

# Beretning 1.7. 2000–30.6. 2001

## Rådet for legeetikk

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

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

Varamedlemmer:

Kliniksjeff Tore Grønmark  
Praktiserende spesialist Solfrid Kjus

Advokat Åsmund Hodne er Rådets sekretær.

Rådet har i perioden i alt avholdt fem ordinære møter og behandlet 53 saker. Rådet har forsøkt å trekke ut saker til denne beretning som det antar har generell og prinsipiell interesse. En del saker vil således ikke bli omtalt.

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

### 1 Regler for attestutstedelser

#### 1.1 Legers opplysningsplikt i erklæringer til forsikringsselskap

Et forsikringsselskap har innlevert en klage til Rådet på lege B.

Bakgrunnen for klagen er en legeerklæring B har utferdiget i 1996 til forsikringsselskapet. Klager hevder at innklagede lege bevisst har fortiet opplysninger om pasienten som – hvis de hadde fremkommet – ville ha ført til at pasienten ikke hadde fått tegnet den forsikring som er blitt gitt av selskapet.

I sin klage henviser selskapet til etiske regler for leger kapittel I, § 12, hvor det bl.a. heter: «En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en urettrettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel», og til etiske regler for leger kapittel IV, § 4, hvor det bl.a. heter: «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.»

Selskapet har i sin klage gitt slik saksfremstilling av hendelsesforløpet: Den aktuelle pasient fylte i 1996 ut en egenerklæring om helse i forbindelse med søknad om forsikring. I denne opplyser han at han har vært behandlet for gallestein sommeren 1995 av lege B.

På bakgrunn av opplysningene om gallestein ble lege B tilskrevet fra selskapets side. I brevet fra hovedlegen til innklagede lege bes det opplyst «hvilken diagnose som ble stilt og hvordan sykdommen forløp. Kjenners De til helsemessige forhold for øvrig som kan

ha betydning for bedømmelsen av forsikringsøknaden?»

I den påklagede leges legeerklæring uttales bl.a.: «Pasienten er .... Han har i lengre tid hatt sur dyspepsi og høsten 1995 fikk han økende problemer med smerter i epigastriet. Innlagt i sykehus i ... 1995. Ved gastroskopi ble det påvist hiatushernie og refluksøsofagitt. Hadde patologiske leverprøver, ellers ikke funnet patologiske funn. Noe sikker gallegangskonkrement i gallegangen ble ikke påvist. Han har senere hatt noe dyspepsi, men ikke tilsvarende magesmerter og har ikke vært sykmeldt det siste året.»

I 2000 fremmet den forsikrede krav overfor selskapet om utbetaling av uførepensjon/uførekapital. I egenerklæringen er det opplyst at «kronisk pankreatitt og diabetes» er årsaken til arbeidsuførheten.

Forsikringsselskapet tilskrev etter dette innklagede lege og bad om supplerende opplysninger. Innklagede lege sendte selskapet kopi av journalnotater. Fra disse journalnotater siterer selskapet i sin klage en del informasjon. Informasjonen som vektlegges, er knyttet til journalnotater fra 1989, 1990, 1993 og 1995.

Journalnotatene fra 1989 omtaler at pasienten har vært innlagt ved en A-klinikk og at han i en periode har gått på antabus.

Notatet fra 1990 uttaler at pasienten har fått råd om å avholde seg fra alkohol, samt benytte skånekost. Det andre notatet fra 1990 refererer til at pasienten har fått en muntlig advarsel på grunn av fravær grunnet alkoholbruk.

Notatet fra 1993 omtaler at pasienten er plaget av intensjonstremor hvis han er ute i selskap eller i forsamlinger.

Notatene fra 1995 omtaler at legen har registrert alkohollukt av åndedrett og at legen har bestilt ultralyd av galleveier, at det har vært tatt transaminaser og amylaser som var normale, men med litt forhøyet gamma GT, at pasienten er blitt oppfordret til å ivareta de vanlige regler om sterk mat, alkohol, tobakk og stress, og endelig at han er blitt «pålagt avholdenhet fra alkohol og forsøkt motivert til å slutte å røyke.»

Innklagede lege fremhever i sin uttalelse til Rådet at han ikke kan sies å ha brutt etiske regler for leger, kapittel IV, § 4 og kapittel I, § 12, som påstått fra klagernes side. Han begrunner dette bl.a. som følger: «Mitt kjennskap til pasientens alkoholforbruk begrenser seg til tre episoder som ligger 6–9 år forut for legeerklæringen til forsikringsselskapet i 1996. Jeg har heller ingen detaljerte opplysninger fra disse episodene om grad eller varighet av misbruk. Bortsett fra notatet om alkohollukt fra åndedrettet i 1995, har jeg ikke mellom 1990 og 1996 mottatt sikre indika-

sjoner på at pasienten hadde et alkoholoverforbruk. Han har ikke fått advarsel pga. alkoholbruk i denne tiden, og vi har overhodet ikke registrert sykefravær mellom 1990 og 1996 (bortsett fra de beskrevne to tilfeller pga. dyspepsi i 1996). Bortsett fra en kort antabusbehandling i 1989 har jeg ikke hatt noen rolle som behandlende lege av noe for meg kjent alkoholproblem eller alkoholrelatert sykdom. Etter 1996 har min kontakt med pasienten vesentlig bestått i hjelp med bedriftsintern omplassering til dagtidsjobb.

Ved utstedelse av legeerklæring vurderte jeg det slik at de sikre opplysninger jeg hadde om pasientens alkoholbruk, var gamle og ikke lenger aktuelle. Etter mitt skjønn var de derfor ikke relevante å ta med i legeerklæringen, så lenge jeg ikke hadde kunnskap om eller sikre holdepunkter for pågående misbruk eller alkoholbetinget sykdom.»

Partene har kommentert saken to ganger. I den siste kommentar fra forsikringsselskapet fremheves at innklagede lege, etter dets skjønn, må ha hatt større mistanke eller kunnskap om øvrige viktige helsemessige forhold enn det som fremkommer av hans erklæring.

Det uttales også at innklagede lege «burde vite at opplysninger om langvarig, høyt alkoholbruk, som gir helseplager, er relevant helseinformasjon. Lege B må ha hatt mistanke om, eller kunnskap om, at ... har hatt et høyt alkoholforbruk tett opp til tegnningstidspunktet. Etter selskapets mening burde lege B ha betraktet denne informasjon som relevant for selskapet.»

Det fremkommer ingen nye opplysninger eller synspunkter i innklagede leges siste uttalelse til Rådet.

Rådet **vedtok** å uttale:

Innledningsvis vil Rådet understreke viktigheten av at enhver legeerklæring bygger på de relevante fakta legen har kunnskap om og en samvittighetsfull faglig vurdering.

Legeerklæringen skal gi «tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt», jf. etikkreglens kapittel IV, § 4. Hva som i det enkelte tilfellet ansees som «tilstrekkelig informasjon», er en faglig vurdering. Rådet er enig med innklagede lege i at en pasient som har lite sykefravær i jobb over flere år, ikke vekker mistanke om alkoholmisbruk. Videre er Rådet enig i at det er rimelig å oppfordre til forsiktighet med tobakk og alkohol hos en pasient med dyspepsi, slik det ble gjort hos denne pasienten, uten at det i seg selv behøver oppfattes som at legen har innsett et alkoholmisbruk hos pasienten.

I dette tilfellet finner Rådet at det ikke ville vært urimelig om mistanke om at pasienten hadde et alkoholproblem, var blitt vakt. Pasienten hadde noen år før vært til behandling

for et alkoholproblem og han hadde fortsatt fått påvist forhøyede verdier av gamma GT over lengre tid. Videre hadde legen registrert alkohollukt fra munnen under et legebesøk et års tid før attesten ble skrevet. Disse forhold gir imidlertid ikke noe sikkert bilde av kontinuerlig alkoholmisbruk.

Hvis opplysninger om et mulig alkoholproblem i dette tilfellet var blitt gitt, måtte det vært gjort ved å angi mistanke om forholdet. Legen måtte samtidig ha anført at det etter hans mening ikke fantes sikre holdpunkter for et alkoholmisbruk. På denne måten ville ikke informasjon kunne bli oppfattet av selskapet som forsøkt holdt tilbake, samtidig som legen ikke hadde gitt flere opplysninger enn det han faglig sett kunne stå bak.

## 1.2 Klage på legeerklæring

A har innlevert en klage på overlege B.

I uttalelse overfor Rådet påpekte overlegen at klagen relaterte seg til den samme erklæring som en psykolog tidligere hadde innklaget ham for til Rådet. Rådet tok imidlertid ikke den tidligere saken opp til behandling, da den i det vesentligste ble ansett å angå de medisinsk-faglige vurderinger og synspunkter som var gjort gjeldende i spesialisterklæringen fra overlegen. I den nye klagesaken fremhevet klager tre bestemmelser i etiske regler for leger som klager påstod at den innklagede lege hadde overtrått.

Det var fem år siden vedkommende psykolog leverte inn sin klage på grunnlag av den omtalte spesialisterklæringen.

Overlegen gjennomgikk i sin uttalelse til Rådet de påstander som klager fremsatte og avviste at han ved sin spesialisterklæring hadde overtrått de bestemmelser i etikkreglene som klager trakk frem.

Rådet **vedtok** å uttale:

«Rådet konstaterer at overlege B har avgitt sin spesialisterklæring på anmodning fra vedkommende trygdekonto. Spesialisterklæringen innledes da også med en henvisning til trygdekontoets forespørsel og refererer til at trygdekontoets ønske er å få vurdert en rapport som psykolog ... har avgitt til trygdekontoet.

Den kritikk som overlegens spesialisterklæring uttrykker i forhold til erklæringen fra psykologen, kan i forhold til etiske regler for leger ikke oppfattes som sjikane. Erklæringen tilkjennegir imidlertid en faglig kritikk av psykologens erklæring og undersøkelsesmetoder i en sterk, men fullt ut akseptabel form.

I den aktuelle sak var det intet som tilsa at overlegen ikke kunne utforme sin spesialisterklæring bare på grunnlag av det skriftlige materialet han var bedt om å vurdere.

Klagen tas ikke til følge.»

## 1.3 Utfylling av legeerklæring

En allment praktiserende lege har henvendt seg til Rådet i anledning følgende: En pasient

kommer til legens kontor for å få utfylt en legeerklæring på bakgrunn av at hun skal søke om å få arbeide med «Jesus Alive Ministry» i Afrika. Dokumentet er benevnt Physician's Statement.

I legeerklæringen finnes det spørsmål vedrørende søkers HIV/AIDS-status og seksuelle legning, dvs. vedrørende homoseksuell/lesbisk legning. Disse spørsmål forsettes i legeerklæringen reist av legen og pasientens svar forsettes innfylt i legeerklæringsskjemaet av legen.

Skjemaet forutsetter at legen først skal avklare med «pasienten» om vedkommende er villig til å besvare både spørsmålsstillingen om HIV/AIDS og spørsmålsstillingen om seksuell legning.

Allmennpraktiserende lege fant det vanskelig å fylle ut skjemaet. Han bad derfor først vedkommende fylkeslege om en betenkning vedrørende lovligheten av å stille slike spørsmål.

Fylkeslegen svarer som følger: «Det fremgår av formularet at den enkelte søker selv kan velge om man er villig til å svare på spørsmål om seksuell legning og HIV/AIDS. Forutsatt at pasienten selv samtykker til det, kan Fylkeslegen ikke se helserettslige problemer med å avgi en slik legeerklæring.»

Legen fyller etter dette ut skjemaet, samtidig som han oversender saken til Rådet med anmodning om at den belyses i relasjon til Legeforeningens etiske regler.

Rådet **vedtok** å uttale:

«Som fylkeslegen fremhever, er pasientens samtykke for det første avgjørende for om legen skal føre svar på de omtalte spørsmålene inn i legeerklæringsskjemaet.

For det andre er det etter Rådets syn også et spørsmål om legen selv vil medvirke til utfylling av en slik attest med pasientens samtykke, idet seksuell legning prinsipielt ikke er et helseanliggende. Hvis legen av samvittighetsgrunner kommer til at han/hun ikke kan medvirke, må legen gis aksept for dette standpunkt. I så fall bør legen foreslå annen lege for «pasienten». Den delen av skjemaet som angår rent medisinske spørsmål, vil legen kunne fylle ut uansett.

Rådet har forståelse for at legen har vært i tvil, men finner ikke at det er noe å bebreide legen for at han bistod «pasienten» med total utfylling av legeerklæringsskjemaet.»

## 2 Klager på leger

### 2.1 Klage over legeuttalelser vedrørende nedleggelse av sykehusenhet

Det har blitt innlevert en klage til Rådet på uttalelser en overlege har kommet med gjennom media vedrørende nedleggelse av en sykehusenhet.

Rådet **vedtok** å avgi følgende uttalelse overfor klager:

Denne sak knytter seg til en pågående debatt om organisering av sykehustjenester i et fylke. Som ... har en lege både et rettmessig

ansvar og plikt til å engasjere seg i spørsmålet om ressursfordelingen i denne sammenheng.

Ved tilsvarende klager på leger har Rådet tidligere uttalt at det er ønskelig at foreningens medlemmer deltar i den helsepolitiske debatt og at det skal være «høyt under taket» for meningsutveksling innenfor Den norske lægeforening. Medlemmene har imidlertid en forpliktelse til å etterleve etiske regler for leger, bl.a. bestemmelsen i regelverkets kapittel II, § 5, hvor det heter: «Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan.»

Det vises også til etiske regler for leger, kapittel I, § 12, annet ledd hvor det heter: «Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer.»

Rådet finner at bestemmelsene ikke er overtrådt. Rådet har derfor heller ikke funnet det naturlig å utrede saken nærmere.

### 2.2 Klage over å ha blitt avvist som pasient

A har henvendt seg til Rådet for legeetikk på bakgrunn av følgende: A har hatt kneproblemer i flere år med to tidligere meniskoperasjoner i 1996 og 1997. Til tross for operasjonene opplevde klager økende smerter og problemer med knærne.

I 1999 ble A kjent med at en lege ved Gothenburg Medical Center utførte bruskelletransplantasjon ved brusklidelser i knær. Klager var til undersøkelse hos en lege ved senteret og han uttalte at mulighetene for en vellykket behandling ved bruskelletransplantasjon kunne være til stede.

Kort tid etter forundersøkelsen i Göteborg ble klager kjent med at et forskningsprosjekt på bruskelletransplantasjon med 40 pasienter skulle igangsettes i Norge, bl.a. ved ... sykehus. For om mulig å komme med i dette prosjektet, fikk klager sin primærlege til å sende søknad om dette til ... sykehus ved overlege B.

Overlege B besvarer primærlegens søknad således: «Det fremgår av operasjonsbeskrivelsen at pasienten har langtkommen degenerative forandringer i kneet. Dette er en kontraindikasjon mot nevnte metode. I tillegg er pasienten i en alder der det sterkt frarådes å forsøke dette fordi cellene har gått gjennom så mange delinger at det er svært usikkert om de fortsatt har noen delingskapasitet og vil gro. Således er det dobbelt grunn til å avslå dette behandlingstilbud til denne pasienten, og man kan vanskelig forstå at det kan være annet enn pekuniære interesser som er årsak til at man er villig til å tilby dette mot kontant betaling i Sverige. Vi har således ikke noe tilbud av denne typen for en pasient som dette.»

Etter dette henvendte pasienten seg tilbake til Gothenburg Medical Center. Klager ble der operert og det ble gjort en bruskelletransplantasjon.

Under henvisning til foranstående avslutter A sin henvendelse til Rådet som følger: «Insinuasjonen om dr. ... «pekuniære interesser» er gitt mot bedre vitende i den hensikt både å skade en kollega og en pasient for ikke å måtte røpe at vi her hjemme stadig sakker akterut i den medisinske forskning og utvikling. En mer adekvat uttalelse ville ha gjort det lettere å få tilskudd til gjennomføringen av operasjonen i utlandet. Ønsket om et tilskudd til den hjemlige pasientbase synes å ha hatt høyere prioritet. Rådets reaksjon i saken imøtesees».

Rådet behandlet saken i to møter. Etter det første meddelte Rådet klager A at det ville vurdere den del av klagen som ble knyttet opp mot overlege Bs uttalelse om at «man kan vanskelig forstå at det kan være annet enn pekuniære interesser som er årsak til at man er villig til å tilby dette mot kontant betaling i Sverige». Rådet presiserte imidlertid at innklagede lege hadde gitt en rent faglig-medisinsk begrunnelse for avslaget om å gi klager det aktuelle behandlingstilbud. Da Rådet ikke har som oppgave å gå inn i vurderingen av legers faglig-medisinske begrunnelse for beslutninger og handlinger, fikk klager beskjed om at denne del av saken ikke ville bli tatt opp til behandling.

På det foran beskrevne grunnlag ble saken forelagt innklagede lege til uttalelse.

Innklagede lege B gav en meget grundig faglig begrunnelse for hvorfor angjeldende pasient ikke fikk imøtekommet sin søknad om å bli med i forskningsprosjektet på bruskelletransplantasjon. Overlegen konkluderte sin uttalelse bl.a. således: «På meget velfundert grunnlag ble det informert for hvorfor den etterspurte behandlingsmetode ble funnet uegnet. Det er svært vanskelig å se for seg en faglig fundert argumentasjonsrekke som taler for den behandlingen pasienten fikk i Sverige, og på bakgrunn av den massive markedsføring som har funnet sted for denne behandlingsmetode, mener jeg det er svært viktig å påpeke at andre forhold enn de rent medisinske kan spille en rolle for indikationsstillingen. Mine intensjoner var de aller beste; å spare pasienten for unødige lidelser og økonomiske utlegg. Det er mulig at ved en kritisk gjennomgang kunne ordvalget vært bedre, men poenget står jeg urokkelig fast ved og det er ikke alltid like lett å ordlegge seg både kortfattet og klart.»

Rådet **vedtok** å uttale:

«Som tidligere fremhevet går Rådet ikke inn i den faglig-medisinske del av saken.

Rådet vil fremheve at de forskjellige vurderinger som overlegen gjør seg, inngår som en naturlig del av en pasients journal. Jo mer kontroversielt et inngrep er, desto mer forståelig er det at en lege også ser på omkostningene ved inngrepet. En av intensjonene ved en bestemmelse i etiske regler for leger er faktisk at slike vurderinger blir gjort. Det siktes til etiske regler for leger, kapittel I, § 7, hvor det bl.a. sies: «En lege må ikke utnytte

en pasient verken økonomisk, religiøst eller på annen måte.»

Rådet er imidlertid enig med både klager og innklagede lege i at han – hva angår hans refleksjoner over de økonomiske sider ved inngrepet – kunne ha ordlagt seg noe annerledes, for derved bedre å ha fått frem at det var hensynet til pasienten som var drivkraften også bak denne del av avslagsbrevet.»

### 2.3 Lege ansatt i trygdeetaten som sakkyndig i rettssak mellom lege og trygdeetaten

En lege, A, har vært innkalt som sakkyndig vitne i en lagmannsrettssak mellom et av Legeforeningens medlemmer og staten. Lege A har reagert på at en av de to av retten oppnevnte sakkyndige legene var ansatt i trygdeetaten. Lege A fremhevet videre i sin henvendelse til Rådet at vedkommende trygdeleges øverste sjef også medvirket i rettssaken.

Lege A bad Rådet vurdere om den sakkyndige lege på denne bakgrunn «brøt med grunnleggende etiske normer legene imellom».

Rådet **vedtok** å uttale:

«Ved vurderingen av denne sak har Rådet hatt for hånden en kjennelse avgitt av Gulathing lagmannsrett ... Lagmannsrettsbehandlingen gjaldt en begjæring om utelukkelse av en allerede oppnevnt sakkyndig, nemlig den sakkyndige som lege A omtaler i sin henvendelse til Rådet. Lagmannsretten var bedt om å avklare om vedkommende sakkyndige var inhabil.

Retten fremhever i sin saksgjennomgang at også den andre sakkyndige hadde tilknytning til trygdeetaten, idet denne var kollega for diverse trygdekontorer.

Av lagmannsrettskjennelsen fremgår også at den sakkyndige, som lege A reiser spørsmål om i sin henvendelse til Rådet, selv muntlig hadde tatt sin relasjon til trygdeetaten opp med den dommer som forestod hovedforhandlingen, og senere under hovedforhandlingen.

De juridiske regler om habilitet fastslår at en er ugild bl.a. når en selv er part i saken, når en står i et bestemt slektskap eller familieforhold til den part saken angår, eller «når andre særegne forhold foreligger som er egnet til å svekke tilliten til ens upartiskhet».

Etiske regler for leger har ingen særlige bestemmelser om habilitet, idet dette ikke har vært nødvendig slik de juridiske regler er utformet, jf. ovenfor.

Spørsmålet om habilitet som sakkyndig for en domstol må vurderes av partene og eventuelt avgjøres av en domstol. I den aktuelle sak har en overordnet domstol selv prøvd habilitetsspørsmålet for den ene sakkyndige. Domstolen har konkludert med at den sakkyndige ikke kan ansees som inhabil.»

### 2.4 Klage på legeoppptreden – «en uforglemmelig legetime»

A har innlevert en klage til Rådet på privatpraktiserende lege B. Bakgrunnen for klagen er følgende: Klager har skriftlig henvendt seg til legen og bedt om en time. Hun meddelte et ønske om å få tatt en «ny celleprøve, en sjekk av kondylomene som jeg har med eventuell påsmøring/tips med hensyn til fjerning av dem». Hun har i sin skriftlige henvendelse også fremhevet at hun for et halvt år siden hadde en negativ celleprøve og for ca. 1 1/2 år siden en positiv.

Pasienten hevder å ha kommet til legekontoret noen minutter før hun hadde fått time. Etter å ha fått målt blodtrykk av sekretæren og besvart enkelte standardspørsmål, måtte klager på toalettet. Hun møtte legen et par minutter forsinket, etter eget utsagn, i forhold til bestilt time.

Klager fremhever at legen skal ha møtt henne med at hun hadde stått og ventet på henne i fire minutter. Legen skal videre ha hevdet at pasienten nå hadde brukt opp fem minutter av det kvarteret hun hadde satt av til hver pasient. Legen skal videre ha tilkjennegitt overfor pasienten at hennes dag nå var blitt «ødelagt».

Pasienten skal etter dette ha beklaget og gitt uttrykk for at hun på nytt måtte på toalettet med tanke på den forestående gynekologiske undersøkelse. Legen skal da overfor pasienten ha gitt uttrykk for at denne ikke bare kunne komme til et legekontor og kreve at man skulle få tatt prøver når man til enhver tid måtte ønske det. Etter dette skal pasienten ha reist seg og forlatt legekontoret gråtende.

Saken er forelagt legen som i tilsvaret til Rådet bekrefter at pasientens fremstilling av hendelsesforløpet stort sett er korrekt.

Legen fremhever at det å bli forsinket av en pasient allerede i starten av dagen, når det er avsatt 15 minutter til hver konsultasjon, fører til at «forsinkelsen bare øker på». Dette betyr igjen en stresset dag for legen.

Legen fremhever videre at «under en normal konsultasjon» ville hun ikke hatt vanskeligheter med å forklare en pasient at det var unødvendig å be om gynekologisk undersøkelse for å få tatt celleprøve på nytt etter et halvt år. I denne konsultasjon, sier legen videre, hadde det imidlertid «skåret seg før vi kom så langt».

Legen avslutter sin redegjørelse for Rådet med en beklagelse over at hun «gav uttrykk for min irritasjon over pasientens forsinkelse med de følger det ville få for resten av dagen, og jeg beklager at pasienten tok det ille opp».

Rådet **vedtok** å uttale:

«Den aktuelle pasient har skriftlig varslet legen før konsultasjonen hvorfor hun ønsket en ny gynekologisk undersøkelse. Hvis legen på forhånd var imot å foreta undersøkelsen fordi det ikke var gått minst et år siden siste gynekologiske undersøkelse og fordi legen selv

ikke hadde funnet grunnlag for å innkalle til slik ny undersøkelse, kunne dette vært meddelt pasienten. Når legen valgte å ta imot pasienten, har dette intet med noen form for overstyring av legens faglige skjønn.

Selv om Rådet har forståelse for legens vektlegging av å holde timeplanen, må enhver praktiserende lege i sin dagstimeplan legge inn en forutsetning om at uforutsette ting kan skje, også forårsaket av pasienter på kontoret.

Rådet finner det lite profesjonelt av legen å diskutere med pasienten sine egne kontoradministrative rutiner og problemer. Rådet har forståelse for at pasienten har funnet legens opptreden i den aktuelle sak arrogant og uten manglende respekt for pasientens beskyrmring.

Rådet finner at legen ved denne anledning ikke har opptrådt i samsvar med 2. punktum i kapittel I, § 2, i etiske regler for leger hvor det heter: «Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt.»

Rådet finner å måtte beklage legens opptreden.»

## 2.5 Klage på legeuttalelse

Styret i Norsk overlegeforening har bedt Rådet for legetikk «se på avisoppslaget i Aftenposten 10.3. 2000 der professor emeritus dr.med. Peter F. Hjort forhåndsdommer en kollega i en sak som er under politietterforskning». Norsk overlegeforening skriver videre i sin henvendelse til Rådet: «Det er forhåndsdommen vi ønsker at dere ser på. Selve saken har vi ingen spesielle forutsetninger for å ha meninger om og finner det ikke nødvendig i denne sammenheng.»

Rådet har forelagt klagen for Peter F. Hjort. Han har kommentert klagen overfor Rådet i to skriftlige uttalelser.

Etter å ha mottatt uttalelsene fra Peter F. Hjort har advokat Johan Hjort meldt seg som juridisk rådgiver for Peter F. Hjort. Advokat Hjort har i to skriftlige redegjørelser for Rådet fremført momenter som han finner av vesentlig betydning for Rådets bedømmelse av saken.

Uttalelsene fra henholdsvis professor emeritus dr.med. Peter F. Hjort og advokat Johan Hjort er forelagt Norsk overlegeforening. I tilsvaret sier Norsk overlegeforening bl.a.: «Vi finner det imidlertid merkelig at Rådet ber om kommentarer fra oss. Vi har klart gitt uttrykk for at vår henvendelse gjelder offentlig forhåndsdomming av en kollega som er under politietterforskning. Dette er gjort ut fra opplysninger som ikke er offentlig tilgjengelig.» «...Vi mener at forhåndsdomming er galt uavhengig av om det viser seg at forhåndsdommen var riktig eller ikke...»

Både innklagede lege Peter F. Hjort og hans advokat Johan Hjort møtte for Rådet og utdypet i møtet muntlig sine synspunkter.

Peter F. Hjort summerte opp saken sett med hans øyne og fremhevet tre synspunk-

ter som han fant burde være av betydning for vurderingen av klagen, nemlig:

«For det første var vår kollega formelt sett ikke under politietterforskning på det tidspunkt da jeg uttalte meg.

For det andre er Bærums-saken så viktig at den har krav på offentlig debatt, og det er viktig at leger har klare meninger om et så sentralt spørsmål.

For det tredje har mange leger deltatt i avisdebatten til støtte for Bærums-legen uten at Norsk overlegeforening har anmeldt dem. Både juridisk og etisk må det være rom for uenighet i en offentlig debatt. Hvis ikke, får vi en ensretting av debatten.»

Advokat Hjort fremhevet de samme synspunkter som Peter F. Hjort og gav en utdyping av disse. Rådet festet seg særlig ved advokatens påpeking av nødvendigheten av å vektlegge følgende momenter når en relaterer saken til etiske regler for leger: Debatten om aktiv/passiv dødshjelp er av stor samfunnmessig viktighet. I denne debatten er det naturlig å trekke frem etiske regler for leger, kapittel I, § 5, som fremfører Legeforeningens holdning til temaet.

Debatten om den konkrete sak har pågått i lang tid og er ikke reist av Peter F. Hjort. Han svarte kun på en henvendelse fra Aftenposten. Hjorts primære målsetting for å medvirke var ønsket om å få rettet fokus på at det var en gråson mellom god, lindrende behandling og aktiv dødshjelp. I denne gråsonen ønsket Hjort å fremheve at man hadde behov for nasjonale retningslinjer.

Etiske regler for leger, kapittel I, § 11, oppfordrer også medlemmer av Den norske lægeforening til å engasjere seg i den offentlige debatt om medisinske spørsmål. Bestemmelsen uttaler: «En lege bør etter sine forutsetninger medvirke til at allmennheten og myndighetene får saklig informasjon om medisinske spørsmål.»

Formen som Peter F. Hjort har benyttet i sitt svar på journalistens spørsmål, kan ikke sies å bryte med saklighetskravet i den siterte bestemmelse.

Peter F. Hjort kan ikke gjøres ansvarlig for avisens valgte overskrift, ei heller for artikkelens ingress. Advokat Hjort gikk spesifikt inn på forholdet mellom ytringsfriheten og Legeforeningens etiske regler for leger. Han hevdet at ytringsfriheten også inkluderer temaene ytringsmot og ytringsplikt. Legeforeningens etiske regler forutsetter en avveining mellom hensynet til kollegialitet og retten/plikten til å delta i den offentlige debatt.

Utover de kollegiale regler som er referert foran, trakk advokat Hjort også frem Legeforeningens formålsparagraf, idet han refererte til foreningens lover, § 1, punkt F. Det heter her at en av organisasjonens oppgaver er «å arbeide med helsepolitiske spørsmål». Advokaten hevdet at avveingshensynet var ivaretatt av Peter F. Hjort sett i lys av det overordnede mål han hadde med sin medvirkning, nemlig å få påpekt behovet for å få

frem nasjonale retningslinjer til avklaring av grensen mellom den lindrende behandling og den aktive dødshjelp.

Advokat Hjort påpekte bl.a. avslutningsvis at hvis etikkreglene begrenser legenes ytringsfrihet i forhold til offentlig-rettslige regler, stiller medlemmer av Den norske lægeforening dårligere enn andre med hensyn til retten til å delta i den offentlige debatt.

Både professor emeritus dr.med. Peter F. Hjort og advokat Johan Hjort konkluderte med at det fra Rådets side ikke kunne foreligge grunnlag for å fremkomme med kritikk i den aktuelle sak.

Rådet **vedtok** å uttale:

«I Aftenpostens artikkel 10.3. 2000 under overskriften «Aktiv dødshjelp brukt i Bærum» fremkommer Peter F. Hjort med utsagn som Norsk overlegeforening har oppfattet som «forhåndsdomming» av en kollega.

Etiske regler for leger har ikke tatt opp i seg eksplisitt en regel som omtaler denne problemstillingen. Derimot har reglene bestemmelser som oppfordrer medlemmene av Legeforeningen til aktiv medvirkning i den offentlige debatt om medisinske spørsmål. Reglene forutsetter imidlertid at det utvises saklighet.

Opp gjennom årene har Rådet ved flere anledninger håndtert saker hvor det ble stilt spørsmål om selve det offentlige engasjement var kritikkverdigg, og hvor forholdet mellom det offentlige engasjement og kravet til saklighet har vært drøftet.

Som eksempler på slike saker nevnes: I beretningen fra Rådets virksomhet i perioden 1.5. 1985–30.4. 1987, gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 14/1987, side 1275–76, omtales under kapittel Ic en sak hvor en av landets store aviser hadde hatt en serie artikler om helsepolitikk og helseøkonomi med særlig vekt på privatisering. Som et ledd i denne serie var en professor blitt intervjuet. Deler av dette intervjuet ble kritisert av en kollega og Rådet uttalte bl.a.: «Rådet har ved tidligere anledninger i relativt likeartede saker uttalt at det skal være «"høyt under taket» i Legeforeningen for medlemmenes anledning til å ytre seg, bl.a. i helsepolitiske debatter. Det Rådet har vurdert, er særlig saklighetsinnhold og form. Det har også fra tid til annen påpekt som uheldig uttalelser som er gitt en så generell form at de utilsiktet må oppfattes å ramme negativt grupper av leger.»

I Rådets beretning for 1.6. 1995–30.6. 1996, gjengitt i Tidsskrift nr. 23/1996, er henholdsvis på side 2831 og 2832 omtalt to saker som Rådet også vil fremheve. Den ene er omtalt under kapittel IV Tvister mellom leger, punkt 4.2, den andre under punkt 4.4.

Den første saken omtaler en klage på en kollegas uttalelser i et TV-program om «elektrokonvulsiv terapi». Rådet vedtok bl.a. å uttale: «Det er prisverdig av både klager og innklagede lege å si seg villig til å delta i åpne debatter om slike vanskelige temaer som det her

omtalt. De oppfyller begge på denne måten intensjonen med etiske regler for leger, kapittel I, §10, andre punktum, hvor det heter: «En lege bør etter sin kompetanse bidra til utvikling og formidling av den medisinske viten.»

Den faglige uenighet som er kommet til uttrykk mellom partene, er fullt ut akseptabel å fremføre også i åpen debatt. I forhold til etiske regler for leger kan dette utleses av bestemmelsen i kapittel II, § 5, som omtaler offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål. Bestemmelsen legger ingen bånd på en leges mulighet til å tilkjenne faglig uenighet med en annen kollega. Det bestemmes derimot krever av begge parter, er at man fremfører sin faglige uenighet i en saklig form.»

Den andre saken angår uenighet mellom kolleger som de tilkjenner gjennom avisintervjuer. Saken hadde sin bakgrunn i et undervisningsopplegg om abort rettet mot ungdom.

Rådet vedtok bl.a. å uttale: «Den relevante bestemmelse i etiske regler for leger for å vurdere klager over kollegers presseuttalelser var inntil 1992 § 3 i kapittel II. Denne sa: Uenighet mellom leger i faglige og kollegiale spørsmål må holdes på et saklig plan. Den må ikke bringes frem for offentligheten på en slik måte at den er egnet til å skade legestandens anseelse og interesser.

I 1992 ble kapittel II endret og den relevante paragraf er nå § 5 som lyder: Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål må holdes på et saklig plan.

Begrunnelsen for at bestemmelsen fikk en ny utforming, var først og fremst at det ble ønsket en klar markering av at leger må kunne gå inn i offentlige og andre debatter med kolleger uten at hensyn til standen som helhet skal være begrensende. Den gamle bestemmelse kunne oppfattes som en innskrenking av den alminnelige ytringsfrihet. Både foreningen og Rådet har ment at det skal være «høyt under taket» i Legeforeningen for medlemmers deltakelse i bl.a. helsepolitiske debatter. Fortsatt stilles imidlertid krav til saklighetsinnhold og form. ....

Saklighetskravet i § 5 i etiske regler for leger, kapittel II, kan etter Rådets syn ikke strekkes så langt at det hindrer enhver form for karakteristikk av en debatt, en debattform eller en meddebattant. Hvor grensen skal gå er skjønsmessig og er avhengig bl.a. av i hvilken grad den andre part har provosert og av temaet for debatt.»

Av foranstående gjennomgang fremgår at etikkreglene ikke er ment å skulle begrense den alminnelige ytringsfrihet for medlemmer av Legeforeningen. Etikkreglene stiller imidlertid krav til saklighetsinnhold og form.

Det at Peter F. Hjort engasjerer seg i det prinsipielle temaet som reises gjennom Bærrums-saken, er ikke å bebreide ham. Hjort fortjener derimot anerkjennelse for sitt engasjement i temaet «dødspleien». Knapt noen lege har synliggjort sitt engasjement i

dette temaet gjennom handling, skrift og tale bedre enn ham.

Skulle Peter F. Hjort ha unnlat å medvirke i avisintervjuet med Aftenposten fordi saken som sådan på det tidspunkt Aftenposten henvendte seg til ham, fortsatt ikke var ferdig etterforsket? Dette spørsmål må besvares med et nei. Rådet viser til at det selv i den såkalte Sandsdalen-saken ble bedt av Legeforeningens sentralstyre om å gå inn i denne til tross for at den på det aktuelle tidspunkt på langt nær var ferdig rettslig behandlet.

I Sandsdalen-saken avgjorde Rådet en sak versus etiske regler for leger før den var avklart strafferettslig. Selv om saken er betydelig forskjellig fra den aktuelle, sier den imidlertid at det ikke kan utelukkes å være nødvendig både for enkeltleger og for Rådet som sådan i unntakstilfeller å gå inn i saker som er uavklarte selv om de berører enkeltkolleger.

Rådet vil uttale at det finner at den form Hjort anvender i intervjuet, er i samsvar med etikkreglenes intensjoner.

Når det gjelder kravet til saklighet, er også dette i hovedsak oppfylt. På et punkt har imidlertid Peter F. Hjort uttalt at han i ettertid er kommet til at han burde ha uttrykt seg «noe forsiktigere». Det siteres fra Peter F. Hjorts brev til Rådet av 26.5. 2000: «Etter å ha lest den anonymiserte journalen mente jeg at pasienten hadde mer enn få dager igjen, og derfor konkluderte jeg at: «...grensen var overtrådt» (se Aftenposten 10.3. 2000).

Hjort sier så videre om denne delen av intervjuet i det refererte brev: «Jeg burde sagt: «Basert på det materiale jeg har fått se, mener jeg at grensen mellom dødspleie og døds-hjelp antakelig ble overtrådt.»

Rådet er enig med Peter F. Hjort i at om han hadde uttrykt seg som han sier ovenfor, ville verken han selv eller andre hatt grunnlag for å kritisere intervjuet. Rådet oppfatter at det i Hjorts presisering ligger en beklagelse over egen formulering. Det at Peter F. Hjort medvirker til intervjuet er prisverdig, og i samsvar med den oppfordring som ligger i etikkreglene overfor medlemmer av Legeforeningen om å medvirke i offentlig debatt om medisinske spørsmål.»

## 2.6 «Tobakksskaderådets uheldige metodikk»

En lege har hatt et leserinnlegg i en avis med ovennevnte overskrift.

En kollega har innsendt innlegget til Rådet med spørsmål om det kan ansees "etisk forsvarlig av en lege å komme med slike uttalelser offentlig».

Rådet **vedtok** å avgi slik generell uttalelse i sakens anledning:

«Legeforeningen har et løpende arbeid for å redusere skader ved og bruken av tobakk i landet. At enkelte leger bruker pressefriheten til å tilkjenne synspunkter i en sak som den foreliggende og som avviker fra Legeforeningens, kan imidlertid ikke rammes av

de etiske regler for leger som Rådet er satt til å forvalte. Rådet finner det prisverdig at De selv har kommentert det omtalte innlegg direkte gjennom avisen.»

## 2.7 Klage på injurierende artikkel i en medlemsavis i en av Legeforeningens fylkesavdelinger

En lege har henvendt seg til Rådet for legeetikk idet vedkommende fant artikkelen i ... injurierende for ham selv. Legen fremhevet at den påklagede artikkel var skrevet av en ikke-lege, ansatt i en konkurrerende virksomhet med klagers. En lege, som var faglig medarbeider i vedkommende medlemsavis, skulle også være ansatt i den konkurrerende virksomheten.

I det påklagede oppslag ble det reist spørsmål ved klagers faglige skikkethet for sin virksomhet.

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse i anledning klagen:

«Rådet for legeetikk har som oppgave å vurdere legers eventuelle brudd på etiske regler for leger. Rådet kan således ikke vurdere klagen i relasjon til artikkelforfatteren som ikke er lege.

Innklagede lege er ikke redaktør av medlemsavisen og således ikke redaktøransvarlig for hva som måtte tas inn i vedkommende medlemsavis. For øvrig vil Rådet for legeetikk heller ikke kunne vurdere spørsmålet om organ av Legeforeningen utøver «god presseetikk».

Endelig må det fremheves rent generelt at Rådet i saker hvor lege påstås å ha fremført injurierende utsagn om en kollega, ikke har tatt slike opp til ordinær behandling, idet de ligger utenfor virksomhetsområdet for Rådet for legeetikk. Rådet har i slike saker måttet gjøre klager oppmerksom på at denne type problemstillinger eventuelt må prøves som injuriersøksmål gjennom de ordinære domstoler.»

## 3 Tvister mellom leger

### 3.1 «Ønske om behandling av faglig etisk råd»

Fra et av foreningens medlemmer er Rådet bedt om å behandle en «sak med sjikane, bakvaskelse og usann påstand om beruselse på arbeid».

Rådet **vedtok** å avgi slik uttalelse til vedkommende medlem:

«En sak av så kompleks art som den foreliggende, er det umulig for Rådet å gå inn i. Verken Rådets mandat eller dets arbeidsform tilsier at Rådet skal kunne gå inn i denne type saker. Det er fremsatt en rekke påstander fra forskjellig hold som i tilfellet må etterprøves og vurderes nærmere, bl.a. ved hjelp av representanter for partene.

Rådet har i saker av liknende art måttet henstille til partene å forsøke å løse problemstillingene på arbeidsplassen. På tilsvarende måte vil Rådet anbefale vedkommende

medlem å søke saken løst på arbeidsplassen, eventuelt med bistand av advokat.

Rådet finner imidlertid å ville henvise til at etiske regler for leger legger noen intensjoner for samarbeidet mellom kolleger, bl.a. uttrykt i kapittel II, §§ 1 og 2. § 1 sier at «En lege skal vise kolleger og medarbeidere respekt og skal hjelpe, råde og veilede dem». § 2 sier at «Dersom en lege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom, spesielt overfor studenter og leger under utdanning. Hvis dette ikke fører frem, bør legen ta saken opp enten med administrativ overordnet, Legeforeningens organer eller vedkommende helsemyndighet.»

Som foran nevnt, er imidlertid Rådet for legeetikk ikke et egnet organ i denne type saker.»

## 4 Spesielle saker

### 4.1 Resuscitering minus (R–)

Statens helsetilsyn har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet anbefalinger for retningslinjer om bruk av «resuscitering minus (R–)» ved somatiske sykehus.

Under henvisning til foranstående har Rådet tilkjennegitt følgende synspunkter: «Med dagens muligheter for å opprettholde liv er det en medisinsk etisk utfordring å avgjøre når det er riktig eller når det er en meningsløs utsettelse av dødsprosessen å utføre hjerte-lunge-redning, dersom det oppstår plutselig livløshet hos et menneske med alvorlig sykdom.

I gitte situasjoner er det riktig å avstå fra hjerte-lunge-redning, og om mulig bør dette avklares før situasjonen oppstår for å unngå en uverdigg forstyrrelse av en naturlig dødsprosess. Rådet for legeetikk gir sin tilslutning til de fleste av anbefalingene som er gitt av Statens helsetilsyn i brev av 9. februar 2001. Beslutningen om å avstå fra hjerte-lunge-redning må bygge på en grundig medisinsk vurdering av prognose, i samråd med det helsepersonellet som har behandlingsansvar for pasienten og, om mulig, samtykke fra pasient eller nære pårørende. Ifølge Helsetilsynet skal pårørende gi sitt samtykke der pasienten ikke er samtykkekompetent. Etter Rådets oppfatning bør pårørende i slike situasjoner ha grundig informasjon og rådspørres. Ansvarlig overlege må imidlertid være ansvarlig for beslutningen om å avstå fra hjerte-lunge-redning. Pårørende kan ikke kreve at hjerte-lunge-redning utføres der den medisinske nytten at et slikt tiltak ikke lenger vurderes å være til stede, og der tiltaket bare forlenger dødsprosessen.

Hvilke tiltak som ikke skal settes i verk, må presiseres i journalen, samt den medisinske begrunnelsen for dette. Beslutningene må revurderes regelmessig avhengig av sykdomsforløpet. Eventuell omgjøring må anføres og begrunnes i journalen av ansvarlig overlege. Den enkelte behandlingssituasjon bør ha skriftlige rutiner for beslutningsprosessene.

Når det er avklart at det ikke skal gis hjerte-lunge-redning, mener Rådet for legeetikk at det er korrekt og hensiktsmessig at det er åpenhet om beslutningen og at det anføres hjerte-lunge-redning minus (HLR–) eller resuscitering minus (R–) på lett synlig sted i pasientens journal, Kardex og liknende for å sikre at helsepersonell, som ikke har grundig kjennskap til pasienten, ikke starter en hensiktsløs behandling. Dette er i tråd med § 2 i etiske regler for leger om at pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt.»

### 4.2 Rituell omskjæring av gutter – høringsuttalelse

Rådet for legeetikk er gjort kjent med at Den norske lægeforsking i høringsuttalelse til Sosial- og helsedepartementet har gitt sin tilslutning til en arbeidsgruppes innstilling til departementet, der det bl.a. anbefales at «omskjæring av gutter på rituell, religiøs eller sedvanemessig indikasjon, der egne tilbud innen trossamfunn ikke eksisterer, bør utføres på de offentlige sykehusene i samband med fødsel- og barselperioden».

Rådet for legeetikk har diskutert rituell omskjæring av gutter i lys av etiske regler for leger og **avgitt** slik uttalelse til sentralstyret:

«Rituell omskjæring av gutter har ingen etablert medisinsk nytteverdi. Inngrepet medfører smerte selv om det benyttes lokalbedøvelse, og er forbundet med en viss risiko for medisinske komplikasjoner.

Rådet for legeetikk mener at omskjæring av guttebarn ikke er i tråd med viktige legeetiske prinsipper nedfelt i de alminnelige bestemmelsene i 1 i etiske regler for leger. Disse pålegger leger å verne menneskets helse, og å helbrede, lindre og trøste. Det er et viktig moment at barn ikke kan gi samtykke.

Rådet har imidlertid forståelse for at omskjæring av gutter oppleves som et krav i jødisk og også i islamsk religion, selv om inngrepet ikke er omtalt i Koranen. Det er derfor i dag urealistisk å forby rituell omskjæring for disse gruppene, men Rådet vil oppfordre aktuelle religiøse ledere i vårt samfunn om å arbeide for å erstatte omskjæring med symbolske ritualer som ikke innebærer et kirurgisk inngrep.

Leger må kunne reservere seg mot å foreta rituell omskjæring av samvittighetsgrunner. Omskjæring er et kirurgisk inngrep som bare må utføres etter anerkjente kirurgiske prinsipper og med optimal bedøvelse. Inngrepet utføres ikke på medisinsk indikasjon, og i tråd med etiske regler for leger 12 bør det ikke kreves at utgiftene belastes det offentlige helsevesen.»

### 4.3 Ervervsmessig annonsering av legetjenester

Rådet har gjennomgått annonsesider fra en søndagsutgave av Aftenposten som inneholdt en informasjon om/reklame for forskjellige medisinske tilbud. Av disse ble det antatt at lege hadde ansvar for tilbud fra seks firmaer.

Disse firmaer er blitt tilskrevet under henvisning til etiske regler for leger kapittel III, §1, siste ledd som sier: «Ved ervervsmessig annonsering av legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege ansees som ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges.»

I de aktuelle annonser ble det ikke gjort oppmerksom på hvilken lege som var medisinsk ansvarlig. Rådet anmodet om at forholdet ble rettet opp. Rådet har senere motatt meddelelser fra de tilskrevne om at de i sine videre informasjonsopplegg vil oppgi medisinsk-ansvarlig lege.

### 4.4 Haukeland i dokumentarsåpe

I en henvendelse fra en overlege ved Haukeland Sykehus redegjøres for planene om å lage en fjernsynsserie fra det kliniske arbeidet ved sykehuset. Legen ber Rådet for legeetikk om å vurdere de etiske dilemmaene knyttet til et slikt prosjekt. Serien er ikke tenkt primært som helseopplysning, men mer som «underholdning fra virkeligheten».

Sentralstyret i Den norske lægeforsking har tidligere gått imot dette prosjektet.

Helsetilsynet var bedt om å ta stilling til prosjektet, men hadde ikke avgitt svar da Rådet fikk henvendelsen. Det kom også frem av henvendelsen at de ansatte tidligere hadde uttalt seg imot prosjektet, slik at planene da ble stoppet.

Senere er det gjort nye fremstøt for å få fullført prosjektet. Sentrale personer blant legene mente at prosjektet kunne ha positive sider, men det var fortsatt stor motstand i legeggruppen ved Haukeland.

Rådet **vedtok** å uttale overfor overlegen:

«Rådet for legeetikk har forståelse for at dokumentarserien kan sees som en positiv måte å profilere sykehuset på overfor allmennheten. Haukeland har måttet leve med en del negativ oppmerksomhet i flere år. Dette har antakelig hatt negative konsekvenser både for de ansatte og for befolkningen. Rådet erkjenner at «real life»-TV har fått stor underholdningsverdi i det siste. Rådet har imidlertid sterke prinsipielle motforestillinger mot at autentiske pasientsituasjoner gjøres om til underholdning.

På få andre områder er enkeltindividet overlatt til andres varetakt enn som pasient i et moderne sykehus. I en slik situasjon, omgitt av fremmede mennesker og ofte skremmende inntrykk, er individet lidende, ofte hjelpeløst og ofte redd for hva som skal skje både nå og i fremtiden. For å få hjelp må pasienten ofte utlevere både sin følelser, sin kropp og sin sosiale situasjon til legen. Dette

krever tillit til at det som skjer mellom pasient og behandler behandles med konfidensialitet og at opplysninger forstås i den intime konteksten de leveres ut. Legeetikken har fra antikkens tid slått ring rundt dette private og intime møtet mellom lege og pasient. Når dette møtet nå eventuelt skal sendes ut som underholdning til hundretusenvis av mennesker, bryter dette fundamentalt med hva lege-pasient-møtet handler om. Slik Rådet ser det, har det som skjer mellom hjelper og den hjelpetrengende intet i underholdningsbransjen å gjøre. Det er intet nytt at sykdom og død er gode temaer for underholdning, men skal dette gjøres, bør underholdningen tuftes på fiktive pasienter. Å lage behandlingsrommet om til teaterscene kan, slik Rådet ser det, ha negative konsekvenser for tillitsforholdet mellom befolkning og behandlingsapparat på lang sikt.

Utover dette reiser direkteoptak fra sykehus flere etiske spørsmålsstillinger. Et sentralt spørsmål er knyttet til pasientsamtykket. En hjelpetrengende pasient er oftest et menneske i avmakt, avhengig av et stort behandlingsteams velvillighet. Hvor «fri fra ytre press» vil en hjelpetrengende pasient være når han eller hun blir bedt om samtykke? Videre, for å snakke om informert samtykke, må også individet vite hva det samtykker til. Vet et alvorlig sykt individ med en ofte usikker fremtid, hva det gis samtykke til, og forstår individet de kortsiktige og langsiktige virkninger av å dele sin situasjon med offentligheten? Svaret på disse spørsmål vil etter Rådets oppfatning svært ofte være nei.

Et annet viktig spørsmål er om man vet hva selve filmingen gjør med pasienten, med behandler og med samhandlingen mellom pasient og behandler, med anamneseopptaket og med intervensjon.

Under henvisning til foranstående finner Rådet for legeetikk sterke motforestillinger mot at pasienter skal trekkes inn i et slikt prosjekt.»

#### **4.5 Vedrørende filmatisering av pediatrik undersøkelsesteknikk**

En barnelege har henvendt seg til Rådet i anledning av at han reviderer et fagtidsskrift.

Barnelegen meddeler Rådet at han har foreslått for forlaget å lage filmopptak av undersøkelser av barn i ulike aldre. Bakgrunnen for forslaget er hans lange erfaring med områdepediatri hvor han stadig ser at nyutdannede leger strever med en undersøkelsesmetode i forhold til barn.

Forlaget har gitt ham støtte i å satse på et slikt prosjekt, og Legeforeningen har meddelt at det vil kunne bistå økonomisk til prosjektet gjennom fondet for videre- og etterutdanning av leger.

Legen presiserer at eventuell filmminnspilling på denne måten forutsetter barn som «skuespillere». I dette ligger det et etisk problem ved at de små barna ikke kan spørres om medvirkning og at gjenkjenning i ettertid kan bli et problem og en belastning for enkelte.

Barnelegen spør på denne bakgrunn Rådet om man kan løse dette etiske problem «ved f.eks. å sminke barna og gjøre dem ugjenkjennelige ved filmminnspillingen».

Rådet **vedtok** å uttale:

Rådet finner det meget prisverdig at en slik problemstilling blir tatt opp med Rådet for legeetikk.

Rådet forutsettes at det innhentes et gyldig samtykke fra foreldre til de aktuelle barn – eventuelt hvis barna er over en viss alder, at både barn og foreldre involveres i samtykkespørsmålet.

De barn som etter dette kan medvirke, forutsettes gjort «ugjenkjennelige ved filmminnspillingen som foreslått.»

#### **4.6 Vedrørende bruk av tittel «spesiallege»**

En overlege har mottatt kopi av en legeerklæring fra en kollega. I denne legeerklæring titulerer kollegaen seg spesiallege.

Overlegen har henvendt seg til Rådet for legeetikk i sakens anledning idet han ber opplyst om en lege som ikke er spesialist, kan benytte tittelen spesiallege.

Kollegaen har selv også tatt denne saken opp direkte med Rådet. Kollegaen meddelte å ha mottatt en telefonisk henvendelse fra overlegen om saken. Hun avsluttet henvendelsen til Rådet med en anmodning om å få «en vurdering av om det er i samsvar med god etikk å bruke tittelen spesiallege uten å ha en offentlig godkjent spesialitet».

Rådet **vedtok** å uttale:

«Etiske regler for leger, kapittel III, § 3, uttaler følgende: «En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger til. Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.»

Etter Rådets syn vil en lege som bruker betegnelsen spesiallege, kunne skape det inntrykk hos publikum at man er spesialist i et fagområde. For å unngå denne misforståelse forutsetter Rådet at man i dette tilfellet finner frem til en annen tittel enn spesiallege.»

#### **4.7 Kasuistikk publisert i TLF-nytt (Telemark legeförenings medlemsblad)**

Telemark legeförening har meddelt Rådet at avdelingen ønsket større aktivitet blant medlemmene gjennom Telemark legeförenings medlemsblad. Som et ledd i dette arbeidet ville det bli startet en diskusjonsspalte for å få til en diskusjon blant medlemmene av kasuistikk. Det første diskusjonssinnlegg – hvor det ble stilt en rekke spørsmål – som skulle tas inn i kommende nummer av TLF-nytt, fulgte saken. Diskusjonssinnlegget lød som følger: «Ved Telemark sentralsjukehus ble det innlagt en pasient som var ca. 75 år gammel med dårlig allmenntilstand. Etter lengre tids sykdom avgikk pasienten ved døden grunnet hans generelle allmenntilstand.

Det ble så utarbeidet en epikrise som var temmelig utførlig. Denne ble sendt til pasientens egen lege. I epikrisen ble det bl.a. nevnt at pasienten over lengre tid hadde misbrukt alkohol.

Sykehusets arkiv fikk så en henvendelse fra avdødes bror som var lege et annet sted i Norge med ønske om å få oversendt kopi av epikrisen. Dette ble avslått fra sykehusets side.

Etter en stund fikk sykehuset en henvendelse fra avdødes barn som spurte om sykehuset hadde oversendt epikrisen til den tidligere nevnte lege, idet han tydelig var informert om alt som stod i epikrisen. Da dette ble benektet fra sykehusets side, fremgikk det av den videre samtale at epikrisen da måtte ha blitt oversendt fra pasientens primærlege til avdødes bror uten at familien var kontaktet. Spesielt enken var opprørt over dette.

Følgende ønskes diskutert: Hvem skal ha epikrise etter et sykehusopphold? Skal epikrisen sendes til pasientens egen lege, henvise lege eller dersom pasienten blir innlagt av legevakten, kun til legevakten eller til ingen av disse? Skulle sykehuset i dette tilfellet sendt epikrisen etter å ha kontaktet pasientens familie for å høre om dette var i orden? Gjorde egen lege rett i å sende epikrisen til avdødes bror? Er oversendelsen fra egen lege et brudd på taushetsplikten?»

Rådet **vedtok** å uttale følgende overfor redaktøren av diskusjonsspalten:

«Rådet er meget positive til det tiltak som er tatt for å aktivisere medlemmene gjennom den påtenkte diskusjonsspalte i TLF-nytt. Rådet kan imidlertid ikke gå inn i alle de problemstillinger som måtte komme opp, langt mindre gi eventuelle entydige «fasitsvar». Som den første sak allerede klart viser, vil en rekke skjønnsmessige problemstillinger kunne komme opp, og slike vil da måtte få en mer generell kommentar med referanse til eventuelle konkrete bestemmelser med relevans til problemstillingen.

Til det aktuelle diskusjonssinnlegg vil Rådet ta utgangspunkt i etiske regler for leger, kapittel I, § 4. Det sies her: «En lege skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon må ha bakgrunn i pasientens understandelse eller uttrykte samtykke eller i lov.»

Som det fremgår av det siste punktum i den siterte paragraf i etikkreglene, kan utlevering av pasientinformasjon f.eks. skje når det gjennom lov er pålagt å bryte taushet eller når det gjennom lov er åpnet anledning til å bryte taushet.

Dagens lov om leger (fra 2000) inneholder bl.a. bestemmelse av interesse for det hovedproblem som er reist i diskusjonssinnlegget. Lov om leger skal erstattes av ny lov om helsepersonell. Denne nye loven er forutsatt å tre i kraft fra og med 1.1. 2001.

I den nye lov om helsepersonell står det i § 24 som omtaler opplysninger etter en per-

sons død, følgende: «Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. I vurderingen av om opplysningene skal gis skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det.»

Bestemmelsen er en videreføring av den bestemmelse som finnes i legeloven § 37.

Den siterte lovbestemmelse gjør det mulig å gi fra seg taushetsbelagt informasjon etter en avveining av ulike forhold. Hensynet til å kunne gi informasjon må veie tyngre enn hensynet til å bevare taushet.

I den aktuelle sak er journalmateriale knyttet til den 75 år gamle pasient oversendt dennes bror. Uansett hvilken instans som måtte ha foretatt oversendelsen, er det legeloven § 37/kommende § 24 i lov om helsepersonell som må være utgangspunktet for vurderingen.

Det er i diskusjonsinnlegget ikke opplyst noe om hvilken begrunnelse som måtte være gitt fra avdødes bror for ønsket om å få materialet. Det som derimot er kjent, er at den avdøde over lengre tid hadde misbrukt alkohol. Det er ikke usannsynlig at avdøde kan ha ønsket å holde dette skjult, hvis det da ikke har vært kjent over lengre tid av familien, herunder bror til avdøde. Denne kan imidlertid i dette tilfellet neppe betraktes som pasientens «nærmeste pårørende». Det er opplyst at avdøde etterlot seg ektefelle og at denne også var opprørt over oversendelsen av materialet til avdødes bror.

Når det gjelder spørsmålet om hvem som skal kunne motta en epikrise, finnes en veiledende bestemmelse i etiske regler for leger, kapittel II, § 7. Det heter her: «Leger skal kommunisere åpent og tillitsfullt med hverandre. Informasjon mellom leger om pasienter skal være tilstrekkelig rask og omfatte det faglig nødvendige.»

Bestemmelsen må sees i sammenheng med bestemmelsen foran, § 6, som sier: «Henvisning og tilbakevisning av pasienter mellom kolleger må bygge på medisinsk faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helsetilbud.»

§ 6 er en faneparagraf når det gjelder henvisning av pasienter. § 7 forutsetter at all informasjon mellom leger om pasienter skal styres av det som er det «faglig nødvendige».

Bestemmelsen må leses slik at f.eks. en epikrise både bør kunne gå til den lege som har behandlet pasienten før overføring til spesialist, og til den som skal viderebehandle pasienten etter at spesialistbehandlingen er avsluttet, uavhengig av om sistnevnte er identisk med førstnevnte.»

#### 4.8 Retningslinjer for lindrende sedering til døende

28.4. 2000 inviterte Den norske lægeforening/Rådet for legeetikk 20 norske repre-

sentanter for ulike spesialiteter sammen med representanter for medisinsk etikk og jus for å drøfte bruken av bevissthetssenkende behandling for intraktable plager hos dødsyke pasienter (kalt terminal sedering) i Norge. Arbeidsmøtet bekreftet at det var behov for nasjonale retningslinjer for denne typen behandling. Rådet for legeetikk tok på seg det koordinerende ansvaret med arbeidet, og satte ned følgende arbeidsgruppe:

Professor Reidun Førde (leder), Rådet for legeetikk og Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Professor Harald Breivik, Rikshospitalet, Oslo

Seniorforsker Erik Falkum, Legeforeningens forskningsinstitutt

Generalsekretær Einfrid Halvorsen, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Mental Helse Norge

Professor Erling J. Husabø, Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen

Professor Stein Kaasa, Regionsykehuset i Trondheim

Spesialsykepleier Randi Lehne, Det Norske Radiumhospitalet

Lege Andreas Skulberg (sekretær i arbeidsgruppen til 1. september 2000)

Arbeidsgruppen fikk følgende mandat: Arbeidsgruppen skal lage utkast til retningslinjer for terminal/palliativ sedering i klinisk praksis. Arbeidsgruppen bør drøfte hva som inngår i begrepet «terminal sedering», og om dette er det mest tjenlige navnet på en slik behandling. Gruppen bør drøfte om terminal sedering kan være vanskelig å skille eutanasi og assistert selvmord, og hvordan dette skillet eventuelt kan gjøres tydelig.

Arbeidsgruppen bør drøfte indikasjoner for behandlingen, hvilke pasienter som er målgruppen for en slik behandling og hvilke diagnostiske og terapeutiske prosedyrer som bør være gjennomført før denne behandlingen eventuelt skal settes inn.

I drøftingen av behandlingsprosedyrer bør gruppen inkludere spørsmålet om i hvilken grad annen livsoppholdende behandling som væske- og ernæringstilførsel og opprettholdelse av frie luftveier skal settes inn. Gruppen bør også drøfte behandling for monitorering av disse pasientene.

Arbeidsgruppen bør ta stilling til hvordan beslutningen om terminal sedering skal tas. I dette inngår en drøfting om hvem som bør ha det endelige behandlingsansvaret og hvor stor vekt det bør legges på pasient og pårørendes synspunkt.

Videre bør arbeidsgruppen drøfte hvilke krav til formelle prosedyrer som skal stilles når en slik behandling gis, hvilke fordeler og ulemper konkrete retningslinjer kan ha på dette feltet og i hvilken grad retningslinjene bør ansees som bindende.

Arbeidsgruppen bør også drøfte hvordan retningslinjene skal implementeres i de relevante fagmiljøer.

Det er ønskelig at arbeidsgruppen beskri-

ver dagens praksis på feltet terminal sedering, og hvordan erfaringene (medisinsk-faglige, etiske og juridiske) med de nye retningslinjene for terminal sedering skal samles.

Videre bør arbeidsgruppen sørge for at de problemstillingene som drøftes og som har allmenn interesse, kommer ut i form av informasjon til befolkningen via massemedia.

Arbeidsgruppen bør ha avsluttet sitt arbeid innen 1.12. 2000.

For å sikre innspill fra personer med kompetanse fra feltet og fra relevante miljøer utenom medisin, ble det også oppnevnt en bredt sammensatt referansegruppe.

Arbeidet har ført frem til disse retningslinjer:

1 Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.

2 Lindrende sedering bør bare gis unntaksvis, ved utålelig lidelse som springer ut av og domineres av fysiske symptomer. Psykisk lidelse alene er ikke indikasjon for lindrende sedering.

3 Lindrende sedering til døende må bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve.

4 Årsakene til pasientens plager må være adekvat diagnostisert. All annen behandling av enkeltsymptomer må være forsøkt, eller i det minste nøye vurdert og funnet uten nytte.

Dersom avdelingen mangler ressurser til å hjelpe pasienten, bør pasienten henvises til, eller avdelingen søke faglig bistand fra, miljø med kompetanse innenfor lindrende behandling.

Hvis åpenbar ressursmangel hindrer optimal behandling og pleie uten sedering, bør behandlingsansvarlig lege melde fra til sine overordnede eller tilsynsmyndighetene.

5 Avdelingsoverlegen har det formelle ansvaret for igangsetting og gjennomføring av lindrende sedering hos døende.

Avgjørelsen må bygges på en helhetlig faglig vurdering av pasientens situasjon, og treffes etter samråd med pleiepersonell og andre leger som kjenner pasienten eller kan bidra med kompetanse.

6 Pasienten må, dersom han er i stand til det, gi uttrykkelig samtykke til behandlingen.

Pasienten bør gis informasjon om sin helsestilstand og prognose, hva lindrende sedering vil innebære (herunder sederingens dybde og varighet), risikoer knyttet til sedering og alternativer til sedering.

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, kan lindrende sedering likevel gis dersom det etter en samlet vurdering antas å være, i pasientens interesse.

7 Pårørende bør også informeres og trekkes inn i beslutningsprosessen dersom pasienten ikke motsetter seg dette. Pårørende har krav på informasjon, men kan ikke tillegges det endelige ansvaret for igangsetting av behandlingen.



8 Pasienten bør bare sederes tilstrekkelig dypt til at plagene lindres.

9 Selv om det hos noen pasienter må regnes som mest sannsynlig at sederingen vil bli opprettholdt livet ut, må heving av bevissthetsnivået vurderes og forsøkes. Bli det i løpet av oppvåkningen åpenbart at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar, kan det forsvares at pasienten sederes på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes.

10 Pasienten bør overvåkes godt nok for kontroll med bevissthetsnivået, at pasienten har frie luftveier og effekten av behandlingen. Videre må kontrollen omfatte bivirkninger av behandlingen slik at disse kan tas hånd om.

11 Pasienter som selv har sluttet å drikke, trenger ikke intravenøs væsketilførsel. Der pasienten fortsatt er i stand til å ta til seg drikke av betydning, og der sederingen gjør pasienten ute av stand til å ta til seg væske, bør intravenøs væske gis. Der intravenøs væsketilførsel er startet før lindrende sedering initieres, bør denne fortsette.

12 Behandlingen må dokumenteres i journalen. Følgende forhold vektlegges:

- Begrunnelsen for nødvendigheten av sedering
- Hvordan beslutningen er tatt
- Informasjon til pasient og pårørende
- Pasient og pårørendes syn på behandlingen
- Gjennomføring og overvåking av behandlingen

Forslaget til retningslinjer for lindrende sedering til døende er blitt gjennomgått av sentrale spesialforeninger innen Legeforeningen og Senter for medisinsk etikk, Norsk Sykepleierforbund og Norsk helse- og sosialforbund som alle har levert høringssvar til arbeidet. Arbeidsgruppens forslag til retningslinjer har ikke blitt møtt med vesentlig kritikk fra noen av høringsinstansene. Derfor er bare mindre endringer gjort etter at høringsuttalelsene er gjennomgått.

Retningslinjene er distribuert til alle norske sykehus.

#### 4.9 Nordisk etikkseminar – Island

I den periode denne beretning omtaler har de nordiske legeforeningers ulike råd for legeetikk forberedt et nordisk etikkseminar i medisinsk etikk på Island.

Representanter for de nordiske legeforeningers råd for legeetikk møttes til planleggingsmøte i desember 2000 i Legenes hus i Oslo.

Rådet er ansvarlig for temaet «terminal sedering». Det skal også bidra til temaet «annonsering av legetjenester». Hver deltakerorganisasjon vil bestå av 8–10 personer.

#### 4.10 Revisjon av etiske regler for leger, kapittel III – Avertissement og annen informasjon om legetjenester

Rådet har startet opp et arbeid med å revidere Kapittel III i etiske regler for leger – Avertissement og annen informasjon om legetjenester

I dette arbeid kan det synes som om § 1 er den mest aktuelle bestemmelse å revidere i kapittel III, særlig første, tredje og femte ledd.

I revisjonsarbeidet må det tas hensyn til den nye pasientrettighetsloven. I henhold til denne kan pasientene selv definere eget «behov» ved å kreve informasjon om typer av tjenester som leger kan gi. Man må også avveie hvor langt man ved interne regler kan fjerne seg fra det som det blant leger og publikum blir ansett naturlig å gi informasjon om.

Resultatet av dette arbeid fremlegges for landsstyremøtet 2002.



Don't miss  
a beat ...

Ring 22 07 65 00  
for 30 dagers  
gratis prøvelytt.

the Meditron stethoscope