpunkt vii, står det at deltakerne skal informeres om ”arrangements for access to information relevant to the participants arising from the research and to its overall results”. Etter Rådets oppfatning er dette underpunkt ikke tilstrekkelig utdypet og presist formulert. Først i artikkel 24 (kapittel 8) presiseres det at ”information collected on their health shall be accessible to the research participants, in conformity with the provisions of Article 10 of the Convention”. I konvensjonens artikkel 10 heter det at ”enhver har krav på å få kjennskap til enhver opplysning som samles inn om hans eller hennes helse. Enkeltpersoners ønsker om ikke å bli gjort kjent med dette, skal imidlertid respekteres”.

Disse formuleringer, som sikrer forsøkspersonen rett til informasjon om resultatene av forskningen, og som også sikrer retten til ikke å vite, finnes altså andre steder i protokollutkastet og konvensjonen. Men for at det skal blir enklere og forståelig for forsøksdeltakerne hvilke rettigheter de har med hensyn til informasjon om forskningsresultatene, bør underpunkt vii i artikkel 16 endres, slik at informasjon om dette samles her.

I artikkel 25 (Availability of results) slås det fast at ”The researcher shall make the results and conclusions of research available to participants in reasonable time, on request.” Dette er i tråd med konvensjonen, kapittel 3 nr. 2: ”Enhver forsøksperson har krav på å få kjennskap til enhver opplysning som samles inn om hans eller hennes helse”. I konvensjonen, kapittel 3, nr. 3 ”I unntakstilfeller kan det i pasientens interesse ved lov legges begrensninger på utøvelsen av de rettigheter som er fastsatt i nr. 2”.

Rådet mener at protokollens artikkel 25 bør endres og utvides, slik at det tas inn et punkt som gjør det mulig, uten at det skal kreves et lovvedtak, å gjennomføre et forskningsprosjekt uten at forsøksdeltakerne har krav på å få vite resultatene på individnivå. Vanligvis vil det være slik at deltakerne skal få vite forsøksresultatene på gruppenivå, dersom de ønsker det. Å melde tilbake resultater på individnivå kan være praktisk vanskelig gjennomførbart. Det kan også tenkes forsøksprosjekter der det er etisk forsvarlig at deltakerne ikke får vite resultatene på individnivå. Et eksempel på dette kunne være et prosjekt som nylig har vært heftig debattert i Norge, der en skulle studere i hvilken grad enkelte spesifikke funn ved ultralydundersøkelse tidlig i svangerskapet kunne påvise kromosomavvik hos foster.

Et forsøksprosjekt der deltakerne ikke får vite ”sine egne” resultater må vurderes med spesiell omhu av de forskningsetiske komiteer. Det må selvsagt være en forutsetning at forsøksdeltakerne informeres om at de ikke får kjennskap til resultatene på individnivå, før de evt. gir sitt samtykke til å delta.

Rådet for legeetikk har også noen kommentarer knyttet til artikkel 22 som omhandler personer i fangenskap. Frivillighet til å delta i forskning er et helt fundamentalt forskningsetisk prinsipp. Personer i fangenskap er i en sårbar situasjon, idet de er berøvet sin frihet, har økt avhengighet av sine omgivelser og i motsetning til barn og umyndige, ofte heller ikke har andre til å ivareta sine rettigheter og interesser. Rådet for legeetikk mener derfor at disse personene ikke bør inkluderes i forsøk uten at det er sannsynlig at de selv som individ får direkte nytte av forskningen.

5.9 Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne – mediaoppslag

Volvat Medisinske Senter har lansert et tilbud om rekonstruktiv jomfruhinne-behandling hos innvandrerkvinner. Tilbudet er blitt mediafokuset og fylkeslegen i Oslo har bedt Volvat Medisinske Senter å avgi en uttalelse i sakens anledning.

Fra Volvat Medisinske Senter forelå en anmodning til Rådet om å gi en prinsipiell kommentar til problemstillingen.

Rådet har **vedtatt** slik uttalelse:

I mange kulturer, også vår egen, har det tidligere vært vurdert som viktig at bruden var jomfru ved inngåelse av ekteskap. Det fortelles at manglende blodspor på lakenet etter sprenging av jomfruhinnen har vært kamuflert ved deponering av menneske- eller dyreblood eller annen rød væske i brudesengen slik at brudgommens familie har blitt tilfredsstilt. Med andre ord, problemet med manglende jomfruhinne har vært løst uten medisinsk intervensjon.

I mange kulturer har endrede seksualvaner, prevensjonsmidler og endret syn på kvinnen og kvinnens seksualitet ført til at de aller fleste kvinner i dag har debutert seksuelt før inngåelse av ekteskap. Kvinner som kommer fra ikke-vestlige kulturer vil preges av den kulturen de vokser opp i, også av synet på kvinnens rett til egen seksualitet før inngåelse av ekteskap. Mange ikke norsk-etniske kvinner inngår arrangerte ekteskap med menn fra de kulturene som deres familie har sin tilhørighet i. Her er kvinnens kyskhets før ekteskapet et sentralt krav. Det at familiene er villige til å betale 11 000 kroner for et helt enkelt inngrep, indikerer hvor stor betydning en intakt jomfruhinne har i noen miljøer. Seksuell debut før giftermål vil kunne bli sett på som et avtalebrudd vis a vis brudgommens familie og en forringelse av kvinnens verdi som ekteskapspartner. I sjeldne tilfeller vil kvinnen kunne påføres alvorlige, endog livstruende sanksjoner. Rådet har ingen vanskeligheter med å akseptere at et slikt inngrep i enkelte sjeldne tilfeller utføres der det er overveiende sannsynlig at kvinnen er alvorlig truet som en følge av at hun ikke har intakt jomfruhinne ved inngåelse av ekteskap.

Ytre sett kan rekonstruksjon av jomfruhinne betraktes som likestilt med andre medisinske "forskjønningsinngrep", for eksempel innen kosmetisk kirurgi. Også omfanget av kosmetisk kirurgi i vår vestlige kultur kan sies å være uttrykk for et kvinneundertrykkende skjønnhetsideal. Rådet har likevel motforestillinger mot jomfruhinneplastikk som medisinsk tilbud, først og fremst ved at medisinen på denne måten tas i bruk for å løse noe som er et kulturelt problem, og ikke medisinsk. På den måten hindres eller forsinkes fremveksten av en kulturell forståelse for at kvinner har krav på å bli akseptert som et selvstendig individ, og ikke først og fremst som en som skal tilpasse seg mennenes og familiens behov. En rekonstruksjon av en hymenalring vil også bidra til å levere et produkt, en "uberørt" brud, på falske premisser.

Noen kvinner fra innvandremiljø har selv bedt om at norske leger ikke utfører hymenalplastikk, idet det hevdes at en slik lettvinnt og overflatisk løsning hindrer kvinnene i å kjempe for nødvendige holdningsendringer. Det er i den sammenhengen også dratt paralleller til det norske forbudet mot omskjæring av kvinner, en mutilerende virksomhet som også tar utgangspunkt i en undertrykkende kulturs forestillinger om hva som er ønskelig fra mannens ståsted, og der kvinner blir sett på som annenrangs og mindre attraktive som ekteskaps partnere om de ikke tilpasser seg idealene.

Slik Rådet for legeetikk ser det, kan rekonstruksjon av jomfruhinnen neppe sammenlignes med de skadene som kvinnene påføres ved kjønnslemlestelse. Rådets motforestilling er altså først og fremst at dette er en form for medikalisering av et kulturelt problem som må finne sin løsning innenfor kulturen selv, og en bekymring for den fasttømring en slik virksomhet kan ha på et undertrykkende syn på kvinnen og hennes manglende rett til å betraktes som et selvstendig individ.

Rådet vil også peke på behovet for opplysning om at også kvinner som ikke har debutert seksuelt, kan mangle intakt jomfruhinne. Dersom dette ikke aksepteres, må i sin ytterste konsekvens alle kvinner som giftes bort til kulturer der dette er et viktig kriterium for kvinnens verdi, undersøkes og eventuelt sutureres for å hindre en eventuell "straffereaksjon" mot henne.

5.10 Lov om bruk av tvang overfor demente

Det kongelige Sosialdepartement har utarbeidet et høringsnotat om lov om rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens.

Høringsnotatet er sendt til bl.a. Den norske lægeforening. Legeforeningen har igjen oversendt saken til en del av organisasjonsleddene, herunder Rådet for legeetikk, til uttalelse.

Rådet har **vedtatt** å avgi slik uttalelse til Legeforeningen:

Rådet for legeetikk har verken mulighet eller bakgrunn for å vurdere høringsutkastet i detalj, men ønsker å gi noen prinsipielle syn på sentrale punkter.

Rådet ser det som viktig at lover og forskrifter ikke bare forebygger og begrenser bruk av tvang i omsorgen for demente mest mulig, men også ivaretar muligheten for at visse fornuftige og klart definerte tvangstiltak kan iverksettes på et så pasientnært nivå at demente til enhver tid sikres nødvendig pleie og omsorg, og sikkerhet mot å utsette seg selv eller andre for skade. Tvangstiltak må ikke brukes som erstatning for nødvendig antall kompetent personale, bygningsmessig standard eller organisering av omsorgen. Uansett bemanning og organisering vil imidlertid demente av og til kunne utsette seg selv for fare, mangelfull omsorg, og uakseptabel og uverdigg adferd dersom adferdsbegrensende tiltak ikke iverksettes.

Rådet for legeetikk støtter prinsippene i de forslag høringsnotatet legger til grunn. Psykisk funksjonshemmete og demente representerer såvidt like utfordringer at lover og forskrifter for tvangstiltak i størst mulig grad bør være like. I de enkelte kommunene vil dette bidra til å sikre en god forståelse av lover og forskrifter og dermed en god forvaltning av disse. Rådet støtter forslagene om at for demente behøves ikke hjelpeverge eller automatisk overprøving fra overordnet myndighet. Krav om skriftlighet, tidsbegrensning av vedtak, pårørendes rett til å gi samtykke på vegne av den demente og ankemulighet burde sikre tilstrekkelig rettssikkerhet. Det er imidlertid viktig at regler for flytting og tilbakeholdelse må overprøves fordi det ikke er opplagt at pårørende nødvendigvis vil ivareta den dementes interesser på disse områdene. For bruk av varslings- og peilesystemer er det derimot vanskelig å se at pårørende vil kunne komme i konflikt med det som best tjener den demente. Slike systemer kan oppfattes som overvåking, men det samme gjelder alternativene som er fotfølging eller innestenging av den demente. Innenfor de rammer som er skissert i høringsnotatet vil varslings- og peilesystemer kunne gi den demente økt autonomi og dermed bedre livskvalitet.

5.11 Landsstyresak: Forslag til endring av bestemmelser i etiske regler for leger

Rådet har **avgitt** slik uttalelse til sentralstyret:

Rådet har over tid sett at det bør gjøres enkelte endringer i og tilføyelser til någjeldende etiske regler for leger. Dette gjelder også for "Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk" for å skape hjemmel for reaksjon på brudd på bestemmelsene. De forslag Rådet i denne omgang vil fremsette, fremgår av det nedenstående.

I

Forslag til endring av kapittel I. Almennelige bestemmelser

I dette kapitlet finnes en bestemmelse § 12 som lyder som følger:

"En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes.

Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En

lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel. Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra.”

Etter Rådets syn bør det i denne bestemmelse også inntas en bestemmelse som omtaler legers forhold til den farmasøytiske industri og leverandører av medisinsk utstyr. Bestemmelsen bør etter Rådets oppfatning utformes som følger:

”Legen må ikke inngå forbindelser med den farmasøytiske industri eller leverandører av medisinsk utstyr som er egnet å svekke tilliten til legens faglige vurderinger.”

Bestemmelsen harmonerer med de intensjoner som ligger bak dette at Legeforeningen har inngått en samarbeidsavtale med legemiddelindustrien om forholdet mellom partene. Formuleringer om forholdet til legemiddelindustrien bør også inntas i Legeforeningens interne regler og hører da mest naturlig hjemme under punktet om samfunnshensyn.

Når Rådet har valgt å bruke begrepet ”forbindelser”, er det fordi en trenger et ”vidt” begrep i denne forbindelse.

Rådet finner det naturlig også å omtale utstyrsleverandørene i denne forbindelse selv om det foreløpig ikke er inngått noen samarbeidsavtale mellom Legeforeningen og leverandører av medisinsk utstyr.

Når Rådet bruker begrepet ”er egnet til å svekke”, er det for å unngå at en skal måtte føre strikte bevis for at det foreligger føringer og bindinger mellom partene.

Rådets forslag til ny utforming av første ledd i etiske regler for leger, kapittel I, § 12, blir etter dette:

”En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes. Legen må ikke inngå forbindelser med den farmasøytiske industri eller leverandører av medisinsk utstyr som er egnet til å svekke tilliten til legens faglige vurderinger.”

II

Forslag til endring av kapittel III. Avertissement og annen informasjon om legetjenester

I dette kapittelet av etikkreglene foreslår Rådet tre endringer som beskrevet nedenfor.

Rådet har i den senere tid sett at annonsering for medisinsk virksomhet noen ganger er uheldig uten at etikkreglene, slik de i dag er utformet, gir mulighet for både å forhindre og å rette opp slik skjev utvikling. Rådet sikter særlig til at annonser noen ganger fokuserer på lyter som dels kan skape angst og fordommer og dels skape urealistiske forventninger til helsetjenesten.

Under henvisning til dette vil Rådet foreslå at det i annet ledd av § 1 i kapittel III tas inn slik bestemmelse:

”Annonser som fokuserer på lyter eller som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.”

Samme bestemmelse i kapittel III har et avslutningsledd som lyder slik:

”Ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges.”

Den siterte bestemmelse blir, slik den nå er plassert, på en måte borte i § 1. Rådet har i den senere tid

gjentatte ganger måttet påpeke overfor virksomheter mangel ved deres annonsering i denne henseende.

For å få frem bestemmelsen tydeligere vil Rådet foreslå at den utformes som en særskilt paragraf i kapittel III.

Rådet vil således foreslå at § 2 i etiske regler for leger, kapittel III, får slik utforming:

”Ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges.”

Nåværende bestemmelser i etiske regler for leger, kapittel III, §§ 2, 3 og 4, benevnes 3, 4 og 5.

Endelig vil Rådet foreslå en tilføyelse til nåværende § 3 i kapittel III. Bestemmelsen lyder:

”En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger til. Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.”

I den senere tid har Rådet støtt på annonser som kan oppfattes som om en lege forsøker å fremstille seg som dyktigere enn kollega. For å markere at Legeforeningen vil ta avstand fra slike fremstillinger, foreslår Rådet at det i den siterte bestemmelses siste punktum gjøres slik tilføyelse:

”eller fremstille seg som faglig dyktigere enn sine kolleger.”

Nåværende § 3s siste punktum vil i tilfelle få slik utforming:

”Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet, eller fremstille seg som faglig dyktigere enn sine kolleger.”

III

Forslag til endring av Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingens utvalg for legeetikk

I dette tillegg for etiske regler for leger finnes bl.a. Rådets reaksjonsregler. Det vises i denne forbindelse til reglementets § 12 som sier:

”Hvis Rådet eller et utvalg mener at en lege har overtrådt de etiske regler, kan det uttale sin beklagelse overfor legen eller gi legen en reprimande. Videre kan det gis pålegg om at de påklagede forhold beklages og/eller bringes til opphør.

Hvis Rådet mener at en lege på en særdeles graverende måte har overtrådt de etiske regler for leger slik at han/hun bør ekskluderes av Legeforeningen, sendes saken til sentralstyret med forslag om eksklusjon. Også i tilfelle en lege ikke vil rette seg etter en avgjørelse i Rådet, kan eksklusjon foreslås.”

Som omtalt foran i punkt I har Legeforeningen utformet retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri. Disse retningslinjene forvaltes av et råd benevnt ”Legeforeningens og Legemiddelindustriforeningens råd for legemiddelinformasjon”. Partene har 27. november 2000 godkjent vedtekter for rådet.

I henhold til vedtekter for Rådet for legemiddelinformasjon, § 10, skal uttalelser i enkeltsaker angående brudd på samarbeidsavtalen eller annet relevant regelverk sendes Den norske lægeforening og/eller Legemiddelindustriforeningen for eventuelle sanksjoner i den enkelte forening, jfr. § 2. Uttalelser om prinsipielle spørsmål oversendes begge foreninger.

I vedtektenes § 2 uttrykkes det at ”rådet skal være et uavhengig og selvstendig organ som skal avgi uttalelser om forholdet mellom leger og legemiddelindustri, samt om legemiddelinformasjon. Rådet skal videre være et veiledende organ for legene og legemiddelindustrien i spørsmål omtalt under § 1. Rådet avgjør endelig om saker skal anses som brudd på samarbeidsavtalen mellom Den norske lægeforening og Legemiddelindustriforeningen av 22. desember 1999, relevante offentlige bestemmelser og bransjeinterne retningslinjer. Rådet skal som hovedregel gi anbefaling til den enkelte forening om passende reaksjonsform.”

Legemiddelindustriforeningen har etter forslag fra Rådet for legemiddelinformasjon ved flere anledninger gitt påtale med bøtestraff overfor egne medlemmer når brudd på samarbeidsreglene er konstatert.

Legeforeningen har mottatt henvendelse fra Rådet for legemiddelinformasjon med anmodning om at tilsvarende ble vurdert av Legeforeningen.

Da Legeforeningens interne regler foreløpig ikke gir hjemmel for å reagere overfor enkeltmedlemmer ved brudd på retningslinjene for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri, er det Rådet for legeetikks oppfatning at slik hjemmel må skaffes.

Under henvisning til foranstående vil Rådet for legeetikk foreslå at det i ”Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk” skapes slik hjemmel som påpekt. Dette kan skje ved at det inntas i § 12, første punktum og annet punktum, særskilt bestemmelse om dette. Bestemmelsen kan utformes ved slikt tillegg:

”...eller Retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri.”

Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk, § 12, vil i tilfelle etter dette lyde som følger:

”Hvis Rådet eller et utvalg mener at en lege har overtrådt de etiske regler eller Retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri, kan det ...

Hvis Rådet mener at en lege på en særdeles graverende måte har overtrådt de etiske regler for leger eller Retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri, slik at han/hun bør ekskluderes av Legeforeningen, ...”

Rådet vil foreslå at sentralstyret vedtar å sende denne sak ut på organisasjonsmessig behandling som ledd i forberedelse til landsstyremøtebehandling juni 2002.

(Saken er i juni 2002 behandlet av landsstyret som har truffet vedtak i saken tilnærmet i overensstemmelse med forslagene.)