

## BERETNING 1.7.2003 – 30.6.2004

### RÅDET FOR LEGEETIKK

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

Professor dr. med. Reidun Førde, leder  
Professor 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 6 ordinære møter og behandlet 73 saker.

Rådet har dessuten stått som arrangør av et nordisk seminar i medisinsk etikk. Seminaret ble holdt på Sanner Hotell i tiden 20 – 22 august 2003. Programmets innhold er omtalt under punktet ”særskilte saker”. Rådet har endelig avholdt et dagskurs på Soria Moria. Temaet var: ”Omsorg ved livets slutt”. Kurset er omtalt under punktet ”spesielle 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 i en forenklet form.

#### **1 Regler for attestutstedelser**

##### **1.1 Klage på legeerklæring**

Et forsikringsselskap har innlevert en klage på en allmennpraktiserende lege B. Rådet ble bedt om å vurdere om en legeerklæring fra B tilfredsstilte de legale krav til slik.

Legeerklæringen er avgitt i forbindelse med søknad om livsforsikring med dekning for død og kritisk sykdom.

Forsikringsselskapet hevder at legen ”bevisst eller grovt uaktsomt medvirket til å underslå helseopplysninger ved tegning av ovennevnte forsikring”. Det ble hevdet at legen ved å unnlate å opplyse om langvarig sykehistorie ved sin legeerklæring ”misledet selskapet til å akseptere en forsikringssøknad som ikke ville blitt akseptert dersom alle opplysningene var blitt gitt”.

Rådet har forelagt klagen for lege B og presisert at Rådets oppgave ikke er å vurdere klagesaker i forhold til norsk lovgivning, men i forhold til etiske regler for leger. Legens oppmerksomhet ble henledet på etiske regler for leger, kapittel IV ”Regler for legers utstedelser av attester og andre legeerklæringer”.

I uttalelse til Rådet innrømmer legen å burde ha ringt pasienten og sagt fra at hvis det skulle skrives legeerklæring, var lege B nødt til å gi opp flere opplysninger enn de pasienten selv hadde gjort i sin

egenerklæring. Legen beklager å ha feilvurderte saken og gjentar innrømmelsen av at legeerklæringen burde inneholdt flere opplysninger fra pasientens sykehistorie.

Legen opplyser for øvrig at saken også har vært vurdert av fylkeslegen i ..... som har reist kritikk mot legen for ”noe ufullstendig legeerklæring”.

Rådet **vedtok** å uttale:

I en sak av denne art har en lege en selvstendig plikt til å gi alle relevante opplysninger etter nødvendig undersøkelse, uavhengig av hva pasienten selv måtte ha oppgitt i egenerklæringen.

Innklagede leges handlemåte er i strid med etiske regler for leger, kapittel V, §4. Bestemmelsen sier bl.a.:

”En legeerklæring skal gis tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies...”

Rådet finner å måtte beklage legens opptreden. Rådet tar samtidig til etterretning legens sterke beklagelse over det inntrufne.

## **1.2 Klage på legeerklæring**

Et forsikringsselskap ved sin advokat A reiser overfor Rådet spørsmålet om en legeerklæring fra lege B av 1991 tilfredsstillende krav etiske regler for leger i kapittel IV, § 4, setter til innhold av en legeerklæring.

Sakens bakgrunn er følgende:

På grunn av helseopplysninger som var gitt i søknad om livsforsikring med uføredækning og på grunn av at søkeren ikke hadde svart på spørsmål om han hadde vært arbeidsufør i mer enn tre uker sammenhengende, har selskapet tilskrevet lege B og bedt om legeerklæring. Legen utferdiget en legeerklæring hvor det sto:

”(Pasientens navn og fødselsdato) har de beste leveutsikter og god fremtidig arbeidsevne”.

Advokat A opplyser at det for øvrig ikke ble gitt helseopplysninger av betydning. Livsforsikring ble utstedt med dekning for dødsfall og uførhet.

I forbindelse med at kunden senere søkte om uføreerstatning, har det fremkommet nye opplysninger om sykdom forut for utstedelsen av den påklagede legeerklæring.

Lege B har vært sykmeldende lege og skrevet flere legeerklæringer til trygdekontoret vedrørende forsikringsselskapets kunde. Advokat A hevder på vegne av selskapet at legen har kjent til at forsikringssøker på søknadstidspunktet i 1991 hadde vært sammenhengende syk/ på attføring i mer enn seks år. Advokaten hevder på denne bakgrunn at lege B ”bevisst eller grovt uaktsomt medvirket til å underslå helseopplysninger ved tegning av nevnte forsikring”.

Advokat A opplyser til Rådet at selskapet også har innklaget lege B til fylkeslegen i .....

Rådets sekretariat meddelte i første omgang advokat A at Rådet har som fast praksis ikke å ta opp til behandling en sak som samtidig er under behandling av rettslig eller offentlig administrativ myndighet. Advokaten ble imidlertid samtidig meddelt at han eventuelt kunne komme tilbake til saken når den var ferdigbehandlet av fylkeslegen.

Advokat A har på vegne av forsikringsselskapet kommet tilbake til saken og meddelt at den er avgjort av fylkeslegen i ..... Advokat A gjør også Rådet kjent med at saken senere er blitt behandlet av Helsetilsynet. Dette hadde fått saken oversendt til behandling fra fylkeslegen som tilsynssak.

Helsetilsynet konkluderer tilsynssaken med følgende:

”Tilsynssaken avsluttes uten at det finnes grunnlag for å gi Dem (lege B) administrative reaksjoner etter helsepersonellovens bestemmelser.”

Av den vurdering som Helsetilsynet gjør, fremgår imidlertid at det har lagt til grunn at legens handlemåte var et brudd på bestemmelser i den tidligere legelov. Det er imidlertid et vilkår etter den nye helsepersonellov at pliktbruddet enten måtte være ”egnet til å medføre fare ved sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning” for at det skulle kunne lede til en advarsel. Da Helsetilsynet ikke kunne se at dette var tilfellet, har det derfor ikke gått nærmere inn på saken.

Rådet har tilskrevet lege B og bedt om hans uttalelse.

Legen tilskriver Rådet som følger:

”Fylkeslegen brukte 2 ½ år på å behandle denne saken som så ble oversendt Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn brukte 2 uker på å avvise klagen. Svaret fra Statens helsetilsyn vedlegges. Jeg håper at denne saken nå er ute av verden.”

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet finner å måtte legge til grunn den samme forståelse av saken som Helsetilsynet har gjort.

Rådet må således konstatere at lege B var behandlende lege på det aktuelle tidspunkt erklæringen ble skrevet og at legen var kjent med at forsikringssøker hadde vært sammenhengende syk/ vært på atfering før erklæringen ble skrevet.

Lege B har ved utferdigelsen av den aktuelle legeerklæring unnlatt å gi alle relevante opplysninger. Han har således ikke etterlevd etiske regler for leger, kapittel IV, § 4, som uttaler:

”En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. ...”

Rådet beklager at lege B i det aktuelle tilfellet ikke har etterlevet den siterte bestemmelse.

### **1.3 Klage på legeerklæring**

Fra lege A i et forsikringsselskap har Rådet mottatt en klage på lege B.

Sakens bakgrunn er følgende:

En mann har søkt om forsikring i vedkommende forsikringsselskap. Selskapet sender skjemaet ”legeerklæring om forsikredes helse” til utfylling av forsikringssøker. Av skjemaet fremgår bl.a. at forsikringssøker har vært sykmeldt i 18 uker i 1999.

Selskapet henvender seg etter dette til behandlende lege, B, med en ”forespørsel om helseopplysninger for vurdering av forsikringssøknad”. I denne bes det om ...”opplysninger fra journal vedrørende følgende forhold: ... årsak til sykmelding mars 99”.

Lege B besvarer selskapets henvendelse med en uttalelse datert ..... således: "Årsak til sykmelding i mars 99 var hodepine."

Etter selskapets oppfatning er de opplysninger som mottas fra dr.B i dennes erklæring av ..... "svært mangelfulle". Selskapet fremfører videre at etter dets vurdering "ble meget relevante opplysningen holdt tilbake i erklæringen fra dr. B, sammenholdt med forsikringssøkers reelle helsetilstand på tidspunktet for sykmelding i mars 1999".

Selskapet ber Rådet for legeetikk om å vurdere hvorvidt erklæringen fra dr. B kan sies å være i overensstemmelse med etiske regler for leger, kapittel IV, § 4.

Innklagede lege fastholder overfor Rådet at han fortsatt mener at hovedårsaken til forsikringssøkers sykefravær "var hans hodepine". Innklagede lege mener at man vil komme i kollisjon med bestemmelser i etiske regler for leger hvis det skal bli slik "at man til forsikringsselskapene også skal utlevere annamnetiske tilleggsopplysninger som ikke angår det selskapet spør om".

Begge parter har gitt tilleggs kommentarer til hverandres første uttalelse.

Selskapets lege A fremhever i sin andre uttalelse for Rådet bl.a. at innklagede lege B "visste mer om bakgrunnen for søkers hodepine enn det som fremkommer i det korte utsagnet "hodepine", nemlig at plagen i stor grad var utløst av stress".

Selskapet hevder at om innklagede lege hadde "besvart selskapets spørsmål på en dekkende måte – ut i fra den kunnskap han hadde om søker – ville det ha gitt selskapet mulighet til å danne seg et helt annet bilde av søkers samlede helsetilstand. 18 ukers arbeidshemmende hodepine, delvis på bakgrunn av stress hos en mann på 23 år, ville også i 1999 representere en så stor grad av "risiko" at disse opplysningene ville ha gitt søker avslag på uføredekning knyttet til forsikringen."

Selskapets lege fremhever på denne bakgrunn at det ikke er snakk om "etterpåkløskap" når selskapet hevder at søker ikke ville ha fått den aktuelle forsikring dersom innklagede lege hadde besvart forsikringsselskapets spørsmål på en adekvat måte. Det konkluderes etter dette med at erklæringen fra innklagede lege B "ikke har gitt tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og at de relevante opplysninger er blitt fortiet eller fordreid".

Innklagede lege B konkluderer sin andre uttalelse med at han ikke kan se at selskapet har kommet med nye opplysninger som kan rettfærdiggjøre den konklusjon selskapet trekker. Legen gjentar at han har gjort nettopp det den opprinnelige anmodning fra selskapet ba ham om, nemlig å svare eksakt på hva som var sykmeldingsgrunnen i 1999.

Innklagede lege avslutter sin konklusjon som følger:

"Jeg kan se og beklage det forløp forsikringssaken nå har fått, men jeg tror også i dag at jeg ville ha behandlet pasienten på samme måte og tenkt på å ta totalbelastningen med å forebygge sykdom/annen langvarig sykmelding og jeg ville ikke attestert til deres selskap annet enn det som var sykmeldingsgrunnen, hans hodepine (om jeg ikke var eksplisitt bedt om det)".

Rådet **vedtok** å uttale:

Av utskrift av pasientens (forsikringssøkers) journal fremgår at innklagede lege to ganger i februar 1999, forut for den omtalte konsultasjon i mars samme år, samt tre ganger etterpå samme år frem til primo august, har skrevet inn journalnotater om pasienten.

Selv om forsikringsselskapets opprinnelige henvendelse til innklagede lege uthever ordene "årsaker til sykmelding mars 99", fremgår det klart hvorfor selskapet ber om uttalelse, nemlig for å få

helseopplysninger for vurdering av forsikringsøknad. Det opplyses at forsikringssøker har gitt samtykke til innhenting av journalopplysninger.

Selskapet har bedt om å få belyst ”årsak” til sykmelding. Selskapet har ikke bedt om diagnose fordi diagnose ikke nødvendigvis er ensbetydende med en årsak til sykmelding.

Etter Rådets skjønn viser journalen at legen hadde et godt grunnlag for å besvare den aktuelle henvendelse fra selskapet på en mer opplysende måte enn det ble gjort.

Rådet er enig med innklagede lege i det generelle utgangspunkt at en lege ikke skal gi fra seg flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet, og som i et tilfelle som det foreliggende, ligger innen rammen av en gitt samtykkeerklæring. Hvis en lege er i tvil om det siste er tilfellet, kan pasienten forespørres nærmere.

I den aktuelle sak burde legen ha forstått at den uttalelse han ga, var for knapp til å oppfylle sin hensikt.

Rådet viser til etiske regler for leger, kapittel IV, § 4, som innledningsvis sier:

”En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og skal være objektiv og nøytral i sin form.”

Rådet beklager at innklagede lege B i den aktuelle sak ikke har etterlevd den siterte bestemmelse.

## 2 Klage på leger

### 2.1 Legen som sakkyndig

En psykolog har innlevert en klage på en psykiater.

Sakens bakgrunn er følgende:

Etter en dom er klager blitt fratatt sin autorisasjon som psykolog. Helsetilsynet har senere akseptert å vurdere autorisasjonsspørsmålet på nytt under forutsetning av at klager var villig til å gjennomgå en ”psykologisk undersøkelse”.

Innklagede psykiater er den lege som har gjort den ”psykologiske undersøkelse” av klager.

Klager hevder at innklagede lege gjennom sitt arbeid med og utforming av sin sakkyndighetsrapport har overtrådt etiske regler for leger.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet mottar fra tid til annen henvendelser som den foreliggende og hvor den egentlig problemstilling er at det reises tvil om den medisinsk-faglige vurdering som er lagt til grunn for en sakkyndighetsrapport. Som organ av Den norske lægeforening har Rådet for legetikk ikke som oppgave å behandle klager over legers faglig-medisinske virksomhet. Slike klagesaker kan i tilfelle sendes til administrativ behandling hos fylkeslege. På tilsvarende måte vil Rådet heller ikke kunne behandle klager på erklæringer avgitt fra leger når klagegrunnlaget i det vesentligste angår den medisinsk-faglige vurdering som er basis for legeuttalelsen.

Rådet finner etter dette ikke grunnlag for å undergi saken videre behandling.

## 2.2 Uttalelser i media

Den norske lægeforenings sentralstyre har henvendt seg til Legeforeningens råd for legeetikk i anledning av at det i et ukeblad og i en avis var gjengitt uttalelser fra en praktiserende spesialist om sider ved utseende til to kjente personer. Det ble meddelt at de to oppslag hadde vært forelagt sentralstyret til vurdering av om saken burde forelegges Rådet for legeetikk.

De to oppslag medfulgte henvendelsen fra sentralstyret sammen med et oppsett med gjengivelse av et åpent brev som den praktiserende spesialist hadde skrevet til den ene av de to kjente personer.

Rådet ble meddelt at sentralstyret hadde truffet slikt vedtak i saken:

”Omtalte oppsett i ..... og .....oversendes Rådet for legeetikk. Rådet bes vurdere om uttalelser som den praktiserende spesialist kommer med i intervjuene, er i strid med etiske regler for leger.”

Rådet tok saken opp til behandling og forela den til uttalelse for den praktiserende spesialist B.

Spesialisten besvarer Rådets første henvendelse og sier i sitt oversendelsesbrev bl.a.:

Vedlagt sender jeg kopi av brev fra min advokat, ....., til Pressens Faglige Utvalg og ..... Jeg håper dette ”foreløpig” kan være god nok forklaring fra min side.

Rådet vedtok etter dette å avgi slik foreløpig uttalelse:

”Rådet konstaterer at praktiserende spesialist B velger å gi sin uttalelse til Rådet ved en henvisning til sin klage til Pressens Faglige Utvalg. På denne bakgrunn avventer Rådet avgjørelsen fra Pressens Faglige Utvalg, idet det antar at den vil gi ytterligere belysning av saken.

Rådet forutsetter at praktiserende spesialist B oversender uttalelsen fra Pressens Faglige Utvalg til Rådet så snart den foreligger. Rådet vil etter dette vurdere om spesialisten skal stilles enkelte utfyllende spørsmål før Rådet treffer endelig avgjørelse i saken.”

Etter et halvt års tid henvendte Rådet for legeetikk seg på nytt til den praktiserende spesialist og ba opplyst om saken ”nå er avsluttet av Pressens Faglige Utvalg”. I tilfellet ba Rådet om å få tilsendt kopi av avgjørelsen.

Den praktiserende spesialist svarer Rådet som følger:

”Beklager min mangel på oppfølging, men PFU’s uttalelse i denne saken falt ikke ut til min fordel.

PFU mener at alt man sier til en journalist er journalistens materiale som han kan gjøre hva han vil med. Dette er i og for seg oppsiktsvekkende og sannsynligvis ikke helt riktig. Jeg synes imidlertid at PFU’s avgjørelse i denne saken ikke burde være medregnende i avgjørelsen som Råd for legeetikk vil ta i denne saken. Da jeg sendte rådet, som svar på første forespørsel, min uttalelse til Pressens Faglige Utvalg var dette fra min side ment som en fyldestgjørende forklaring til Rådet for legeetikk.

Jeg vil presisere kjernen i denne saken. Nemlig at mine uttalelser om ..... og ..... var overfor journalisten nevnt som eksempler. Jeg sa at dette ikke hadde noe med den aktuelle artikkel å gjøre og sa at dette ikke skulle på trykk. Jeg ba også om å få artikkelen til gjennomlesning, hvilket jeg ikke fikk. Dette fremgår av all korrespondanse i saken. Men tydeligvis ikke kommet helt klart frem for Rådet for legeetikk. Jeg regner nå med at denne saken er avsluttet.”

På denne bakgrunn vedtok Rådet å rette en fornyet henvendelse til den praktiserende spesislist sålydende:

”Det tilligger Rådet selv å avgjøre når det vil avslutte en sak det har til behandling. Rådet gjentar på denne bakgrunn sin anmodning om å få oversendt en kopi av uttalelsen fra Pressens Faglige Utvalg.

Dersom uttalelsen fra Pressens Faglige Utvalg ikke blir oversendt, vil det bli vurdert om uttalelsen kan bli gjort kjent for Rådet på annen måte.

Hvis uttalelsen fra Pressens Faglige Utvalg ikke blir kjent for Rådet, vil dette måtte avgjøre saken på grunnlag av det materialet som foreligger.”

Rådet mottar etter dette uttalelsen fra Pressens Faglige.

Uttalelsen fra Pressens Faglige Utvalg avsluttes som følger:

”Pressens Faglige Utvalg finner det godt gjort at klageren har uttalt seg om de forhold som han er sitert på, og som også kommenteres på lederplass. Selv om journalistens fremlagte notater alene ikke kan brukes som fullgod dokumentasjon, finner utvalget det bekreftet i klagen at både ..... og ..... var tema i samtalen med journalisten.

For øvrig konstaterer utvalget at påstand står mot påstand når det gjelder klagerens ønske om gjennomlesning av artikkelen på forhånd, og om hvorvidt klageren anmodet journalisten om å stryke de aktuelle uttalelsene fra intervjuet.

..... har ikke brutt god presseskikk.”

Rådet **vedtok** å uttale:

I etiske regler for leger, kapittel I, § 11, oppfordres leger som gir sin uttalelse om medisinske spørsmål til media til å ”sikre seg adgang til å kontrollere hvordan uttalelsen blir offentliggjort”. Selv om bestemmelsen ikke er utformet direkte med sikte på saker av den type som Rådet her er forelagt, gir den en allmenn påpeking av mulighet for og oppfordring til å forsøke å få gjennomlest uttalelser til eller intervju med media før noe trykkes. Jo mer følsomt, kontroversielt og vanskelig et tema måtte være, jo større burde behovet for å sikre seg retten til gjennomlesning av et intervju være.

I den aktuelle sak står påstand mot påstand med hensyn til spørsmålet om praktiserende spesialist B har bedt om å få gjennomlese intervjuet. Dette må Rådet ta til etterretning.

Praktiserende spesialist B fremhever overfor Rådet at når han har oversendt sin uttalelse til Pressens Faglige Utvalg, var dette fra hans side ment å være ”en fyldestgjørende forklaring”. Rådet har merket seg at spesialisten, ved sin advokat, i uttalelsen til Pressens Faglige Utvalg i siste avsnitts punkt 2, side 2, uttaler:

”Artikkelen angriper lege B`s seriøsitet som lege. Kosmetisk-kirurgisk virksomhet er avhengig av tillit hos potensielle pasienter i enda sterkere grad enn når det er snakk om andre medisinske inngrep...” Rådet er ikke uenig i at kosmetisk-kirurgisk virksomhet er avhengig av tillit hos potensielle pasienter. Hvorvidt dette gjelder i større eller mindre grad i forhold til andre medisinske inngrep, kan diskuteres. For Rådet er det imidlertid med dette utgangspunkt viktig å påpeke generelt at en utøver av faget kosmetisk plastikkirurgi ikke skal forsøke å henlede oppmerksomheten på eget fag/ egen utøvelse av faget ved å spille på enkeltmenneskers selvbilde eller sykeliggjøre normaltilstander ved det menneskelige utseende. Eventuell slik opptreden vil virke både sårende på enkeltmennesker og svekke seriøsiteten ved utøvelse av kosmetisk plastikkirurgi.

Hvis en lege velger å sykeliggjøre trekk hos mennesker som selv ikke har bedt om hjelp, er det sterkt kritikkverdig.

### 2.3 Klage på legeopptreden

A, mor til NN, har innlevert en klage på lege B.

Klager og innklagede lege har barn som har gått i samme skoleklasse.

Klagers datter NN hadde visse problemer på skolen. Klager hevder at legen har vært pådriver i foreldremøter hvor disse problemer ble tema, og at han har benyttet seg av det at han var lege for å få foreldregruppen til å gi en negativ beskrivelse av datterens innvirkning på klassemiljøet. Dette har virket sårende og forsterket datterens problemer, hevder moren.

Samtidig fremfører imidlertid moren forståelse for "at en lege også skal kunne få uttalelse seg som foreldre til eget barn". Det hun imidlertid reagerer på er "måten dette er blitt gjort på".

Rådet **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger regulerer forholdet mellom lege og pasient. Legeopptreden utenfor et lege-pasient-forhold i vid forstand vil således ikke falle innenfor Rådet for legeetikks virkeområde.

I det aktuelle tilfellet er kritikk reist mot en leges opptreden og engasjement, ikke i kraft av det å være lege, men i kraft av det å være far. Kritikk overfor leger i en slik relasjon må imidlertid i tilfelle bedømmes av andre enn av Rådet for legeetikk.

### 2.4 Klage på lege - annonsering

Under ovennevnte heading har Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon oversendt en "annonse fra ..... (privat klinikk) ved dr. B" til Rådet for legeetikk.

Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon påpeker at det i den omtalte annonse refereres til det reseptpliktige navnet ..... og at "reklame for reseptpliktige legemidler til allmennheten ikke er tillatt".

Rådet har forelagt saken for dr. B, som i annonsen omtales som "ansvarlig lege".

Lege B fremhever i sitt svar for Rådet bl.a.:

"Jeg vil begynne med å understreke at jeg ikke har tatt noen del i verken utforming, finansiering eller annen deltagelse i denne annonsen. Jeg var ikke klar over at en slik annonse med mitt navn tilknyttet noen gang har vært offentliggjort og at denne annonsen har vært ukjent for meg frem til i går da jeg mottok Deres brev.

Annonsen er etter nærmere undersøkelse laget av firmaet X i samarbeid med ..... og vedkommende private klinikk. Min rolle i dette er at jeg er medisinsk ansvarlig i firmaet X på nasjonalt plan og at jeg er behandlingsansvarlig for dets klinikker i og rundt Oslo inkludert ..... private klinikk

Jeg har etter å ha mottatt Deres brev kontaktet daglig leder i firmaet X, som har bekreftet at en slik annonse er rykket ut med mitt navn uten min viten om dette. Han opplyser at dette dreier seg om annonsering av behandlingsformen ..... og ikke legemiddelet i seg selv. Firmaet X har uansett stanset all annonsering av denne behandlingsform i påvente av avklaring om lovligheten av ..... annonsering.

Uttalelsen fra daglig leder i firmaet X bekrefter legens fremstilling.

B avslutter sin uttalelse for Rådet med en beklagelse over det inntrufne og han uttrykker selv etter beste evne å ville forsøke å hindre at slikt kan gjenta seg.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet finner ikke at lege B kan bebreides for utformingen av annonsen for vedkommende private klinikk som er innsendt til vurdering.

Rådet tar til etterretning legens beklagelse over hva han ikke selv kan bebreides for og at legen overfor firmaet X ledelse og dets klinikk vil presisere ”at slik annonsering ikke skal forekomme i påvente av nærmere spesifisering”.

## **2.5 Klage på lege – krav om sletting i journal**

A har hatt lege B som sin fastlege i flere år. Høsten 2000 oppsøkte hun legen på grunn av smerter i rygg/hofte. Legen henviste til fysikalsk behandling.

Den fysioterapeut som startet behandlingen, henviste pasienten videre til annen lege. Her fikk hun stilt diagnosen ”bekkenløsning” og ble behandlet deretter.

Ved avsluttet behandling skriver den annen lege en epikrise som inneholdt følgende setning:

”Vi tror at det ligger mye psykiske problemer i bakgrunnen.”

Pasienten opplevde denne setningen svært ”krenkende”.

Epikrisen ble senere ført inn i pasientens journal hos lege B.

Da pasienten ble kjent med at den omtalte setning var blitt ført inn i hennes journal, henvendte hun seg til lege B for å få den fjernet. Hun skal da ha blitt avvist med at ”dette ikke lot seg gjøre”.

Etter dette tar pasienten saken opp med fylkeslegen. Fylkeslegen har igjen innhentet Datatilsynes uttalelse i sakens anledning. Også Statens helsetilsyn har vært inne i saken med bakgrunn i en klage på saksbehandlingen hos fylkeslegen i ..... i forbindelse med kravet om sletting av journal.

Datatilsynet konkluderer sin uttalelse overfor fylkeslegen i ..... med å tilrå sletting. Datatilsynet vektlegger bl.a. at sletting synes ”ubetenkelig ut fra allmennhensyn og at nedtegnelsen føles belastende for den det gjelder. Opplysningen synes heller ikke å skulle være nødvendig for å gi pasienten helsehjelp”.

Fylkeslegen kommer også til at den angitte setning blir å slette.

Innklagede lege B uttaler bl.a. overfor Rådet:

”Ved legesenteret har man rutine for å scanne inn/ skrive inn i journalen epikriser fra sykehus, fysioterapeuter, kiropraktorer. Den aktuelle epikrise ble også skrevet inn på vanlig måte.”

På krav fra pasienten om å fjerne journalnotatet meddelte legen at så ikke kunne skje, men at det i stedet ville bli skrevet et tilleggsnotat ”om at denne setningen i samarbeid med pasienten ikke var av betydning”.

Pasienten var ikke fornøyd med denne fremgangsmåten og legen kontaktet det datafirma som hadde laget legesenterets dataprogram. Det ble opplyst ”at journalnotater var umulig å endre på, men man kunne fjerne og endre ting som var skrevet inn ved scanning eller som epikriser”. Legen fikk så oversendt den metode som kunne anvendes, forandret det som var inne i journalen og sendte kopi til pasienten.

Legen fremhever at han generelt er av den oppfatning at han ikke automatisk kan ta bort ting i en epikrise han måtte være uenig i. I dette tilfellet kom ytterligere det faktum til at han oppfattet at det ikke teknisk var mulig å etterkomme ønsket.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har første gang behandlet denne sak i møte 28. april 2003.

Av protokollen fra møtet fremgår at Rådet har vedtatt å ta opp et av de fremførte klagepunkter i A`s henvendelse. Klagepunktet lød således:

”At han (lege B) gang på gang nekter å fjerne en belastende setning selv om alt som kreves for å slette en journalopplysning (§ 43 i helsepersonelloven) er til stede. Han begrunner heller ikke avslaget, sier bare at det er umulig.”

Som klager fremhever, er det riktig at helsepersonelloven ved den refererte bestemmelse åpner anledning til å slette journalopplysninger. Rådet tar imidlertid ikke stilling til om legale betingelser er oppfylt for en gitt handling. Andre har imidlertid gjort det i den aktuelle sak.

Rådet tar til etterretning både uttalelsen fra Datatilsynet, fylkeslegen og Statens helsetilsyn.

Det er noe vanskelig å se av sakens dokumenter om legen slettet den omtalte setning før eller etter å ha mottatt uttalelsen fra fylkeslegen. Selv om sletting først fant sted etter at uttalelsen fra fylkeslegen forelå, har Rådet forståelse for at det i enkelte saker kan oppleves så komplisert å avgjøre om lovens betingelser er til stede at legen vil avvente uttalelse fra for eksempel fylkeslege. Vanskeligheter med å gjøre den rette avveining oppstår særlig i de saker der informasjonen fra flere aktører i behandlingsskjeden må ses i sammenheng.

Hvis enkeltlegers datasystem skulle være slik at det teknisk viser seg umulig å etterleve slettingsbestemmelsen, må det aktuelle systemet endres eller erstattes med annet.

Etiske regler for leger gir ingen spesiell veiledning i spørsmålet om sletting av journalopplysninger.

Rådet kan ikke se at det legeetisk er noe å bebreide innklagede lege. Han har funnet en teknisk løsning på slettingsspørsmålet og han har etterkommet pasientens ønske om sletting selv om saken har tatt tid.

## **2.6 ”Klage på brudd av etiske regningslinjer”**

Under ovennevnte heading har A innlevert en klage på lege B.

Klager hevder at innklagede lege har forsøkt å medisinerer hennes sønn uten de foresattes samtykke og at innklagede lege har innhentet opplysninger vedrørende barnet fra en offentlig institusjon uten samtykke fra de foresatte ved å hevde at slikt samtykke forelå.

Innklagede lege B er søster til klagers eksmann og tante til det barnet saken omhandler.

Innklagede lege har i tilsvaret til Rådet fremhevet:

Det er riktig at den innklagede legen i forbindelse med at hun var barnevakt for dette har kommet inn på temaet medisinering da barnet spurte hva man pleide å gjøre ”med pasienter som har plager som meg”. Til dette spørsmål skal innklagede lege ha sagt at man ”ved siden av samtalebehandling av og til brukte medisiner og at det kanskje kunne være lurt for ham også dersom det på nytt skulle bli foreslått av behandlere”.

Det er riktig at hun har kommunisert med den overlege som behandlet barnet. Dette skjedde i forståelse med hennes bror, far til barnet. Hun har opplyst til overlegen at hun var lege, men har presisert at hun ikke ringte som sådann, men som barnets tante. Hun har i samtalen med overlegen gitt uttrykk for sine bekymringer for barnet.

Innklagede lege fremhever så at ”dersom det er slik at overlege ... har journalført at jeg har opplyst at jeg hadde innhentet ... samtykke til å kontakte BUP, er det dessverre ikke korrekt og ikke i samsvar med det jeg opplyste”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at de to parter har forskjellige beskrivelser av de to hendelser som danner grunnlaget for klagen. I slike saker, hvor påstand står mot påstand, må Rådet bare ta dette til etterretning. Rådet har således ikke grunnlag for å ta et klart standpunkt.

Rådet vil imidlertid tilføye at også en lege har anledning til å opptre som omsorgsperson for andre, uavhengig av om disse andre er beslektet eller ikke.

## 2.7 Klage på legeopptreden

Rådets leder Reidun Førde erklærte seg inhabil i saken og fratrådte ved sakens behandling.

A har innlevert en klage på medisinsk direktør i B i et forsikringsselskap.

Sakens bakgrunn er følgende:

Klager A var på ferie på Kreta sammen med foreldre og en venninne. Under oppholdet fikk han store ryggsmertesmerter. Etter besøk hos lokal lege ble han beordret til å holde sengen i noen dager. Klagers reisefølge måtte reise hjem før klager var frisk. Venner på stedet lovet å hjelpe ham slik at han ikke var overlatt til seg selv.

Klager har reiseforsikring i vedkommende forsikringsselskap.

Klager har under sykdomsforløpet hatt telefoniske samtaler med innklagede lege, som medisinsk direktør for forsikringsselskapet.

Klager hevder at innklagede lege dels har ”etterlatt ham alene på et hotell på Kreta” og dels har ”lagt på telefonrøret før han mente samtalen var avsluttet”.

Innklagede lege hevder at han var kjent med at klager var under behandling av lege på stedet. Innklagede lege avviser således at han har latt pasienten ”alene og uten mulighet for medisinsk behandling”. Innklagede lege bekrefter at han etter siste samtale med klager fra Kreta la på røret. Innklagede lege begrunner imidlertid hvorfor dette ble gjort.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet konstaterer at det er delvis enighet, delvis uenighet mellom partene om selve hendelsesforløpet.

Rådet finner ikke å kunne gi klager A medhold i påstanden om at innklagede lege skal ha forholdt seg slik at klager ble etterlatt alene uten medisinsk hjelp.

Rådet tar til etterretning at innklagede lege B bekrefter riktigheten av den andre påstand. Begrunnelsen for innklagede leges handlemåte er at legen oppfattet klager som påvirket ”av enten alkohol eller medikamenter”. Det er opplyst at dette også er loggført i forsikringsselskapet. Innklagede lege oppfattet samtalen videre ”som usammenhengende og til dels kverulerende”.

Rådet finner at det i visse situasjoner må gis en lege – som andre – aksept for at en telefonsamtale avbrytes ved at den ene part legger på telefonrøret.

Rådet finner etter dette ikke at innklagede lege har opptrådt i strid med etiske regler for leger. Klager gis etter dette ikke medhold i klagen.

## **2.8 Klage på lege – uttransportering av asylsøkere**

På vegne av familien NN har advokat A innlevert en klage på lege B i forbindelse med legens bistand ved gjennomføring av vedtak om uttransportering av familien. Familien er etniske ....., men har tidligere vært bosatt i ....., Familien har hatt lovlig opphold i Norge som flykninger i forbindelse med krigen i .....

UDI har nektet familien videre opphold i Norge. Av UDIs vedtak fremgår at ”politiet anmodes om at familien ikke blir uttransportert før en datter i familien NN er transportdyktig”.

Advokaten opplyser at datteren hadde vært alvorlig syk og at hun også var syk på det tidspunktet da politiet kom for å gjennomføre tvangsmessig uttransportering. Uttransporteringen ble gjennomført. Legen bedømte datteren som transportdyktig. Han fulgte transporten frem til bestemmelsesstedet.

Advokat A hevder at ”et såpass sykt menneske som datteren ikke kan sies å være transportdyktig når man må bruke et oppbud av politi for i det hele tatt å kunne klare å passivere datteren slik at hun deretter kan bæres ut for videre transport”.

Advokaten reiser også spørsmålet om innklagede lege ”var lege for pasienten eller en håndtlinger for politiet”.

Advokat A var selv til stede ved uttransporteringen og har beskrevet hvordan han opplevde det hele. Han har også sendt med en video som dokumentasjon av transporten til flyet.

Advokat A vedlegger en av sine saksfremlegg bl.a. en uttalelse fra noen av medlemmene av den uttransporterte familie. I uttalelsen kommenteres den redegjørelse som innklagede lege har gitt for Rådet.

Fra legens uttalelse siteres her følgende:

”Min rolle i denne sak var som lege å vurdere om tre av familiens syv medlemmer helsemessig var transportdyktige ved uttransportering til ....., samt eventuelt å være til stede under transporten for å påse at det ikke påstøtte pasienten noe. Pasientene var tidligere erkjent transportdyktige av kommunelegen i .....”

Legen avslutter sin uttalelse med å uttrykke at han i fremtiden ikke ønsket ”å kommentere den aktuelle saken ytterligere”.

Til tross for legens siterte anmodning har Rådet forelagt innklagede lege den kommentar advokat A ga til legens uttalelse. Rådet mottok imidlertid ikke tilleggskommentar fra legen til sitt møte 11.12.2003, da saken ble undergitt en foreløpig drøftelse.

For å få belyst saken ytterligere besluttet Rådet i møte 11.12.2003 å gjøre følgende to henvendelser:

Innklagede lege tilskrives og bes om å fremskaffe kopi av kommunelegens dokumentasjon på at pasientene tidligere var ”erkjent transportdyktige”. Det vises til legens egen uttalelse i brev til Rådet av ....., Innklagede lege bes også om nærmere å presisere hvem som var den reelle oppdragsgiver for hans medvirkning.

Legeforeningens menneskerettighetsutvalg anmodes om å gi en generell uttalelse til problemstillingen ”legers rolle ved utvisning av behandlingstrengende asylsøkere”.

Henvendelsen til menneskerettighetsutvalget ble vedtatt gitt slik utforming:

”Rådet for legeetikk har mottatt en klage på en lege som etter oppdrag fra myndighetene, bistod ved utsendelse av en familie der flere av familiemedlemmene hadde kroniske sykdommer. En av dem, en ungdom, hadde i tillegg en alvorlig sinnslidelse. Familien som hadde bodd i landet i fire år, fikk avslag på sin søknad om opphold, og det ble tilslutt gjort vedtak om tvangsutsendelse. De som kjente familien, opplevde at legens rolle som hjelper for myndighetene, var uetisk. Blant annet ble den psykisk syke ungdommen båret skrikende både ut av boligen og inn i flyet. Legen var tilstede både ved og under utsendelse.

Rådet for legeetikk får fra tid til annen lignende henvendelser fra leger som opplever at deres etikk og deres ønske om å hjelpe kommer på strekk når deres pasienter utvises til forhold som de opplever å true liv og helse.

World Medical Association har formulert følgende i Tokyo-erklæringen fra 1975:

The doctor shall not countenance, condone or participate in the practice of torture or of inhuman or degrading procedures, whatever the offense of which the victims of such procedures is suspected, accused or guilty....

The doctor shall not be present during any procedure during which torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment is used or threatened.

Den moderne lege har mange roller, en av dem er å være sakkyndig for myndighetene. I slike roller må individets interesse vike dersom disse kommer i konflikt med vedtatte regler og ordninger, jfr. regler for sykmelding og uføretrygd, promilleprøver etc.

Menneskerettighetsutvalget har i sitt mandat at deres spesielle målgruppe er ”leger og annet medisinsk personell som medvirker eller samarbeider med personer, organisasjoner eller regimer som krenker menneskerettighetene.” Rådet for legeetikk vil, før det behandler den aktuelle saken, be Menneskerettighetsutvalget om, i lys av sitt mandat, på generelt grunnlag å drøfte legers plikter og hensyn ved tvangsutsendelse av asylsøkere fra Norge. Dette gjelder både når leger opptrer som sakkyndig for politiet og når de opptrer som behandlende lege.”

---

Ved Rådets avsluttende behandling av saken forelå som nye dokumenter brev fra lege B med slikt innhold:

”I henhold til forespørsel vedrørende datteren sender undertegnede kopi av dokumentasjon fra kommunelege I i ....., og uttalelse fra hennes (datterens) fastlege ved ..... legesenter.

Oppdragsgiver i denne saken var ..... politidistrikt ved politiinspektør. Undertegnede ble kontaktet via avdelingsleder ved ..... legevakt”.

Videre forelå følgende uttalelse fra Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter:

”Prinsipielt mente utvalget det er avgjørende hvem som er oppdragsgiver. Dersom det er familien selv som tar initiativ til at legen skal være til stede, mente utvalget at legen da bør etterkomme et slikt ønske.

Utvalget mente imidlertid at det stiller seg annerledes dersom oppdragsgiver er myndighetene, og legens oppgaver blir å bistå myndighetene i tvangsutsending av asylsøkere. Leger må ikke bli ansvarlige for at myndighetene sender kronisk syke ut av landet, og burde derfor ikke etterkomme en

slik henvendelse. Asylsøkerens eller familiens samtykke er en forutsetning for at legen skal være til stede i slike situasjoner.

En strammere asylpolitikk vil sannsynligvis medføre flere tvangsutsendelser i tiden fremover. Uvalget vil derfor anmode Rådet for legeetikk om å ta initiativ til å utarbeide en kort veileder for leger som kommer opp i slike situasjoner.”

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet finner at det foreligger et vedtak fra UDI om at den omtalte familie var nektet videre opphold i Norge og at politiet var anmodet om å uttransportere familien når datteren var transportdyktig. Spørsmål om transportdyktighet var først vurdert av kommunelegen i ..... I uttalelse til innklagede lege skriver kommunelegen bl.a.:

”Gjennom uttransporteringsprosessen har jeg hatt tett samarbeid med ....., Habiliteringstjenesten for voksne i ....., psykiatrien i ....., dr. .... som er familiens fastlege.” Til det daværende tidspunkt var det ikke kommet fram opplysninger om at hennes tilstand har forverret seg akutt i denne graden at hun ikke kunne transporteres i fly.

Denne vurdering er en fellesvurdering av alle som var blandet inn i denne ”prosessen”.

I henhold til uttalelse fra innklagede lege B, var kommunelegen i ..... opprinnelig satt opp som lege for familien ved første avreisedato. På grunn av at landingstillatelse i ..... ikke ble gitt ble avreisen utsatt med de følger at vedkommende kommunelege ikke kunne bli med.

På denne bakgrunn ble B kontaktet via .... legevakt. Han ble anmodet om å bistå ved vurderingen av om familien fortsatt var transportdyktig samt eventuelt å være tilstede under selve transporten. Oppdragsgiver for han var ..... politidistrikt.

Rådet finner at lege B`s primære funksjon i saken var å fungere som sakkyndig for .... politidistrikt i vurderingen av spørsmålet om pasienten fortsatt var transportdyktig. I denne vurderingen bygget lege B dels på vurderinger gjort tidligere fra annet sakkyndig hold og dels egen.

De faglig-medisinske vurderinger som er lagt til grunn for de forskjellige legers standpunkttagen til spørsmålet om transportdyktighet ligger det utenfor Rådets virkeområde å etterprøve.

Rådet antar at det beror på en misforståelse når advokat A fremfører kritikk og argumenter mot innklagede lege som for eksempel:

”Det var helt tydelig at han (legen) ikke var på pasientens side og han var ikke en lege som først og fremst vurderte situasjonen ut i fra familien og pasientens akutte nød og sykdomssituasjon”.

”Det er uforståelig at en lege ikke har maktet å ta denne nøden innover seg og nedlegger forbud mot at transport ble gjennomført under disse omstendigheter”.

”Dette kan neppe være en leges oppgave og ansvar å gå god for at myndighetene ønsker uttransport av flyktninger”, bygger dette på at legens rolle ikke har vært klart nok definert.”

Det må også tilføyes at selv om legen ikke hadde vært sakkyndig, men pasientens egen lege, ville også en slik måttet ha lagt til grunn det lovlige uttransporteringsvedtak som forelå. Mange leger er i dag i den situasjonen at de må akseptere et vedtak om utsendelse som de er imot dels av menneskelige årsaker, dels fordi pasientene sendes ut til forhold som er suboptimale for behandling og oppfølging.

Hvorvidt den faglig-medisinske vurdering av spørsmålet om transportdyktighet ville ha falt forskjellig ut om det også hadde vært til stede annen lege ved siden av den sakkyndige for politiet, er det umulig for Rådet å uttale seg om. Rådet merker seg at vurderingen av transportdyktighet ble gjort av flere som kjente pasienten nærmere. I relasjon til dette opplyser legen at det ikke ble gitt medisinerer til noen av familiens medlemmer – hverken før avreise eller under transporten. Flyturen til ..... forgikk uten dramatik. Rådet konstaterer at hverken advokat A eller familien, uavhengig av advokaten, har protestert på dette.

Denne type saker vil ofte bli opplevet som særdeles vanskelig, først for den enkelte som rammes av et utvisningsvedtak men også for de som representerer den enkelte utviste, enten det er advokat eller lege, enten legen er eksplisitt utvistes lege eller sakkyndig for politi. For en sakkyndig lege er det vesentlig å vektlegge det strikte faglige. Selve utvisningsvedtaket bygger på en rekke forhold av ikke-medisinsk karakter, men disse kan ikke påvirkes av den sakkyndige lege.

Den prinsipielle uttalelsen som Legeforeningens menneskerettighetsutvalg har avgitt oppfatter Rådet som uttrykk for at utvalget mener hver enkelt lege bør tenke nøye igjennom om han/hun kan imøtekomme en anmodning om å opptre som sakkyndig i slike saker for utsendende myndighet.

Rådet innser at de som rammes av et utsendelsesvedtak kan oppfatte det som om sakkyndig lege "spiller på lag" med myndighetene, selv om korrekt faglig-medisinske vurdering er gjort. Rådet ser også at det i enkelte tilfeller kan være en vanskelig balansegang mellom sakkyndige-rollen og det å samtidig bidra til at den fysiske maktutøvelse overfor pasienten holdes på et forsvarlig nivå. Dette kan imidlertid ikke brukes som argument for at leger ikke skal kunne påta seg rollen som sakkyndig i slike saker.

Rådet finner ikke at innklagede lege B har opptrådt i strid med etiske regler for leger.

### **3 Tvister mellom leger**

#### **3.1 Konflikt på arbeidsplassen**

En spesialist i psykiatri har henvendt seg til Rådet på bakgrunn av en konflikt på arbeidsplassen. Legen fremhevet bl.a. å ha vært utsatt for uriktige beskyldninger fra kolleger. Rådet **vedtok** å avgi slik foreløpig uttalelse:

De faglige sider ved en sak som den forelagte, er det vedkommende fylkesleges ansvar å utrede. Et medlem av Legeforeningen kan i forbindelse med en slik utredning søke Legeforeningens rettshjelpsordning om advokatbistand. Rettshjelpsordningen kan også søkes som advokatbistand i tilfelle der et medlem mener seg ærekrænket. Før Rådet tar standpunkt til om deler av saken skal tas opp til behandling av Rådet, bes det opplyst hvilke deler av saken som fortsatt er under behandling og i tilfelle av hvilket organ. Videre bes opplyst om det er tatt kontakt med Legeforeningens rettshjelpsordning og i tilfelle om ordningen har tatt standpunkt til henvendelsen. Så lenge en sak måtte stå for behandling av offentlig administrativ eller rettslig myndighet vil Rådet som hovedregel ikke kunne behandle saken."

Spesialisten kom senere tilbake til saken. Spesialisten meddelte at konflikten på arbeidsplassen hadde fått sin endelige løsning. Det var kommet til en minnelig ordning som bl.a. innebar at spesialisten hadde sagt opp sin stilling. Spesialisten fremsatte imidlertid på nytt klagemål mot to avdelingsoverleger.

Rådet **vedtok** å uttale:

Etter å ha gjennomgått sakens dokumenter finner Rådet at hovedproblemstillingene i saken må klassifiseres under følgende tre temaer:

Konflikt på arbeidsplassen relatert til arbeidsmiljø.  
Faglig-medisinsk uenighet.  
Injurieproblematikk.

Rådet har som fast praksis ikke å gå inn i saker som har som sin overveiende del ovennevnte tre temaer – samlet eller enkeltvis. På denne bakgrunn finner Rådet ikke grunnlag for å undergi saken videre behandling.

### **3.2 Klage på markedsføring**

Praktiserende spesialist A har innlevert en klage på en annonse som skal ha vært inntatt i telefonkatalogens gule sider. Annonsen var innlevert fra en konkurrerende legevirksomhet.

Praktiserende spesialist A skriver bl.a. til Rådet:

”Jeg vil levere en klage inn på markedsføringen til ..... Bruken av en lege som blikkfang og sannhetsvitne for markedsføring er smakløs og kan ikke være i tråd med Legeforeningen sine retningslinjer.”

Rådet **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger hadde tidligere en bestemmelse som la begrensninger på legers mulighet for å delta i forskjellige former for reklame. Disse er fjernet etter vedtak fra Legeforeningens landsstyre. Den eneste bestemmelse som nå står igjen og som direkte angår legers medvirkning i reklame, finnes i etikkreglens kapittel III, § 5. Bestemmelsen sier:

”En lege må ikke drive reklame for medikamenter eller medisinske forbruksartikler. ...”

Det er etter dette ikke noe forbud for leger å drive reklame for eller medvirke til at det drives reklame for medisinske metoder.

### **3.3 Klage på kollegaer**

Under ovennevnte heading har lege A innlevert en klage på tre leger.

Klagen har bakgrunn i en ankesak som klager har ført mot flere forsikringselskaper og hvor de tre innklagede leger har vært vitner.

Klager hevder at vitnenes uttalelse har vært et bevisst forsøk på å svekke klagers troverdighet ”og dermed min kritikk i ettertid, av særlig en av legene. Klager hevder videre at forklaringen på vitnenes opptreden er å finne i at de ønsket å ”dekke over egen uforstand i tjenesten tilbake i tid”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk vil som hovedregel ikke ha grunnlag for å etterprøve legers opptreden eller redegjørelser for en domstol. Denne sak gir ikke grunnlag for å avvike fra hovedregelen.

Rådet minner om at et domstolsvitne har som oppgave å fremstille et forhold slik det har fortonet seg for vedkommende. Et hvert vitne blir av rettens formann formant om ”å forklare den fulle sannhet uten å skjule noe”.

Dersom klager mener å ha blitt offer for injurierende utsagn fra de tre innklagede vitners side kan han eventuelt forsøke å bringe dette frem til nærmere vurdering av en domstol gjennom et injuriersøksmål.

Rådet for legeetikk har imidlertid lang praksis for ikke å ta opp til vurdering spørsmål om leger har fremkommet med injurierende utsagn ovenfor kolleger.

### 3.4 Klage på kollega - henvisningsrutiner

Rådets medlem Ragnar Hotvedt erklærte seg innhabil i behandlingen av denne sak.

Overlege dr.med. A har innlevert en klage på allmennpraktiserende lege B. Overlegen hevder at den allmennpraktiserende lege i et henvisningsskriv til ..... sykehus, medisinsk poliklinikk, fremkommer med påstander som har skadet hans forhold til sin arbeidsgiver.

Sakens konkrete bakgrunn er følgende:

Lege B avslutter et henvisningsskriv til ..... sykehus, medisinsk poliklinikk, som følger:

”Jeg sender kopi av epikrisen fra ..... datert ..... foretatt av overlege A.

Overlege A oppfordret pasienten til å be meg søke henne til sin private praksis på ..... i stedet for som sykehusansatt å purre på en undersøkelse ved medisinsk poliklinikk dit jeg henviste henne. Hun ble også vurdert der i ..... Jeg synes denne praksisen med å ta pasienter ut fra sykehusets venteliste på poliklinikken er noe tvilsomt fra overlege A der han kommer i en merkelig og tvilsom dobbeltrolle.

Jeg har i full forståelse fra pasienten ikke henvist til ..... men ber om at hun snarlig blir tatt i mot på med.pol.”

Lege B gjør vedkommende sykehusdirektør kjent med saken.

Direktøren tar saken opp med avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling. Direktøren ber om at saken må bli drøftet med overlege A. Direktøren uttaler for øvrig at ”jeg finner det meget uheldig hvis det er slik at pasienter henvist til medisinsk poliklinikk her får beskjed av oss om å søke legers private poliklinikk utenom medisinsk poliklinikk.”

Etter at overlege A var kjent med saken tilskriver han sykehusdirektører med kopi til bl.a. B og uttaler:

”Primærlege B påstand er meget drøy og en sak jeg tar meget alvorlig. Jeg har selvsagt aldri ”henvist” pasienter til min egen praksis. Det vil være usolidarisk overfor hovedarbeidsgiver og jeg gjennom alle år har vektlagt denne rolledelingen nøye.”

Overlege A tilføyer for øvrig at pasientens identitet ikke er oppgitt. Han ber derfor om at pasientens identitet blir oppgitt.

Sykehusdirektøren sender et brev til allmennlege B og orienterer om at det har vært avholdt et møte på direktørens kontor hvor bl.a. overlege A var tilstede. Direktøren meddeler B at A har etterlyst to ting på møtet, ”for det første svar på hans rekommanderte brev av ..... – for det andre identiteten til pasienten.....” Sykehusdirektøren ber B se på saken og svare så snart han kan.

Allmennlege B svarer på brevet fra direktøren ved et likelydende brev til overlege B, direktøren og en annen overlege. Han beklager innledningsvis at det har tatt lang tid for han å svare på henvendelsene fra A. Legen uttaler så videre: ”Vedkommende pasient oppfattet uttalelsen fra A som positiv og i vedkommendes beste. Det var jeg som reagerte, noe som pasienten ikke vet noe om. Det beklagelige er at A også er ansatt ved ..... legekantor og har en dobbeltrolle, i hvert fall blanding av roller, noe jeg mener er galt.”

Lege B uttaler at han ikke vil oppgi pasientens identitet da han mener det kan være belastende for pasienten.

Saken er etter B`s oppfatning ”en sak mellom direktøren og overlege A”.

Overlege A kommenterer B`s brev overfor direktøren og forklarer at B`s brev hva angår den medisinske side av saken bygger på misforståelser. Han fremhever videre at .....legekontor, hvor han og hans kollega er eietagere, begge er deler av samme helseforetak, nemlig Helse- ..... Påstanden om at han har en dobbeltrolle er således diskutabel, fremhever A.

Lege B kommenterer klagen i to brev overfor Rådet. Han fremhever på nytt at pasienten i konsultasjon hos A skal ha blitt muntlig anbefalt å ”oppsøke meg” (B) for at jeg kunne henvise pasienten til ..... (som A driver privat) der det kun var ca en ukes ventetid.”

B opprettholder standpunktet om ikke å ville oppgi pasientens identitet.

Innklagede lege opplyser endelig at saken er avsluttet fra direktørens side.

Overlege A oppsummerer saken i sin direkte uttalelse overfor Rådet bl.a. som følger:

”Kollega B`s påstand er at jeg overfor en klinisk pasient som var til meg for en ..... på ..... og som kan ha beklaget seg over lang ventetid på over 290 dager for arbeids/EKG ved en annen avdeling ..... skal ha sagt til pasienten at det er kortere ventetid andre steder. Dersom dette er riktig har jeg i så fall overholdt min informasjonsplikt overfor pasienter i en tid med fritt valg av helsetjenester.....”

Rådet **vedtok** å uttale:

Det å drive en privat legepraksis ved siden av å være sykehusansatt er legitimt dersom hovedarbeidsgiver er informert og virksomheten ikke skaper lojalitetskonflikt i forhold til hovedarbeidsgiver. I det aktuelle tilfelle er den private legevirksomhet en del av Helse- ..... Det som i tilfelle kunne være kritikkverdig var om denne type privat legepraksis bl.a. oppnår pasienter ved at vedkommende sykehusansatte overlege søker å få henvist pasienter til seg selv som lege ved egen privat virksomhet. Overlege A benekter å ha henvist pasienter til seg selv.

Rådet tar dette til etterretning.

Av sakens dokumenter fremgår at direktøren har avsluttet saken uten noen reaksjon, men at han skal ha uttalt at han fant det ”meget uheldig hvis det er slik at pasienter henvist til medisinsk poliklinikk her får beskjed av oss om å søke legers private poliklinikk utenom medisinsk poliklinikk.”

Rådet tar også dette til etterretning.

Etter Rådets forståelse av saken har allmennpraktiserende lege B videreført den omtalte pasientopplysning, slik han har oppfattet den, for eventuell avklaring hos vedkommende sykehusdirektør. Slik Rådet videre oppfatter B er det den prinsipielle problemstilling vedrørende samarbeidet om pasienter mellom primærlege, sykehusansatt lege og samme som privatpraktiserende spesialist, B ønsker å fokusere på. At slike problemstillinger ofte må ta utgangspunkt i konkrete hendelser er forståelig. Leger som driver privat virksomhet ved siden av sykehuslegevirksomhet bør være forberedt på at slike spørsmål kan bli reist. Rådet vil benevne temaet som et systemproblem.

Rådet ønsker for øvrig å knytte følgende prinsipielle kommentar til saken:

En lege er ikke forhindret fra å reise denne type problemstilling overfor en sykehusdirektør selv om kilden er en ikke identifisert pasient og selv om sannhetsgehalten i den påstand som var grunnlaget for at saken ble reist derfor ikke kan kontrolleres direkte.

### 3.5 Klage på kollegaer - informasjon

Leger ved et helsesenter har innlevert en klage på to allmennpraktikerkolleger.

Sakens bakgrunn er følgende:

De to innklagede leger B1 og B2 arbeidet et års tid ved legesenter X sammen med to andre leger. Fra ..... skulle legesenter X opphøre. De to innklagede leger gikk fra samme tidspunkt inn som samarbeidspartnere ved et annet legesenter, Y.

De to innklagede leger overtok som vikarer i ett år listen fra den ene av deres to kolleger ved legesenter X som skulle opphøre. Den andre av deres kolleger ved legesenter X anmodet senere om at de to innklagede leger også overtok som vikarer hans liste for ett år. I ..... sendte de fire leger ved legesenter X ut et informasjonsskriv til samtlige pasienter ved senteret for å informere dem om avviklingen av legesenter X og om vikarordningen.

Ved utløpet av ..... sa de to innklagedes legers kolleger opp sine fastlegeavtaler med kommunen. Det ble besluttet ikke å utlyse den tidligere hjemmel til en av kollegene. De to innklagede leger fikk tilbud om å overta "hjemmelen" uten utlysning dersom kollegaen selv ønsket en slik løsning og dersom de kunne bli enige om en pris for dette. Løsningen ble slik og de to innklagede leger overtok formelt hjemmelen.

Den annen kollegas hjemmel ble derimot utlyst. Ved utlysningen ble det gjort oppmerksom på at det hadde vært vikarer på listen i ett år. De to vikarleger ble av kommunen bedt om å fortsette vikariatet på kollegaens liste frem til ny lege var tilsatt.

På dette tidspunkt sendte de to innklagede leger brev til pasientene på sistnevnte kollegas liste for å orientere dem om den nye situasjonen. I brevet sier legene bl.a.:

"Dersom du/dere ønsker å fortsette med en av oss som fastlege må du/dere fylle ut vedlagte skjema for fastlegeordningen" og sende det til adressen i ..... Skjemaet kan også leveres hos oss på ..... legesenter. Sett da enten B1 eller B2 på første alternativ i punkt 2.

Dersom du/dere ønsker å stå på fastlegelisten til den legen som overtar dr. .... stilling trenger du/dere ikke sende inn noe skjema. Du/dere vil da automatisk bli med den nye legen til ..... helsesenter."

Det er dette brev som danner grunnlaget for klagen mot de to leger B1 og B2. Klagerne hevder at de to innklagede leger ved det siterte brev har "fratatt den nye legen en betydelig antall pasienter". Klagerne uttaler videre at de "oppfatter handlemåten høyst ukollegial og uetisk" og på denne bakgrunn ber de om Rådets vurdering av saken.

Rådet **vedtok** å uttale:

Form og innhold i det påklagede brev er ikke i strid med bestemmelsene i etiske regler for leger. Rådet vektlegger særlig at brevet har et saklig innhold. Brevet gir relevant informasjon til pasientene om deres mulighet til enten å forbli pasienter hos de som har vikariert i den aktuelle hjemmel, eller deres mulighet for å bli pasienter hos den lege som overtar hjemmelen.

### 3.6 Klage på kollega – offentlige uttalelser

To overleger har innklaget en annen overlege, B, for brudd på Etske regler for leger ved å ha fremkommet med – etter klagernes oppfatning – krenkende utsagn i forbindelse med den såkalte "Bærumssaken".

På det tidspunktet da overlege B stilte spørsmål ved behandlingen med lindrende sedering som ble gitt på ..... sykehus, var denne behandlingsformen lite kjent i det medisinske miljøet. Blant de som kjente til behandlingen, var den kontroversiell. Noen mente at dette er en akseptabel behandlingsform til lidende pasienter ved livets slutt, mens andre mente at det å ta bevisstheten fra mennesker og kanskje også gi en behandling som kan framskynde døden, er etisk uakseptabelt og en form for aktiv dødshjelp. Det var derfor i høyeste grad behov for at behandlingen ble diskutert i det norske miljøet. Det at overlege B fikk rettet oppmerksomhet mot behandlingsformen førte blant annet til at Rådet for legeetikk oppnevnte et bredt sammensatt utvalg som etter lengre tids diskusjon utarbeidet retningslinjer for behandlingen. Utvalget konkluderte med at behandlingen var etisk akseptabel forutsatt riktige indikasjoner og med adekvat oppfølging. Overlege B har således bidratt til at den etiske bevissthet om behandling ved livets slutt er økt både blant leger og i befolkningen for øvrig. Det springende punktet i klagen til Rådet for legeetikk er *måten* overlege B har karakterisert behandlingen som ble gitt på ..... sykehus på. Rådet konstaterer at den ene av klagerne etter omfattende etterforskning ikke er blitt gjort ansvarlig for å ha utført aktiv dødshjelp, men prosedyrene rundt behandlingen er funnet mangelfulle. Dette legger Rådet til grunn for sin vurdering. Rådet konstaterer også at flere av de publiserte intervjuene som klagen bygger på, er gitt lenge etter at konflikten kom opp, men før noen endelig avklaring fra tilsynsmyndighetene eller påtalemyndighetene. Temperaturen rundt "Bærumssaken" var høy i den offentlige debatten og må derfor ha vært en betydelig belastning både for den innklagede legen og den ene av klagerne.

Fordi feltet lindrende sedering til døende oppfattes så kontroversielt av mange, er en levende og åpen debatt rundt de etiske og faglige kontroversielle spørsmålene nødvendig. I en slik debatt må toleransen for skarpe meningsutvekslinger være stor. Det er viktig at en slik debatt føres både på arbeidsplasser, der denne behandlingsformen foregår, og i kollegiale og offentlige fora. Imidlertid er det her en balansegang der formen blir viktig for det klimaet debatten føres i og der grove påstander snarere kan ha stengt av for, enn ha fremmet en debatt rundt vanskelige faglige og etiske spørsmål. Påstander om moralske overtramp, nazimetoder, at dødshjelp har vært gjort flere ganger på sykehuset og påstander om at pasienter gis dødbringende drypp i stedet for behandling, må nødvendigvis virke sterkt på dem som rammes av disse påstandene. Rådet viser i denne forbindelse til §5 i kapittel II i etiske regler for leger som sier at "Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan."

En annen virkning av disse påstandene kan ha vært engstelse blant pasienter og pårørende som blir, og har vært, behandlet ved ..... sykehus. Det betyr ikke at en lege som finner at det skjer uetisk medisinsk praksis ikke skal melde fra om dette. Både lov om helsepersonell og etiske regler for leger pålegger oss det motsatte. Deretter er det opp til de relevante instanser å ta stilling til hva som har skjedd og hvor grensene for faglig og uetisk behandling går.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk mener at overlege B gjorde rett i å bringe saken fram for tilsynsmyndighetene og også for politiet all den stund det kunne reises mistanke om at det dreide seg om unaturlig dødsfall og all den tid han følte at saken ikke fikk den behandlingen han mente var riktig og nødvendig. Overlege B var i sin fulle rett til å mene at behandlingen var en form for aktiv dødshjelp. Rådet må imidlertid beklage noe av den form og de karakteristikker som overlege B valgte å bruke i debatten i ettertid, og derigjennom brøt § 5 i kapittel II i etiske regler for leger.

## 4 Spesielle saker

### 4.1 Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lungeredning og journalføring av disse

I anledning av at Statens helsetilsyn har gitt retningslinjer for hvilke krav som må være oppfylt for å kunne unnlate å utføre hjerte-/lungeredning har Rådet **vedtatt** slik uttalelse:

Statens helsetilsyn sendte i 2001 et rundskriv til landets somatiske sykehus med retningslinjer for hvilke krav, som må være oppfylt, for å kunne unnlate å utføre hjerte-/lunge- redning. Bakgrunnen for rundskrivet var Lov om pasientrettigheter som trådte i kraft 1.1.2001. Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2000 gir også føringer i forhold til helsepersonells plikter i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Fordi retningslinjer for å unnlate å utføre hjerte-/lungeredning og for bruk av journalkoden "HLR minus" (eller tidligere "R -") varierer fra sykehus til sykehus, sendte Statens helsetilsyn rundskrivet på nytt til landets helseforetak og somatiske sykehus i 2002 (IK-1/2002).

For å unnlate å utføre hjerte-/lungeredning ("HLR minus") må, i følge rundskriv IK-1/2002, alle disse fire forutsetningene være oppfylt:

Pasienten må være døende  
 Helsepersonellet må, etter en selvstendig vurdering, finne at pasienten ikke ønsker å motta livsforlengende behandling  
 Pasientens pårørende må gi uttrykk for tilsvarende ønsker  
 Helsepersonellet må finne at pasientens og pårørendes ønske åpenbart bør respekteres

Forhåndsvurdering av å unnlate hjerte-/lungeredning kan skje der pasienter, som har rett til det, dvs. døende pasienter, motsetter seg livsforlengende behandling. Hvis en døende pasient er ute av stand til å formidle noe behandlingsønske, kan pasientens nærmeste pårørende tilkjennegi tilsvarende ønske hvorefter helsepersonell skal gjøre en selvstendig vurdering av om hjerte-/lungeredning kan unnlates. En slik forhåndsvurdering skal journalføres, og i journalnotatet skal det bl.a. framgå hvilken informasjon som er gitt til pasient eller pårørende. Betegnelsen "HLR minus" skal kun brukes som et supplement til journalnotatet.

Rådet for legeetikk har fått en henvendelse fra et sykehus som skriver at rundskrivet om "HLR minus" oppfattes som en innskjerping av adgangen til å unnlate hjerte-/lungeredning, og at dette kan føre både pasienten og helsepersonellet opp i uheldige situasjoner. Det stilles også spørsmål ved rundskrivets juridiske status.

I spørsmålet om "HLR minus" er det i utgangspunktet viktig med åpenhet i forhold til pasient og pårørende, men samtidig må tidspunktet og omstendighetene for å ta opp spørsmålet føles riktig. Ved progressiv og uhelbredelig sykdom kan det naturlige tidspunktet være når det er enighet om å stanse livsforlengende behandling. I en tidligere kommentar til rundskrivet ga Rådet sin tilslutning til de fleste av anbefalingene fra Statens helsetilsyn (1). Rådet er enig i kravet om journalføring ved forhåndsvurdering av "HLR minus". M.h.t. krav om samtykke fra pårørende, når pasienten ikke er i stand til å gi samtykke, mente Rådet at pårørende bør ha grundig informasjon og rådspørres, men at ansvarlig overlege har ansvaret for beslutningen.

Pkt 3 i Helsetilsynets rundskriv, som omhandler pårørendes rolle, kan synes å stille strengere krav til samtykke fra pårørende enn det Rådet anser som rimelig. I utdypingen av dette punktet sier imidlertid rundskrivet blant annet at "Helsepersonellet må foreta en selvstendig vurdering selv om pårørende har gitt sin oppfatning", og Rådet vil fastholde at Helsepersonellet, ved ansvarlig overlege, har anledning til å fravike pårørendes ønsker dersom disse er i strid med pasientens formodede vilje, og dersom hjerte-/lungeredning anses hensiktsløs ut fra en medisinsk faglig vurdering. Begrunnelsen for å fravike pårørendes ønsker må da journalføres.

Når det ikke foreligger noen forhåndsvurdering mener Rådet at det allikevel ikke alltid foreligger noen plikt til å utføre hjerte-/lungeredning selv om pårørende ikke er rådspurt. I slike situasjoner må det være åpenbart at pasienten er døende, og legen må etter nøye kjennskap med pasienten, vite at han/hun ikke ønsker HLR, eller at HLR er nytteløs. Imidlertid mener Rådet at hovedregelen bør være at det gjøres en forhåndsvurdering om "HRL minus" hos en døende pasient i sykehus når legene mener at en hjerte-/lungeredning ikke er riktig ut fra en medisinsk faglig vurdering, Beslutning om "HLR minus"

vil beskytte pasient og pårørende mot det som kan oppfattes som en uverdigg avslutning på en naturlig død, jfr Ethiske regler for leger, kapittel I, § 2: ”Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt ”.

Leger vil enkelte ganger kunne oppleve situasjoner der pasient eller pårørende følelsesmessig ikke er i stand til å gå inn i en slik diskusjon, for eksempel ved benektning eller når pasienten åpenbart ikke ønsker informasjon. Dersom det i en slik situasjon er faglig enighet om at hjerte-/lungeredning er hensiktsløs, bør ”HLR minus” kunne anvendes uten uttalt samtykke. Begrunnelsen for dette må journalføres. Legers egen motvilje mot å ta opp spørsmålet om ”HLR minus” er ingen akseptabel grunn.

Begrepet ”døende” (pkt 1) kan være problematisk. I rundskrivet er det ingen nærmere presisering enn at pasienten må være ”..døende og har svært kort tid igjen å leve”, og at ”Dette må vurderes konkret i den enkelte situasjon”. Rådet ser at det her er vanskelige avgrensninger både med hensyn til tid fram mot antatt død, og mot pasienter som ikke er døende, men som har så alvorlige sykdommer og funksjonshemninger at de ikke har hva de fleste, og eventuelt pasienten selv, oppfatter som en akseptabel livskvalitet. Dette vil blant annet gjelde noen pasienter på sykehjem, og i sykehjem kan det kanskje føles unaturlig å journalføre ”HLR minus”. Det kan også, for eksempel, gjelde nyfødte barn med meget alvorlige utviklingsavvik eller så ekstrem prematuritet at det er små utsikter til å overleve eller overleve uten alvorlige funksjonshemninger og etter langvarig belastende behandling. I slike situasjoner mener Rådet at det ut fra en etisk vurdering kan være riktig å avstå fra hjerte-/lungeredning, men at det er særlig viktig at det er enighet blant helsepersonell som har kontakt med pasienten og, om mulig, samtykke fra nære pårørende dersom pasienten ikke kan uttrykke noe ønske. I kapittel 1, § 5 i Ethiske regler for leger heter det blant annet: ”Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp”. Rådet har tidligere uttalt at det er etisk akseptabelt og riktig med behandlingsunlatelse i slike situasjoner (1,2), og dette må da også gjelde for akutt hjerte-/lunge-redning. Kravene til forhåndsvurdering må imidlertid gjelde.

Rådet er allikevel enig med sykehuset, som har henvendt seg til Legeforeningen, om at noen juridiske sider er uklare ut fra rundskrivet. Spesielt gjelder det for pasienter som ikke er ”døende” slik dette er definert i rundskrivet, og situasjoner der helsepersonell vurderer det som ikke tilrådelig å gå inn i en diskusjon med pasienten eller pårørende.

Rådet vil oversende denne uttalelse til Statens helsetilsyn.

Rådet vil videre gjøre Legeforeningen kjent med uttalelsen.

Referanser:

1. Rådet for legeetikk ved Førde R. Resuscitering minus (R -). Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121:1634
2. Rasmussen K. Er det forskjell på å drepe og la dø? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 422-5

## **4.2 Forespørsel fra medisinerstudent til legemiddelindustrien om effekter**

Under ovennevnte heading har Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon oversendt en sak til Legeforeningen. Legeforeningen har igjen oversendt saken til Rådet.

I oversendelsesbrevet av saken fra Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon vises det til et vedlagt brev fra en medisinerstudent. Brevet er sendt til en rekke legemiddelprodusenter. Av brevet fremgår at den medisinske student ber om reklameartikler, bager og T-skjorter. Han viser til at han skal: ”praktisere legekunsten og blant annet forskrive medikamenter. I denne forbindelse tror jeg det vil være i X (angjeldende firmas) interesse, så vel som min egen, å tidlig etablere et gjensidig godt forhold.”

Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon mener at forespørselen fra vedkommende medisinerstudent er i strid med samarbeidsavtalen mellom legemiddelindustrien og legestanden og ber om at Legeforeningen tar saken opp i sitt råd for legeetikk.

Rådet har innhentet uttalelse fra den medisinske student.

Studenten beklager overfor Rådet på det sterkeste at han har formulert seg slik at det ”seriøst ble oppfattet som om jeg vil la tilegnelse av reklamemateriell til eget bruk komme foran pasientens og samfunnets beste”. Han innrømmer å ha formulert seg ”uklokt og for lite gjennomtenkt” og at han ikke på en tilfredsstillende måte har satt seg inn i ”overenskomsten mellom legemiddelindustrien og legestanden”.

Rådet **vedtok** å uttale:

Etiske regler for leger uttaler i kapittel I, § 12, annet ledd, følgende:

”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.”

Denne bestemmelse må også være en ledesnor for kommende leger i sitt forhold overfor medisinalindustrien. Slik henvendelsen fra vedkommende medisinerstudent er utformet, måtte den fra industriens side bli oppfattet som et forsøk på å skaffe seg en uberettiget fordel.

Rådet beklager den medisinske students refererte henvendelse til medisinalfirmaer.

Gjenpart av denne uttalelse sendes Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon.

### **4.3 Vedrørende bruk av humane øyne til kirurgisk ferdighetstrening**

En overlege har henvendt seg til Legeforeningen vedrørende ovenstående.

Saken er oversendt Rådet for legeetikk fra Legeforeningen.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Rådet har via Legeforeningen fått en henvendelse fra overlege NN som ber om Den norske lægeforenings syn på etiske og juridiske sider ved en praksis der øyne fjernes på avdøde i forbindelse med obduksjoner for at øyeleger kan innøve teknisk vanskelige prosedyrer. Ifølge innskriver øker behovet for trening med utviklingen i faget der stadig mer forfinete teknikker tas i bruk. Det hevdes at trening på dyreøyne ikke kan erstatte trening på humane øyne pga ulike anatomiske forhold mellom mennesker og dyr. Selve fjerningen av øynene er lite mutilerende, og øynene kan erstattes av proteser slik at utseendet på den avdøde ikke endres.

Rådet har drøftet problemstillingen og tar kun stilling til de etiske sidene av problemet.

Den aktuelle problemstillingen er et eksempel på en konflikt mellom to sentrale etiske hensyn, nytten av medisinsk teknisk kunnskap på den ene siden og respekt for den avdøde på den andre. Problemstillingen ligner de etiske problemene ved intubasjonstrening på nyfødte som Rådet drøftet i 1995 (se Tidsskrift for Den norske lægeforening 1995;115: 2963-65), og bruk av døde som organdonatorer. I alle disse problemstillingene er hensikten å redde andres liv eller behandle sykdom ved å gi utøvere av teknisk vanskelige og nødvendige inngrep best mulig kompetanse.

Et sentralt prinsipp i den medisinske etikken er at mennesket ikke skal brukes som et middel alene til å oppnå nytte for andre. Et annet viktig hensyn er hensynet til de pårørende og deres sorgarbeid.

Øynene er en sentral del av ansiktet. Mange knytter sterke følelser til denne delen av et ansikt som man er glad i. Dette personlige området må derfor behandles med særlig stor varsomhet. Rådet mener at fjerning av øynene på en avdød likevel kan forsvares dersom noen vilkår er oppfylt.

Det må for det første ikke være slik at innøvelse av teknikken like godt kan gjøres på andre måter, ved trening på dyreorgan eller lignende. Dette kravet synes ifølge innskriveren å være oppfylt her.

Videre må pårørende spørres om tillatelse til inngrepet. Selv om dette kan oppleves som ubehagelig for den som spør, er Rådet av den oppfatning at en skjult praksis er etisk galt og ødeleggende for tilliten til denne typen nødvendige praksis. Det er mye som tyder på at pårørende vil si ja når forespørselen begrunnes skikkelig, og at de fleste pårørende finner det krenkende at inngrep gjøres på deres kjære uten at de er informert og forespurt. Også når det gjelder bruk av indre organer til forskning og undervisning, går utviklingen i retning av at pårørende må spørres om tillatelse.

#### **4.4 Spørsmål om å ta avstand fra enhver anvendelse av dødsstraff**

Denne sak er tatt opp overfor Rådet av Amnesty International, dansk avdeling. Henvendelsen til Rådet begynner innledningsvis som følger:

”Som medlem i legegruppen i Amnesty International, dansk avdeling, skriver jeg til dere på gruppens vegne for å be dere overveie å ta avstand fra enhver anvendelse av dødsstraff som sådan.”

I henvendelsen vises det til at de nordiske legeforeninger tidligere er blitt bedt om å vedta en fellesresolusjon mot enhver anvendelse av dødsstraff. En slik felles nordisk resolusjon er foreløpig ikke blitt vedtatt.

På denne bakgrunn bes det om at emnet tas opp til ny overveielse og at dette vil resultere i at Legeforeningen tar avstand fra denne ”middelalderlige straffeform, der krænker fundamentale menneskerettigheter”.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse overfor Den norske lægeforenings sentralstyre:

Under henvisning til vedlagte henstilling fra Amnesty International, dansk avdeling, oppfordrer Rådet for legeetikk Den norske lægeforenings sentralstyre til å utarbeide en avstandtagen til enhver anvendelse av dødsstraff.

Rådet for legeetikk viser til uttalelser bl.a. fra British Medical Association i henholdsvis 1992, 1998 og 2001 som følger:

1992: That the BMA opposes the involvement of doctors in judicial execution.

1998: That this meeting believes that the involvement of doctors, either directly or indirectly in the implementation of the death penalty is morally wrong and runs counter to the ethics of modern medical practice. We therefore call on the BMA to support medical associations in countries with the death penalty, which oppose the involvement of doctors in its implementation, and to put pressure on those medical associations, which do not.

2001: That the BMA is opposed to the death penalty worldwide.

Gjenpart av denne uttalelse til Legeforeningens sentralstyre sendes Amnesty International, avdeling Danmark.

#### **4.5 Høring: Veileder helsetjenesten for innsatte i fengsel**

Sosial- og helsedirektoratet har utsendt en veileder for helsetjenesten for innsatte i fengsel. Det uttales i oversendelsen: "Formålet med veilederen er å bidra til at innsatte i fengsel får nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp. En revisjon av den tidligere veilederen – "Veileder for Fengselshelsetjenesten 3-87" – har vært nødvendig på grunn av fangepopulasjonen og sykdomsbildet hos de innsatte. Ny lovgivning har kommet til og tidligere lover er endret."

Legeforeningen, som en av høringsinstansene, har sendt forslaget ut på intern høring til bl.a. Rådet for legeetikk.

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

Rådet for legeetikk har gjennomgått overnevnte veileder og finner veilederen i store trekk god og dekkende. Det er etter Rådets oppfatning viktig å framheve at den enkelte innsatte har krav på en god legetjeneste under sitt soningsopphold. Denne legetjenesten skal ha som sin primære oppgave å ivareta den innsattes helse. Generelt bør etiske prinsipper som gjelder for alle andre pasienter, også styre helsetjenesten til den innsatte, slik som for eksempel retten til konfidensialitet. Rådet finner for eksempel veilederens fremhevning av forskjellen på legens opplysningsrett og opplysningsplikt vesentlig (p. 4.5).

Rådet merker seg med tilfredshet at det framheves (p. 4.2) at ved bruk av tvangsmidler i disiplinær hensikt, skal helsepersonell nekte å delta, mens den innsatte har krav på overvåking av helsetilstanden i den perioden tvangstiltaket pågår. Det er etter Rådets mening viktig at legens oppgave vis à vis pasienten er diagnostisering og behandling, ikke klarering for straff. Derfor støtter også Rådet at man bruker helsepersonell utenfra, og ikke den innsattes lege, dersom det blir nødvendig med tvungen kroppslig undersøkelse.

Med hensyn til de problemene som oppstår når den innsatte sultestreiker, finner Rådet veilederen uklar. På den ene siden gir pasientrettighetsloven individer rett til å gjennomføre en sultestreik som måtte medføre død, på den andre siden hevdes det i veilederen at det ikke er "...en rett uhindret å påføre seg selv alvorlige skader, eller begå selvmord ved å nekte å ta til seg næring". Rådet finner at et vesentlig spørsmål for leger som skal vurdere en slik situasjon, er om det bakenfor sultestreiken ligger en alvorlig psykisk lidelse.

#### **4.6 Høring: Forslag til ny forskrift om obduksjon**

Fra Helsedepartementet har Legeforeningen mottatt et høringsnotat med forslag til ny forskrift om obduksjon m.m. Forskriften, som er hjemlet i transplantasjonsloven, skal erstatte gjeldende forskrift av 1998. Det er videre foreslått en mindre endring i forskrift av 10. juni 1997 nr. 2 om dødsdefinisjon.

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

Det kgl. Helsedepartement har sendt ut et høringsnotat om forslag til ny forskrift om obduksjon til aktuelle høringsinstanser. Den nye forskriften skal erstatte gjeldende forskrift fra 1988. Bakgrunnen for høringsnotatet er blant annet flere oppslag i dagspressen i 2001 om obduksjonspraksis ved norske sykehus. I disse artiklene kom det blant annet frem at organer ble fjernet fra avdøde uten av de pårørende var gjort kjent med dette.

Obduksjon er en systematisk undersøkning av en død person for å fastsette dødsårsak. Til tross for en rivende medisinsk utvikling de senere år, er obduksjon fortsatt nødvendig for å kvalitetssikre klinisk diagnostikk og behandling og den eneste metode for sikkert å fastslå dødsårsak. Samtidig har man de siste år sett en betydelig fallende obduksjonsfrekvens, og i 1999 ble kun ca 12 % obdusert. For at obduksjon fortsatt skal kunne tilføre medisinsk kunnskap, er det viktig at befolkningen generelt får kunnskap om hva obduksjon er, hvordan obduksjon utføres og trygghet for at den avdøde behandles med respekt. Samtidig må avdødes og pårørendes meninger respekteres, og det må foreligge en reell

rett til reservasjon mot obduksjon. Rådet for legeetikk mener at det foreliggende høringsforslag er i overensstemmelse med disse mål.

I det nye høringsforslaget er det spesielt fokusert på øket åpenhet om obduksjon og pårørendes reservasjonsrett til obduksjon. For å øke den generelle kunnskap i befolkningen om obduksjonspraksis, foreslår departementet at helseinstitusjoner som utfører obduksjon, informerer om virksomheten. Slik informasjon kan gis i sykehusets generelle informasjon om sin virksomhet. I denne generelle informasjonen bør det opplyses om muligheten til å reservere seg mot obduksjon. Videre mener departementet at pårørende til avdøde bør informeres dersom det er aktuelt med obduksjon. Også i denne forbindelse bør det opplyses om muligheten til å reservere seg mot obduksjon. Rådet for legeetikk støtter disse forslagene fordi Rådet mener åpenhet om obduksjonspraksis og respekt for avdøde og pårørende er de beste garantier for at befolkningen har tillit til at obduksjoner foregår på en etisk forsvarlig måte.

I høringsforslaget foreslås også at organ og vevsdelers som tas ut i forbindelse med obduksjon, om mulig legges tilbake i legemet til avdøde. Hvis dette ikke er mulig, er det institusjonens ansvar at disse organelene håndteres med respekt. Det foreslås særskilt kremering og nedsetting av aske i minnelund. Det presiseres også at den avdøde må behandles med respekt og at man må tilstrebe at legemet gjenopprettes så langt det er mulig etter obduksjonen. Rådet for legeetikk støtter disse forslagene.

Biologisk materiale som tas ut ved obduksjon, kan brukes til undervisning, forskning og fremstilling av biologiske produkter. For materiale som lagres i mer enn to måneder, vil Biobankloven gjelde. Departementet forutsetter at materiale som lagres i kortere tid, også behandles etisk og medisinsk forsvarlig. Det bør være mulig for den avdøde eller pårørende å reservere seg mot at materiale fra obduksjon benyttes til disse formål uten at de motsetter seg selve obduksjonen. Rådet for legeetikk er enig i dette.

#### **4.7 Veileder ved obduksjon av fostre og barn**

Et utvalg oppnevnt av Den norske patologforening har utarbeidet et utkast til "Veiledning ved obduksjon av fostre og barn". Veiledningen planlegges utgitt i Legeforeningens skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling.

Legeforeningen har oversendt utkastet til bl.a. Rådet for legeetikk for eventuell kommentar.

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

En bredt sammensatt nasjonal, tverrfaglig gruppe, støttet av Helse Vest RHF og Den norske lægeforenings fond for standardisering og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten, har forfattet en veileder om ulike forhold rundt obduksjon av foster/barn. Intensjonen har vært å gi pårørende og helsepersonell bedre informasjon. Veilederen har vært ute til høring, og den foreligger nå i en omarbeidet versjon som er godkjent av Kvalitetsutvalget og styret i Den Norske Patologforening.

I veilederen er obduksjon av fostre/barn vurdert ut fra juridiske og medisinsk-faglige betraktninger, etiske vurderinger og religiøse og kulturelle forhold. Rådet for legeetikk mener gruppen har gjort et grundig arbeid hvor obduksjon av barn/fostre er belyst fra flere forhold. Dette styrker veilederen. Spesielt mener Rådet det er viktig at betydning av åpenhet rundt obduksjon av barn/fostre er viktig og at foreldrene får en reell reservasjonsrett mot obduksjon.

#### **4.8 Oppstart av intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon**

I Rådets møte 21. oktober 2002 vedtok Rådet en uttalelse i anledning ovenstående problemstilling. Saken er i sin helhet omtalt i Legeforeningens tidsskrift 2002/122:2725.

Med bakgrunn i tidsskriftets gjengivelse av saken har ”Stiftelsen organdonasjon” bedt Rådet for legeetikkk om å se på saken på nytt. Bakgrunnen for anmodningen er at ”Stiftelsen organdonasjon” er ”sterkt bekymret” for at Rådets konklusjon skal få til følge at et betydelig antall potensielle donasjoner ikke vil bli realisert.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse til ”Stiftelsen organdonasjon”:

Som det vil være kjent, har dette temaet også vært diskutert på et seminar for donoransvarlige leger på Gardermoen 2/2-04. Undertegnede deltok på dette seminaret. Det ble videre tatt opp på kurset ”Ethiske aspekter ved livets slutt”, som Rådet arrangerte på Soria Moria 9/2-04. Rådet har i tillegg fått flere henvendelser etter det nevnte innlegget i Tidsskriftet.

Rådet konstaterer at det blant leger (også donoransvarlige leger) og annet helsepersonell er svært delte meninger om det er etisk forsvarlig å innføre en praksis der en starter intensivbehandling av en pasient kun for å sikre organer for transplantasjon, og ikke for å redde pasienten. Det er også delte meninger om dette blant mennesker som ikke arbeider i helsevesenet.

Jeg vil understreke at Rådets medlemmer generelt er meget positive til transplantasjonsvirksomheten slik den drives her i landet i dag. Vi er vel kjent med at det dessverre er mangel på organer, og at pasienter på de økende ventelister lider og endog dør. Likevel mener Rådet at en bør være meget tilbakeholdende med å innføre en praksis med såkalt ”elective ventilation” som det her er snakk om.

Vi holder fast ved våre hovedargumenter for dette, som er anført i innlegget i Tidsskriftet. Spesielt vil jeg peke på problemet med usikkerhet når det gjelder diagnostikk og prognose. I brevet ditt skriver du: ”I de tilfeller hvor en slik vurdering at pasienten ”beyond doubt” ikke vil kunne reddes ved noe medisinsk inngrep og vil dø i løpet av kort tid, må etter vårt syn ...”. Problemet er at enkelte ganger vil en slik vurdering vært feil. En feilvurdring vil føre til at når en slik pasient legges på respirator, vil han kunne overleve, han vil kunne puste selv når respiratoren kobles fra, men være i en tilstand av dyp bevisstløshet.

En slik situasjon vil være meget vanskelig for alle parter, spesielt for de pårørende. Jeg er redd for at den også ville få betydelig interesse for media, dersom den ble kjent. Med en uheldig vinkling ville den utvilsomt kunne føre til de helt store overskrifter. Dette ville kunne få svært negative følger for tilliten til transplantasjonsvirksomheten i befolkningen generelt. Som kjent er jo tilgangen på organer helt avhengig av denne tillit. I Norge har vi vært spart for store avisoppslag om kritikkverdig transplantasjonsvirksomhet. Men vi har eksempler fra andre land, der slike oppslag har ført til en dramatisk reduksjon i tilgang på organer.

På det nevnte seminaret for donoransvarlige leger kom det fram at det er grunn til å tro at en praksis med ”elective ventilation” vil være aktuell for svært få pasienter. Derfor ville vi vel også meget sjelden komme opp i den situasjonen som er skissert over. Men det er altså en risiko for svært negative effekter for transplantasjonsvirksomheten.

Siden det dreier seg om svært få pasienter, vil det ikke føre til at mange liv går tapt p. g. a. organmangel fordi vi velger å stanse ved en slik etisk grense og ikke hente organer fra denne kategori pasienter.

Et annet problem med å starte intensivbehandling kun for å preservere organer, er at det som nevnt er stor uenighet blant helsepersonell om denne praksis er etisk akseptabel. Dette vil kunne skape konflikter blant personellet, noe som igjen vil kunne påvirke deres holdning til transplantasjonsvirksomheten generelt. Uenighet og konflikter blant personellet vil igjen kunne føre til at flere pårørende sier ”nei” når de spørres om organdonasjon i ”vanlige” transplantasjonssituasjoner.

Som det framgår av innlegget i Tidsskriftet, kan Rådet, til tross for innvendingene, se at forholdene i enkelte unntakstilfeller kan ligge til rette for at oppstart av ”elective ventilation” kan være etisk

akseptabel. Rådets flertall holder fast ved at en av de betingelser som i så fall må være oppfylt, er at det er de pårørende, og ikke legen, som tar opp temaet. Rådet registrerer at det i debatten har vært ulike oppfatninger om dette. Jeg kan forstå argumentet om at man sjelden får kjennskap til pasientens holdning til å gi organer, dersom legen ikke spør pårørende. Det er da også dissens i Rådet på dette punkt.

Som oppsummering holder altså Rådet fast ved at man bør være særdeles tilbakeholdende med å starte intensivbehandling kun for å preservere organer. Dette er ikke veien å gå for å få tilgang på flere organer. Vi bør heller bli bedre i "vanlige" transplantasjonssituasjoner, altså i situasjoner der intensivbehandling startes i håp om at pasienten kan reddes. Vi må bli bedre til å identifisere potensielle donorer, og bedre til å gi informasjon og omsorg, slik at pårørende oftere sier "ja".

#### **4.9 Intensivbehandling kun for å preservere organer for donasjon?**

Denne sak er sluttbehandlet av Rådet for legeetikk i møte 21. oktober 2002.

Rådets uttalelse er gitt en separat omtale i Tidsskrift for Den norske lægeförening 2002; 122.

En overlege har på bakgrunn av tidsskriftsomtalen av saken rettet en henvendelse til Rådet hvor han ber om at det fjerner følgende spesielle setning fra sin uttalelse:

"Det må være pårørende som tar opp temaet, og bringer opplysninger om pasientens beslutning om å avgi organer videre til behandlingsapparatet".

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Bakgrunnen for brevet er Rådets uttalelse om oppstart av intensivbehandling for å preservere organer for donasjon (1). I uttalelsen går Rådet mot å starte intensivbehandling på denne indikasjon. Vi mener likevel at det i enkelte unntakstilfeller kan være etisk akseptabelt. I slike tilfeller må flere betingelser være oppfylt, bl. a. at "Det må være de pårørende som tar opp temaet, og bringer opplysningene om pasientens beslutning om å avgi organer videre til behandlingsapparatet". Du mener at det ikke kan være riktig å kreve at de pårørende skal ta opp spørsmålet om organdonasjon, men at ansvarlig lege må kunne ta opp dette med dem. Ett av Rådets medlemmer er enig med deg i dette, slik det fremgår av Rådets uttalelse. Du hevder at det kan være uetisk ikke å spørre de pårørende, fordi den døende derved kan berøves retten til å bestemme over eget legeme etter døden. Du reiser også spørsmålet om ikke ansvarlig lege til og med bør være forpliktet til å ta opp spørsmålet med de pårørende.

Rådet har fått henvendelse fra flere medlemmer etter uttalelsen. Vi konstaterer at det er delte meninger. Uenigheten gjelder ikke bare i hvilken grad legen skal kunne ta opp spørsmålet med det pårørende. Det er også delte meninger om det i det hele tatt er etisk forsvarlig å starte intensivbehandling bare for å bevare organer for donasjon, og ikke for å redde pasientens liv.

Rådet er vel kjent med at det mangel på organer for transplantasjon, at ventelisten for mottakere øker, og at mange pasienter dør i køen. Tilgangen på organer er generelt helt avhengig av holdningen til transplantasjon i befolkningen, og spesielt til den måten pårørende blir tatt hånd om på intensivavdelingene der potensielle donorer er innlagt.

Holdningen til organdonasjon hos pårørende vil være helt avhengig av at de har tillit til at transplantasjonsvirkomheten foregår på en etisk akseptabel måte. Rådet har i sin uttalelse pekt på at det å starte respiratorbehandling og andre intensivmedisinske tiltak hos en døende pasient, kun for å preservere organer, innebærer en teknifisering av forholdene rundt dødsprosessen og selve dødsøyeblikket. Dette kan i seg selv være en betydelig belastning for pårørende.

Overfor Rådet er det også blitt uttrykt tanker som viser at tilliten til det som foregår omkring transplantasjoner, og dermed holdningen til organdonasjoner, er sårbar, og lett kan endres. Enkelte

mistenker til og med at legene, når de gir intensivbehandling kun for å skaffe organer og ikke for å redde pasientens liv, vil kunne fremskynde pasientens død. Det at legene tar initiativ til å starte intensivbehandling kun for å skaffe organer, kan av noen oppfattes som en utilbørlig ”jakt” på organer.

Rådet har i sin uttalelse også pekt på en annen forutsetning som må være oppfylt for at intensivbehandling på den nevnte indikasjon eventuelt skal kunne startes: ”Det må med meget høy grad av sikkerhet kunne sies at pasienten uansett behandling, vil dø i løpet av kort tid (1-2 døgn) etter at intensivbehandling er startet”. Dette kan stille legene i en meget vanskelige situasjoner m. h. t. grenseoppganger og prognose: Hvilke diagnostiske funn er nødvendige for å si med tilstrekkelig sikkerhet at pasienten kommer til å dø i løpet av kort tid, - også når pasienten får intensivbehandling? Før eller siden vil man komme i den situasjonen at en pasient ikke dør, men går over i en permanent, vegeterende tilstand. Dette vil være en dramatisk og opprivende situasjon for de pårørende, og en meget vanskelig situasjon for legen.

I spørsmålet om det er etisk forsvarlig å starte intensivbehandling kun for å preservere organer, er det flere argumenter av etisk karakter som støtter mot hverandre. Behovet for å skaffe organer til pasienter med livstruende sykdom er åpenbart. På den annen side vil en slik praksis kunne utsette pårørende for betydelige emosjonelle, kanskje endog krenkende påkjenninger. En slik praksis kan også ut fra en konsekvensetisk synsvinkel kunne være uheldig. Den vil kunne føre til at befolkningens holdning til organdonasjon endres, slik at tilbudet av organer til de pasienter som trenger det, blir enda dårligere.

Etter en samlet vurdering mener Rådet for legeetikk at man bør være særdeles tilbakeholdende med å starte intensivbehandling kun for å preservere organer. Kun i enkelte unntakstilfeller kan det være etisk akseptabelt. Rådets flertall holder fast ved at en av betingelsene i slike tilfeller må være pårørende, og ikke legen, som tar opp spørsmålet.

#### **4.10 Er det etisk forsvarlig at en bedriftshelsetjeneste er agent for å selge helseforsikring til bedrifter?**

Ovennevnte problemstilling er reist overfor Rådet av et legesenter. Legesenteret spør Rådet ”om det vil være etisk forsvarlig at bedriftshelsetjenesten er agent for å selge helseforsikring til bedrifter”. Legesenteret har senere presisert at salget er ”tenkt gjennomført med bedriftene og ikke med enkeltpersoner”.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse:

Rådet oppfatter det slik at legesenteret ..... har fått tilbud om å være agent for et forsikringsselskap med tanke på å selge vedkommende selskaps helseforsikring til de bedrifter legesenteret har avtale med om å yte bedriftshelsetjeneste.

Ved å yte bedriftshelsetjeneste vil senteret/legene gi helse råd både overfor den enkelte bedrift som sådan, og overfor ansatte i bedriften. Hvis senteret går inn overfor bedriftene også som selger av helseforsikring, mener Rådet at dette vil kunne bli oppfattet som en sammenblanding av roller.

I etiske regler for leger, kapittel I, § 12, annet ledd, er det nylig kommet inn en bestemmelse som uttrykker følgende:

”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.”

Selv om bestemmelsen ikke dekker den aktuelle situasjon, bør dens intensjon også kunne vektlegges i den aktuelle sak. Rådet mener at den forespurte kombinerte virksomhet kan få som resultat at tilliten til en leges faglige virksomhet svekkes.

Under henvisning til foranstående finner Rådet å måtte fraråde legesenteret å påta seg oppgaven som agent for et gitt forsikringsselskap med tanke på å selge deres helseforsikringer overfor de bedrifter legesenteret har avtale med.

#### **4.11 Legers deltakelse ved aldersbestemmelse av asylsøkere og i DNA-testing ved søknad om familiegjenforening**

Publisert i Tidsskriftet 17.06.2004.

Denne sak var opprinnelig behandlet av Rådet for legeetikk i møte 06.10.1999.

Den norske lægeforening var blitt orientert om Rådets uttalelse.

Rådet har drøftet saken på nytt og er kommet til å ville gi ny uttalelse i sakens anledning. Den nye uttalelse er **vedtatt** som følger:

Rådet for legeetikk drøftet i 1999 legers deltakelse i medisinske undersøkelser for å avsløre falske opplysninger om alder eller slektskap gitt av mennesker som ønsker permanent opphold i Norge. Rådet delte seg i et flertall på tre som ikke ville anbefale at leger deltar i denne typen kontrolloppgaver, og et mindretall som fant dette etiske akseptabelt, blant annet under forutsetning av at leger ikke mot sin vilje ble pålagt denne typen oppgaver. Flertallets syn ble delt av menneskerettighetsutvalget i Legeforeningen, sentralstyret og også av Den danske legeforening. Myndighetene fant likevel at de ville gå i gang med et prøveprosjekt av DNA-analyser av somaliere, og dette er senere også utvidet til å gjelde flere nasjonaliteter.

Rådet for legeetikk har drøftet spørsmålet på nytt og vedtatt:

At leger bruker sine medisinske kunnskaper for ivaretagelse av samfunnsoppgaver er intet nytt. Rettspsykiatriske vurderinger og vurderinger ved sykmelding og uførepensjonering er eksempel på dette. Når leger har sakkyndigoppgaver er det imidlertid viktig at både legen og pasienten er bevisst hvilken rolle legen da har.

Rådet ser fortsatt på den foreliggende sak som ett av mange eksempler på at samfunnet i økende grad pålegger legen samfunnsoppgaver som ikke har å gjøre med helbredelse eller forebygging av sykdom. Det er viktig etter Rådets oppfatning, at leger kontinuerlig vurderer om slike kontrolloppgaver er forenlige med legens ideal om å ivareta den enkelte pasients interesse og integritet, og å behandle pasienten med barmhjertighet, omsorg og respekt (Kapittel 1, § 2, etiske regler for leger). Dette er særlig viktig når legen bidrar med sin medisinske kunnskap i spørsmål der interessene til utsatte individ eller befolkningsgrupper kommer i konflikt med samfunnsinteresser.

Når leger deltar i analyser av DNA-prøver for å påvise slektskap eller analyse av skjelettrøntgen for aldersbestemmelse, skjer det normalt ingen møter mellom individ og lege. Legen opptrer som sakkyndig som vurderer et biologisk materiale. Etter rådets oppfatning er det derfor ingen muligheter for at legen kan oppfattes som annet enn sakkyndig i en slik situasjon. Det samme skjer når leger brukes ved bestemmelse av farskap eller DNA-analyser ved oppklaring av kriminalitet.

Etter å ha diskutert dette på nytt finner Rådet ikke lenger grunnlag for å fraråde leger å delta i denne typen virksomhet. Det er imidlertid viktig at leger som finner denne typen virksomhet uforenlig med deres etikk, ikke skal kunne forpliktes til å utføre denne typen kontrolloppgaver.

Den nye uttalelse fra Rådet oversendes Den norske lægeforening og Legeforeningens menneskerettighetsutvalg til orientering.

#### **4.12 Forespørsel om uttalelse**

En tilsynslege ved et lokalt sykehjem har tatt opp følgende: En pasient befinner seg på sykehusets korttidsavdeling. Pasienten er røyker. På grunn av hans sykdom er det uforsvarlig å la han røyke alene med tanke på brannskader både på seg selv og omgivelsene. Røykingen må således skje med tilsyn. Familien ønsker at personalet på sykehjemmet skal hjelpe pasienten til å røyke når familien selv ikke er tilstede.

Tilsynslegen reiser spørsmål overfor Rådet hvor vidt personalet på sykehjemmet skal hjelpe han å røyke eller ikke og om enkelte ansatte kan reservere seg fra å hjelpe han med å røyke.

Rådet **vedtok** å uttale:

Så lenge det ikke eksisterer noe generelt forbud for alle pasienter/ansatte mot å røyke på sykehjemmet er det Rådets oppfatning, at så sant andre gjøremål ikke hindrer ansatte i å være i nærheten av pasienten, bør han kunne få røyke i slike situasjoner. Det antas at argumentet knyttet til passiv røyking neppe har særlig aktualitet i dette tilfellet. Det bør således utvises stor grad av smidighet i forhold til problemstillingen.

#### **4.13 Høring: Kliniske utprøvinger fra legemidler – vurdering av post-marketing studier**

Denne sak var oversendt fra Den nasjonale forskningsetiske komité for kommentar.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet for legeetikk har i sitt møte den 26.april i år diskutert NEMs forslag til vitenskapelig og etisk vurdering av post-marketing studier med et sett av retningslinjer og en avsluttende sjekklister. Rådet vil gratulere NEM med et godt og viktig arbeid. Det har lenge vært behov for en regulering av dette feltet, spesielt en vurdering av den vitenskapelige kvaliteten og dermed berettigelsen av slike studier. Dersom den vitenskapelige kvaliteten er lav, er det et misbruk av ressurser både for lege og pasient. Studiene er da ofte et skjult forsøk på markedsføring av medikamentet heller enn forskning.

Arbeidet er satt opp slik at det er praktisk nyttig og oversiktlig.

Rådet har noen få kommentarer / spørsmål

Strekpunkt 4 om utvalgsskjevheter. Er det opplagt for alle hva som kan ligge i dette begrepet eller bør det forklares med noen eksempel helt innledningsvis?

Ikke vitenskapelige kriterier: Er det logisk at krav til vitenskapelig kompetanse rubriseres under denne overskriften?

Er det mulig å lage en avtale om publisering? Dette blir til slutt avgjort av referees / redaktør. Kanskje skal det stå intensjonsavtale?

Rådet kan ikke se at grensen 300 000 kroner er logisk begrunnet mht hva som er etisk akseptabelt .

Det er også uklart hva som ligger i å sikre at utprøvere ikke settes under press på grunn av økonomiske interesser. Hvordan skal dette gjøres? Det bør det vel stå noe om?

#### **4.14 Vurdering av TV-dokumentar serien ”Institusjonen”**

Generalsekretær Terje Vigen har bedt Rådet for legeetikk om en vurdering av en ny TV-dokumentarserie, ”Institusjonsliv”, som er produsert av NRK med økonomisk støtte fra Sosial- og Helsedirektoratet. Serien sendes like etter helseprogrammet ”Puls”. Legeforeningen har ved flere anledninger blitt kontaktet av personer som reagerer på disse programmene. Det er opplyst at de medvirkende, enten selv eller gjennom sine pårørende / verger, har gitt samtykke til filming og medvirkning i serien. Generalsekretæren ber Rådet vurdere om helsepersonell som har omsorgen for

disse personene skal nøye seg med at det juridisk sett er et tilfredsstillende samtykke, eller om de bør ha et ansvar ut over det formelt strikte juridiske, dersom de mener at en pasients verdighet og respekt ikke blir nødvendig ivaretatt selv om samtykke er gitt av pårørende.

Generalsekretærens henvendelse ble gitt en foreløpig drøfting i Rådets møte 9. juni 2004. Det fremgår av protokollen at Rådet i første omgang vedtok å rette en henvendelse til Sosial- og helsedirektoratet hvor det anmoder om å få en nærmere redegjørelse for hvilke vurderinger som er lagt til grunn for vedtaket om å støtte prosjektet.

Sosial- og helsedirektoratet har avgitt svar på Rådets forespørsel. I svaret ble det bl.a. uttalt:

”Sosial- og helsedirektoratet antar at Rådet for legeetikk er opptatt av spørsmål knyttet til samtykke fra pasienter, brukere og pårørende. Vi vil derfor presisere at det fra vår side og fra første stund har vært forutsatt at samtykke har vært innhentet på en korrekt måte og at deltakelsen i filmen skulle være frivillig både fra pasienter, brukere og personale. Det har videre vært forutsatt at deltakerne skulle kunne ombestemme seg under veis. Dette ble fremholdt overfor filmselskapet i en løpende dialog i tilknytning til produksjonen og det ble tatt opp på nytt da filmen var ferdig og det var klart hvilke personer som skulle delta i de episodene som har vært vist på NRK 1.”

For øvrig viser Sosial- og helsedirektoratet til sitt brev til Sosialdepartementet av 22.03.2002 som orienterer om de ulike tiltakene i rekrutteringskampanjen, herunder TV-produksjonen som på det daværende tidspunkt hadde arbeidstittelen ”Lenge leve livet”. Sosialdepartementet ga i brev av 05.04.2002 sin tilslutning til opplegget for rekrutteringskampanjen. Rekrutteringskampanjen startet opp i 1999 og var et tiltak i handlingsplanen for helse- og sosialpersonell.

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet har diskutert de prinsipielle sidene ved denne typen underholdnings- og opplysningsprogram. Tidligere har Rådet uttalt seg kritisk mot at pasienter brukes i fjernsynsprogrammer. Den viktigste grunnen til dette er at fjernsynsmediet bryter radikalt med kravene til vern om det private, et helt sentralt hensyn ivaretatt av taushetsplikten. Rådet har advart mot denne uthulingen av taushetsplikten selv om det hentes inn samtykke hos den enkelte pasienten. Grunnen til dette er dels at det kan reises tvil om frivilligheten til pasientene som bes om samtykke i en situasjon mens de er avhengige og trenger helsehjelp, men først og fremst at det er uoversiktlig både for pasient og behandler hvilke konsekvenser en eksponering i fjernsynsmediet har for den enkelte både på kort og lang sikt.

Rådet merker seg at verken NRK eller Sosial- og Helsedirektoratet har valgt å legge vekt på Legeforeningens motforestillinger når nå en ny dokumentarserie av pasienter er produsert og sendt. Denne serien er altså ikke fra sykehus, men fra et sykehjem.

For noen av disse pasientene kan institusjonen de bor på betraktes som et hjem, og i den grad dette gjøres, er ikke Rådets betraktninger gyldige. I utgangspunktet hilser vi tiltak som har til hensikt å spre kunnskaper om institusjonsbeboeres liv og livskvalitet velkommen. Rådet kan også se at det er behov for å spre kunnskaper om de positive sidene ved å arbeide i pleie- og omsorgsykker. Rådet vil også presisere at den aktuelle TV-serien inneholder mange positive komponenter.

For noen av disse pasientene som eksponeres er institusjonsoppholdet et resultat av alvorlig sykdom, alvorlig funksjonsnedsettelse og behov for pleie og medisinsk behandling. Disse pasientene, pleietrengende eldre, kreftsyke, pasienter med demens eller hjerneskade, er på institusjonen som pasienter. Da har de krav på spesielt vern av integritet og verdighet. Dette ansvaret som er en del av helsearbeideres profesjonsetikk, går ofte lenger enn det juridiske. I følge etiske regler for leger § 2 skal legen..”ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt...” Når pasienten utsettes for eksponering til fremmede via fjernsynet qua institusjonspasient, kan ikke denne handlingen forsvares med at dette er til nytte for den enkelte pasienten. Tvert i mot, pasientens intimsfære eksponeres for å tilfredsstille andre hensyn.

Disse betraktninger må etter rådets oppfatning vektlegges når samtykkekravet vurderes. Sosial- og Helsedirektoratet har lagt et samtykkekrav fra pårørende til grunn der pasientene ikke er samtykkekompetente. Når nødvendig helsehjelp må gis til ikke samtykkekompetente pasienter, er pårørendes samtykke tilstrekkelig og nødvendig. Hjelpen gis da til pasientens beste. Når pasientene brukes i fjernsynsunderholdning gis samtykket til et formål som kan sies å ligge utenfor pasientens interesse, her for å øke rekrutteringen til omsorgsyrkene og eventuelt for å skape økt forståelse for denne pasientgruppens situasjon. Etter rådets oppfatning bør pårørendes samtykke i dette tilfelle ikke ses på som noen garanti for at handlingen er etisk forsvarlig. Denne oppfatning forsterkes av at mange deltakere ble eksponert i situasjoner som de nok ikke ville ha akseptert dersom de var samtykkekompetente. Rådet er kjent med at forskning på ikke-samtykkekompetente personer kan utføres etter samtykke fra nærmeste pårørende, når forskningen er strengt nødvendig for å framskaffe kunnskap om denne pasientgruppen, og når denne kunnskapen ikke kan framskaffes på noen annen måte. Slik forskning kan kun finne sted etter en nøye etisk vurdering i en forskningsetisk komité.

Rådet vil rette søkelys på det manglende samsvaret mellom Sosial- og helsedirektoratets strenge håndheving av taushetsbelagt kunnskap i forskningen, og særlig forskning på svake pasientgrupper som for eksempel psykiatriske pasienter, og den vurderingen som er gjort her når svært syke og svekkede pasienter eksponeres for et så sterkt medium som fjernsyn. Rådet er kjent med at en organisasjon som Norsk Pasientforening også er kritiske til fjernsynsserien og tillegger dette vekt.

#### **4.15 Nordisk etikkseminar**

Rådet for legeetikk var i august 2003 vertskap for det nordiske etikkseminar som arrangeres hvert annet år. Arrangementet ble avviklet på Sanner Hotell. Det deltok rundt 40 leger fra de nordiske legeföreninger.

Temaer som ble tatt opp var:

- Kliniske etikk-komiteer
- Prioritering av medisinske ressurser/prioriteringsmessige dilemmaer ved private helseforsikringer.
- Transplantasjonsetikk
- Legers samarbeid med legemiddelindustrien

#### **4.16 Rådet for legeetikks kurs: "Omsorg ved livets slutt"**

I februar 2004 arrangerte Rådet et dagskurs under temaet: Omsorg ved livets slutt. Kurset ble avholdt på Soria Moria og samlet ca. 100 deltakere, med program som følger:

Kl. 10.00 – 10.10	Reidun Førde, Rådet for legeetikk. Innledning
Kl. 10.10 – 11.30.	<i>Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-/lungeredning (HLR minus). Konsekvenser av Rundskriv IK-1/2002 fra Statens helsetilsyn</i>
10.10 - 10.25	Seniorrådgiver Jostein Vist, Statens helsetilsyn. Lovmessig grunnlag
10.25 - 10.45	Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Hvordan kan retningslinjene etterleves i praksis ved en sykehusavdeling?
10.45 – 11.05	Bettina Husebø, Bergen Røde kors sykehjem. Konsekvenser i et sykehjem
11.05 – 11.30	Diskusjon
Kl. 11.45 – 13.00	<i>Kriterier for å vurdere behandlingsunnlatelse</i>
11.45 - 11.55	Kristin Bjørnland, Rådet for legeetikk. Kasisistikker.

	11.55 – 12.15	Gunnvald Kvarstein, Anestesiavdelingen, Rikshospitalet. Hvordan håndtere usikkerhet knyttet til beslutningen om behandlingsunntak i sykehus
	12.15 – 12.35	Peter F. Hjort. Behandlingsunntak i sykehjem
	12.35 – 13.00	Helse- og sosialombud Petter Holm, Oslo. Pårørendes erfaringer
	13.00 – 13.15	Diskusjon
Kl. 14.15 - 15.30		<i>Lindrende behandling i livets slutfase</i>
	14.15 – 14.45	Overlege Dagny Faksvåg Haugen, leder for Kompetansesenter i Lindrende Behandling Helseregion Vest, Haukeland Universitetssykehus. Indikasjoner for lindrende behandling og organisering av tilbud i og utenfor en sykehusavdeling
	14.45 – 15.05	Sten Erik Hessling, Legehuset AS, Hokksund og Avdeling lindrende behandling, Eiketun sykehjem, Hokksund. Hva kan gjøres i primærhelsetjenesten?
	15.05 – 15.25	Per Engstrand, Anestesiavdelingen, Universitetssykehuset i Akershus. Medikamentell behandling og monitorering ved lindrende sedering
	15.25 – 15.45	Diskusjon
Kl. 16.15 – 18.00		<i>Organdonasjon – er det behov for utvidete kriterier for hvem som er aktuelle donorer?</i>
	16.15 – 16.30	Ragnar Hotvedt, Rådet for legeetikk. anbefalinger fra Rådet
	16.30 – 16.50	Førsteamanuensis Marit Halvorsen, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo. Lovmessig grunnlag for å kunne donere organer
	16.50 – 17.05	Henning Onarheim, Anestesi- og intensivavdelingen, Haukeland universitetssykehus. Synspunkter på å starte intensivbehandling med den hensikt å bevare organer for donasjon.
	17.05 – 17.25	Dagfinn Albrechtsen, ass. sjeflege og kirurgisk avdeling, Rikshospitalet. Argumenter for å utvide kriteriene for å kunne være organdonor
	17.25 – 18.00	Diskusjon

Kurset var godkjent med 7 timer som valgfritt kurs i etter- og videreutdanning for alle spesialiteter