

enkelte klinikker er svært pågående overfor den enkelte kunde og hvordan mindreårige, pasienter med psykiske problemer og pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er blitt godkjent for kosmetisk kirurgiske operasjoner. Ikke bare annonseringen av tjenestene, men også indikasjonsstillingen kan derfor sies å ha vært uetisk i noen tilfeller. Instanser utenfor Legeforeningen har også reagert på forholdene. Barneombud Trond Waage har reist spørsmål til helseministeren om aldersgrense for kosmetisk kirurgiske inngrep, og stortingsrepresentant Valgjerd Svarstad Haugland har stilt spørsmål til helseministeren om annonsering av kosmetisk kirurgiske tjenester burde forbys.

Selvjustis får politisk støtte

I mars tok styret i Norsk Plastikkirurgisk Forening initiativ til et tredagers seminar om etiske problemer knyttet til kosmetisk kirurgi. På dette seminaret ble det vedtatt at foreningen må utarbeide egne etiske retningslinjer for å hindre useriøs og uetisk virksomhet innen faget. Foreningens medlemmer fremhevet behovet for represalier mot medlemmer som bryter regelverket. Dette synspunktet støttes av Rådet for legeetikk. Det er problematisk for en forening å ha medlemmer som ignorerer sentrale etiske retningslinjer.

Arbeidet med egne etiske retningslinjer innen plastikkirurgi vil bli sluttført i oktober dersom generalforsamlingen i spesialforeningen vedtar styrets forslag. Forslaget til retningslinjer omtaler både indikasjonsstilling for kosmetisk kirurgi og annonsering av tjenestene og vil bli et supplement til det allmenne profesjonsetiske regelverket. Nylig mottok Den norske lægeforening et brev fra helseminister Tore Tønne. Det var et svar på Svarstad Hauglands spørsmål om forbud mot annonsering av kosmetisk kirurgi. Tønne svarer her at han er gjort kjent med foreningens eget arbeid med å utarbeide etiske retningslinjer og at han ser på dette arbeidet som viktig og foreløpig tilstrekkelig for å regulere virksomheten.

Krav til markedsføring i helsepersonelloven

I den tidligere legeloven var det få bestemmelser som rettet seg direkte mot markedsføring av helsetjenester. Det var riktignok et krav om at ansvarlige leges navn skulle fremgå og at informasjonen skulle være forsvarlig og korrekt. Tidligere helseminister Gudmund Hernes fremmet flere forslag om endrede krav til markedsføring for å kunne motvirke uheldige utslag, særlig når det gjaldt markedsføring som han oppfattet som uetisk og markedsføring for metoder som innebar risiko for pasienten. Han gav i foredrag uttrykk for overraskelse over hvordan enkelte leger markedsførte seg bl.a. på Telefonkatalogens Gule Sider, noe som illustrerte at det var behov for flere restriksjoner på dette området. Dette arbeidet ble fulgt opp

av helseminister Dagfinn Høybråten, som fremmet lovforslag for Stortinget. Dette ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft 1.1. 2001.

Bestemmelsene står i helsepersonelloven. I tillegg er det inntatt andre krav, bl.a. i pasientrettighetsloven, som vil begrense mulighetene til markedsføring. Kravene er strengere enn kravene i markedsføringsloven til markedsføring av andre tjenester (2). Det er også nytt at departementet er gitt adgang til å forby bestemte former for markedsføring. Kravene gjelder enhver helsetjeneste og retter seg både mot legen og annet helsepersonell og mot sykehus, sykehjem, private og offentlige røntgeninstitutter, laboratorier mv.

Nøkternt, saklig og riktig

I helsepersonelloven § 13 står det: «Markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig. Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende.»

I forbindelse med markedsføring kan det ikke gis uriktige opplysninger. I tillegg stilles det krav til hvilken informasjon som kan presenteres og hvordan. Selv om informasjonen er korrekt, kan den rammes dersom den er ensidig (2). Også korrekte opplysninger kan villede pasienter/befolkningen, for eksempel ved at det skapes urealistiske forventninger. I vurderingen skal det blant annet legges vekt på om markedsføringen kan bidra til å utnytte befolkningens mangelfulle kunnskap, eksempelvis om det er et misforhold mellom tilbudet slik det fremgår av markedsføringen, påregnelig resultat og eventuelle uheldige skader eller bivirkninger.

I saklighetskravet ligger at informasjon skal ha et begrunnet og saklig fundament som kan bidra til økt kunnskapsnivå hos mottakeren. Det er forsvarlig nøkternt og saklig å informere om virksomheten og hva den kan tilby, i tillegg til adresse, åpningstid og kapasitet.

Det må derimot ikke gis opplysninger om konkurrerende virksomhet som det ikke er grunnlag for. Generelt kan det sies at leger og annet helsepersonell ikke skal undergrave eller svekke tilliten til andre helsetjenester ved sin markedsføring.

Andre bestemmelser som får betydning

I tillegg til den særskilte bestemmelse som gjelder markedsføring, vil legens *taushetsplikt* (§ 21) være til hinder for at visse opplysninger kan benyttes til markedsføring. Legen kan for eksempel ikke filme en konsultasjon som reklame for tjenesten på Internett uten pasientens tillatelse. Legens plikt til å gi pasienter *forsvarlig og omsorgsfull hjelp* (§ 4) vil også legge bånd på hvordan markedsføringen kan utøves.

Restriksjonene i adgangen til å markedsføre helsetjenester må sees i sammenheng med legens (og annet helsepersonells) informasjonsansvar overfor pasienter (§ 10), og

pasientens krav på saklig informasjon for å kunne gi et opplyst samtykke til helsehjelp og til medvirkning, jf. pasientrettighetsloven kapittel 3 og 4. Grunnlaget for pasientens samtykke er at vedkommende har fått kunnskap om egen helsetilstand og om behandlingen. Dette kan illustreres med et eksempel: Dersom pasienten har oppsøkt helsetjenesten og avgitt samtykke på bakgrunn av løfter om et «bedre liv med nye bryster», vil det kunne reises tvil om samtykkets gyldighet. Pasienten skulle i denne situasjonen ha mottatt nøktern og saklig informasjon om egen helsetilstand og helsesituasjon, om inngrepet, herunder om forventede smerter, ubehag, ulemper (om mulighetene til å amme) osv. – og om påregnelige bivirkninger som følge av inngrepet eller knyttet til silikonimplantatet.

Fylkeslegene og Statens helsetilsyn er tillagt ansvaret for å håndheve helsepersonelloven. Det gjenstår å se hvordan dette blir fulgt opp.

– Reidun Førde, Rådet for legeetikk
reidun.forde@legeforeningen.no

– Anne Kjersti Befring, Den norske lægeforening
anne.kjersti.befring@legeforeningen.no

Litteratur

1. Førde R, Hodne Å. Avertissement og annen informasjon om legetjenester – et smertens barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1472–4.
2. Befring AK, Ohnstad B. Helsepersonelloven med kommentarer. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2001: 90–4.

Skal vi fortelle hvem som helst om vår forskrivningspraksis?

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

I dette tilfellet dreier det seg om firmaet Norsk Medisin Informasjon A/S, som samler inn opplysninger om den enkelte leges forskrivning av medisiner, spesifisert på varenavn. Firmaet selger så denne informasjonen videre til legemiddelprodusenter. Opplysningene er knyttet til den enkelte lege, med navn og arbeidssted. Utfylt og returnert skjema blir belønnet med et sett valgfriske premier: flaxlodd, bøker eller abonnement på for eksempel et bilblad. I tillegg får

man delta i trekningen av en større premie, som reise for to til Karibia.

Denne virksomheten finner legen betenkelig ut fra flere forhold:

– Det skal angivelig være stor interesse for denne type informasjon fra produsentenes side.

– Informasjonen vil kunne brukes av firmaene til å belønne enkeltleger som forskriver deres produkter.

– Legene kan skjele til mulig belønning i sin forskrivningspraksis.

– Pasientene kan miste tilliten til at leger forskriver den behandling som er best hvis de legene får belønning for å skrive ut en annen medisin.

Rådet for legeetikk ble bedt om å vurdere om denne praksisen kan og bør stoppes ved hjelp av Legeforeningens etiske regler, og har vedtatt følgende: Denne henvendelsen kommer i tid sammenfallende med en rekke andre medieomtalte episoder der fellesnevneren har vært legenes forhold til den farmasøytiske industri. Rådet for legeetikk har med stor bekymring sett en utvikling med mer aggressiv markedsføring, uklare bindinger mellom leger og industrien og fantasifulle «belønninger» med gaver, middager og reiser. Det kan se ut som mange leger har vansker med å se det etisk betenkelige i å

ingå samarbeid eller motta gaver der den underliggende hensikt er påvirkning av hvilke medikamenter som skrives ut.

Det grunnleggende i lege-pasient-forholdet er tillit. Hvis det er så tette bånd mellom legene og den farmasøytiske industri at befolkningen mer eller mindre med rette mistenker at andre hensyn enn de rent faglige påvirker valg av behandling, står legene nettopp i fare for å miste denne grunnleggende tillit. Legens fremste oppgave er «å ivareta den enkelte pasients interesse og integritet» (kap 1 § 2 Etiske regler for leger).

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

Leger som får ulike henvendelser fra den farmasøytiske industri, enten direkte eller indirekte gjennom Norsk Medisin Informasjon A/S, må spørre seg om motivet bak fo-

respørselen, hva opplysningene skal brukes til, på hvilken måte og hvilke bindinger som er knyttet opp til henvendelsen. Det kan neppe være legenes oppgave å bidra til opplysninger som kan belønne en bestemt praksis og bedre firmaenes markedsføringsstrategi.

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

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

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

– Jo Telje, Rådet for legeetikk

Psykisk helsevern i moderne tid



Munk-Jørgensen P, Perto G

De farlige psykiatriske tal

118 s, tab, ill. København: Munksgaard, 2000. Pris DKK 178
ISBN 87-16-12344-1

Forfatterens utgangspunkt er data fra Det Psykiatriske Centralregister i Århus, Danmark. Povl Munk-Jørgensen er sjef for den forskningsenheten som bl.a. forestår drift av dette registeret. Han er også redaktør i fagtidsskriftet *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Gurli Perto har utdanning innen data og forestår den daglige drift og utvikling av registeret. Dette registeret er landsdekkende og unikt. I boken gis vesentlig data fra tidsrommet 1978–99, med diagnoser, antall pasienter behandlet ambulant og i døgninstitusjoner, antall liggedøgn, reinnleggelses samt antall institusjonsplasser i de forskjellige fylker og på landsbasis.

Antall døgnplasser i psykiatrien er halvert fra 1978 til 1999, mens det bare er 13 % nedgang i antall innleggelses. Dette betyr bety-

delig kortere liggetid og stigende overbelegg. Praktisk talt alle innleggelses i psykiatrien i Danmark er nå akutte. Dette fører til overbelastede akuttavdelinger. Antall ambulante kontakter i tidsrommet 1996–99 har vært jevnt økende, men stadig blir 11 % av disse pasienter, og hele 23 % av de schizofrene pasientene, behandlet på psykiatrisk skadestue (psykiatrisk legevakt).

De schizofrene pasientene utgjør også et stadig større antall reinnleggelses enn tidligere. Dersom man definerer svingdørspasienter som de som har minst ti innleggelses på fem år, finner man 1,4 % med en median alder på 28 år ved første innleggelse. Disse pasientene kumuleres i systemet. Forfatterne påpeker hvilken gedigen oppgave den ambulante psykiatrien har overfor de schizofrene pasientene og at en ny generasjon langtidssyke med behov for langvarig innleggelse stadig oppstår. De nevner også den store overdødeligheten av selvmord og den betydelige underrapportering av somatiske sykdommer hos de psykiatriske pasientene.

Forfatterne hevder at distriktpspsykiatri

snart blir en parentes i den psykiatriske historien. I fremtiden ser de for seg at store deler av psykiatrien og nevrologien sammensmeltes i nevropsykiatri, hvor det samarbeides med nevrobiologi, genetik, nevroimmunologi, endokrinologi og nevrordiologi. Det argumenteres således for opprusting av psykiatrien som medisinsk fag og samtidig understrekes det at klinisk kommunikasjon, terapeutisk holdning og psykososial behandling bør læres også av dem som praktiserer «somatiske» fag. I boken argumenteres det for en akademisk høyverdig institusjonspsykiatri som kan evaluere og videreutvikle behandlingsprogrammer.

Boken er illustrert med gode kliniske vignetter og bør leses av alle som er involvert i planleggingen av det psykiske helsevern, samt behandlerne.

Stein Oppjordsmoen
Avdeling for akuttpsykiatri
Ullevål universitetssykehus