



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Etterlysning

Malerier av to av Bergens mest kjente leger fra eldre tid er blitt borte. Begge er gjengitt som svart-hvitt-fotografier i min bok *Regimentskirurgen og hans lærlinger*.

Wilhelm Johannes Schwindt (1766–1826) var tysk av fødsel, men kom til Bergen som militærkirurg og endte som brigadelege. Han ble på grunn av sine dristige operasjoner en av landets mest navngjetne kirurger, og fikk særlig betydning ved å hjelpe frem noen av pionerene i norsk medisin etter at vi fikk vår første nasjonale legeutdanning. Vi kjenner tre portretter av ham, alle malt av den danske kunstner Carl Peter Lehmann. Ett av dem finnes i Forsvarets sanitet, et liknende på Det Heibergske Familiemuseum på gården Amble i Kaupanger. Det tredje portrettet, det som er gjengitt her (fig 1), er det som i alle år har stått i *Norges leger*. Schwindt fikk ikke etterkommere. Bildet tilhørte opprinnelig hans universalarving, Lars Holm, og etter ham hans enke og datteren Kornelia Holm, muligens helt til 1917. Hvem eier det nå? Familien Holm?

Ontong Wiese (1799–1860) var født i Indonesia, men kom ad skjebnens uransakelige veier til Bergen og ble, foruten at han var læregutt, også en slags pleie- og foster-sønn hos Schwindt. Han fungerte i mange år som kompanikirurg i Bergen og var senere i mange år i privat praksis, både som fast lege og som ambulerende lege til land-distriktene sør og nord for Bergen. Maleriet



Figur 1 Det eldste kjente portrett av Wilhelm Johannes Schwindt, malt av Lehmann ca. 1816–18



Figur 2 Kompanikirurg Ontong Wiese. Foto av bortkommet maleri

av ham er malt av en ukjent kunstner, men også dette kan være Lehmann. Bildet tilhørte muligens Bergens Museum i sin tid, men nå har museet bare fotografiet som er gjengitt her (fig 2). Et utsnitt av dette er også brukt i *Norges leger*. Wiese fikk mange etterkommere. Kan en av dem kjenne til bildets videre skjebne?

Kan noen hjelpe meg med å finne disse bildene, slik at de kan bli behørig registrert og fotografert i farger?

Torstein Bertelsen
Haukelandsbakken 26
5009 Bergen

Forskning på barn

Dag Bratlid diskuterer i Tidsskriftet nr. 4/2004 retningslinjer vedrørende forskning på barn (1). I den forbindelse tar han opp vår gjenopplivingsstudie med romluft versus 100 % oksygen (2). Han stiller spørsmål ved det manglende informerte samtykket før inklusjon i studien.

I forbindelse med planleggingen av den såkalte Resair 2-studien for snart ti år siden diskuterte vi grundig, både i den internasjonale forskningsgruppen og med ledende norske eksperter på medisinsk etikk, om hvordan vi skulle gå frem med tanke på samtykke i den akutte situasjonen en gjenoppliving etter fødselen representerer. Fra ledende hold ble det foreslått at vi skulle

følge de foreslåtte amerikanske retningslinjer for forskning i akuttsituasjoner (3, 4). Vi valgte derfor dette, noe som ble akseptert av de medisinsk-etiske forskningskomiteer i alle de seks landene, inkludert Norge. Alle krav i disse retningslinjer ble tilfredsstilt.

Å få informert samtykke etter fødselen, men før gjenoppliving, er umulig, da avgjørelser blir tatt på få sekunder. Alternativet ville være å få informert samtykke av en stor gruppe fødende på forhånd. Ca. 1 % av nyfødte trenger gjenoppliving. Selv om man valgte bare å inkludere risikosvangerskap med noe høyere risiko for gjenopplivingsbehov, måtte man informere og be om samtykke fra svært mange tusen fødende for å kunne inkludere over 600 barn. Vi er usikre på om dette ville vært gjennomførbart og hvor reelt et slikt «samlebåndsførhåndssamtykke» avgitt under fødselen ville ha vært.

Forskjellige syn kan gjøres gjeldende om hvordan akuttmedisinsk og annen forskning på barn skal utføres. Vi diskuterer gjerne både retningslinjer og vår og andres bruk av dem.

Ola Didrik Saugstad
Terje Rootwelt
Rikshospitalet

Litteratur

1. Bratlid D. Forskning på barn – har vi krysset en grense eller to? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 510–2.
2. Saugstad OD, Rootwelt T, Aalen O. Resuscitation of asphyxiated newborn infants with room air or oxygen: an international controlled trial: the Resair 2 study. Pediatrics 1998; 102: e1–16.
3. Birós MH, Lewis RJ, Olson CM, Runge JW, Cummins RO, Fost N. Informed consent in emergency research. JAMA 1995; 273: 1283–7.
4. US Food and Drug Administration. Department of Health and Human Services. Protection of human subjects: informed consent. Federal Register 1995; 60: 49086–103.

D. Bratlid svarer:

Både i Helsinkideklarasjonen og i den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (1) er kravet om informert samtykke absolutt, og det stilles ekstra strenge krav når forskningen omfatter personer som ikke selv kan gi samtykke. Som tidligere påpekt (2) viser dessuten en europeisk undersøkelse at dette synet også deles av foreldrene (3). Foreldrenes primære ønske var å bli forhåndsinformert om hva som kunne bli gjort med barnet deres, og de ville ha muligheten til å kunne si nei og i stedet be om standardbehandling.

Jeg er enig med Saugstad & Rootwelt at et «samlebåndsforskyvningssamtykke» har liten verdi. Det er likevel bekymringsfullt dersom erfarne kliniske forskere ved vår fremste universitetsklinikk ikke ser det problematiske i å forske på barn bak foreldrenes rygg. Dersom man sikret seg at foreldrene var forhåndsinformert og var blitt gitt muligheten til å si nei (i stedet for et fullverdig samtykke), ville det nok forsinke og vanskeliggjøre forskningsprosjekter, men det ville ikke gjøre det umulig å gjennomføre dem.

Det er et problem når forskning utføres i strid med gjeldende regelverk (2) eller pasientens (foreldrenes) ønsker (3). Selv om det kan finnes vitenskapelige argumenter for å gjennomføre et forskningsprosjekt uten informert samtykke, vil en slik praksis på sikt antakelig være ødeleggende for mulighetene til å gjennomføre nødvendig klinisk forskning. Det er derfor tankevekkende at det var Datatilsynet som nylig stoppet et prosjekt som var planlagt gjennomført uten informert samtykke, etter at prosjektet først var blitt godkjent i den regionale forskningsetiske komité (4). Det kan derfor se ut som om vi i Norge nå har en situasjon der kartet ikke lenger stemmer med terrenget, idet oppfatningen blant forskerne (og de forskningsetiske komiteene?) kanskje ikke lenger samsvarer med lover og regelverk. Dette er en situasjon som vi snarest bør rydde opp i ved å endre regelverket eller praktiseringen av det.

Dag Bratlid
Trondheim

Litteratur

1. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. European Treaty Series – 164/1997. Oviedo: Europarådet, 1997.
2. Bratlid, D. Forskning på barn – har vi krysset en grense eller to? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 510–2.
3. Mason SA, Allmark PJ. Obtaining informed consent to neonatal randomised controlled trials: interviews with parents and clinicians in the Euricon study. Lancet 2000; 356: 2045–51.
4. Vollebæk L-E. Etisk uenighet om samtykke. Dagens medisin 8.5.2003: 8.

Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom

Mange takk til Anne Kjersti Befring for hennes artikkel i Tidsskriftet nr. 5/2004 om informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom (1).

Dette er et problemområde i forhold til barn og ungdom som er lagt inn i psykiatriske institusjoner. Det oppstår da ganske ofte situasjoner hvor begge foreldre har foreldreansvaret, men der den daglige omsorgen er overtatt av barnevernet. Fylkeslegens kontor har tolket lovverket for

oss ved Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) og kommet til at foreldre med foreldreansvar faktisk kan sette seg imot innleggelse av pasienter under 16 år, til tross for at en slik innleggelse er i samsvar med det som daglig omsorgshavende og faginstanser mener. Denne tolkingen er under tvil støttet av vår kontrollkomisjon. I noen tilfeller har dette dreid seg om foreldre om ikke har utøvd daglig omsorg siden barnet var to år gammelt og frem til henvendelsen i tidlig tenåringstid.

Kommentar?

Simon R. Wilkinson

Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri

Litteratur

1. Befring AK. Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 667–8.

A.K. Befring svarer:

Takk for respons på artikkelen. Det er flott å få konkrete eksempler på hvordan lovgivningen benyttes.

Slik jeg ser det, gjengir du en situasjon der lovens intensjoner om ansvar og myndighet ikke er ivarettatt. Jeg er enig i lovforståelsen til Fylkeslegen (helsetilsynet i fylket), som baserer seg på systemet i loven: Nemlig at den eller de som har ansvaret for barnet – foreldreansvaret – også skal ha nødvendig myndighet. Derimot stiller jeg meg undrende til barnevernstjenestens håndtering av denne saken dersom den innebærer at foreldrene beholder beslutningsmyndigheten over barnet uten at de har forutsetninger for å ivareta omsorgen.

Forutsetningen for foreldreansvaret er at man er i stand til å ivareta barnets interesser. Dersom foreldrene i denne saken motsetter seg tiltak som åpenbart er i barnets interesser, bør barnevernstjenesten iverksette nødvendig tiltak for å overføre foreldreansvaret.

Innholdet i foreldreansvaret står i barneloven § 30: «Barnet har krav på omsut og omtanke fra dei som har foreldreansvaret. Dei har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege tilhøve innanfor dei grensene som §§ 31 til 33 set. Foreldreansvaret skal utøvast ut frå barnet sine interesser og behov.

Dei som har foreldreansvaret, er skyldige til å gje barnet forsvarleg oppseding og forsyting. Dei skal syte for at barnet får utdanning etter evne og givnad.

Barnet må ikkje bli utsett for vald eller på anna vis bli handsama slik at den fysiske eller psykiske helsa blir utsett for skade eller fare.

Om retten til å ta avgjerd for barnet i økonomiske tilhøve gjeld reglane i verjemålslova 22. april 1927 nr. 3.»

Foreldrenes myndighet er, som det fremgår, basert på at disse vanligvis er nærmest og best til å ivareta barnets interesser. Men dette er en betinget plassering av myndighet. Dersom foreldrene ikke bidrar til nødvendig omsorg og til at barnets selvstendige rettigheter ivaretas, skal deres myndighet begrenses. Foreldre kan for eksempel ikke ta fra barnet muligheten til å få nødvendig helsehjelp. I så fall må helsepersonell melde fra til barnevernstjenesten, som iverksetter tiltak. I akutte situasjoner har helsepersonell plikt til å gi nødvendig behandling uavhengig av foreldreansvaret. En praksis som innebærer at myndigheten fortsetter å ligge hos personer som ikke har forutsetninger for å ivareta barnets interesser, vil være i strid med loven. Utfordringen ligger i at det ofte vil være tvil om omsorgssvikten er av en slik karakter at myndigheten flyttes til andre enn foreldrene.

Anne Kjersti Befring

anne.kjersti.befring@legeforeningen.no
Den norske lægeforening

Barn og taushetsplikt

Anne Kjersti Befring gjør i Tidsskriftet nr. 5/2004 rede for hvilke rettsregler som gjelder for informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom (1). Under mellomtittelen *Informasjon når foreldrene ikke bor sammen* heter det at «opplysninger om barna gis til den som har foreldreansvaret».

Jeg mener at loven skiller mellom foreldreansvaret og den som har den daglige omsorgen for barnet. Regelen er slik at hvis foreldrene har vært gift, så har de fortsatt delt foreldreansvar, selv om de ikke bor sammen. Men en av dem har den daglige omsorgen for barnet. Det er forskjell på hvilken type informasjon legen kan gi til den som har den daglige omsorg og hvilken type informasjon legen er pliktig til å gi til begge når begge har foreldreansvar. Denne problemstillingen er for så vidt omtalt noe senere i artikkelen (1).

Ketil Klem

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Befring AK. Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 667–8.

A.K. Befring svarer:

Takk for responsen. Pasientrettighetsloven skiller ikke mellom den som har foreldreansvaret og den som har den daglige omsorgen. Daglig omsorg er ikke omtalt i loven. Informasjon til foreldre er regulert i § 3-4, der det står: «Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.»