



Legers plikt til å hjelpe og pasienters rett til å nekte

De nye helselovene har modifisert reglene omkring legers plikt til å yte hjelp og pasienters rett til å velge ikke å ta imot hjelp. Hovedregelen om at all hjelp må baseres på pasientens samtykke, stilltiende eller uttrykkelig, videreføres.

Iverksettelse av undersøkelser om behandling uten pasientens samtykke, dvs. tvang, forutsetter et særskilt hjemmelsgrunnlag. Det har vi i lov om psykisk helsevern, i straffelovens nødrettsordninger og i form av pålagt handle-/hjelpeplikt.

I denne artikkelen belyses forholdet mellom plikten til øyeblikkelig hjelp og pasientens samtykke og selvbestemmelse. Det tas utgangspunkt i hovedreglene om samtykke. Deretter omtales plikten til øyeblikkelig hjelp, som kan innebære hjelp uten samtykke (kortvarig bruk av tvang dersom pasienten motsetter seg denne hjelpen). Dessuten gis det en redegjørelse for de tre nye unntakene fra øyeblikkelig hjelp-plikten: Der pasienten på grunn av overbevisning nekter å motta blod, nekter å avbryte en pågående sultestreik, eller når døende nekter å motta livsforlengende behandling.

At all medisinsk bistand som hovedregel skal baseres på samtykke fra pasienten er ikke nytt, men var tidligere ikke et lovfestet krav. Regler om samtykke finnes nå i pasientrettighetslovens kapittel 4.

Det er ikke et krav at samtykket skal være eksplisitt og uttalt. Normalt skjer det stilltiende ved at pasienten oppsøker legen for hjelp. Myndige og mindreårige etter fylte 16 år som er i stand til å beslutte om seg selv, har samtykkekompetanse. Legen tar stilling til om det foreligger fysiske eller psykiske tilstander som tilsier at pasienten ikke har slik kompetanse. I så fall må andre samtykke på pasientens vegne. For pasienter under 18 år vil det i hovedsak være den med foreldreansvaret, for andre vil det være nærmeste pårørende. Dersom myndige personer er ute av stand til å samtykke og helsehjelpen er av lite inngripende karakter, kan legen gi helsehjelp. Umyndiggjorte skal dersom det er mulig selv gi samtykke, men vergen må trekkes inn dersom legen mener at den umyndiggjorte er ute av stand til å forstå innholdet i dette.

Hva er det å være myndig helserettslig sett?

Den helserettslige myndighetsalder er 16 år. Den eller de som har foreldreansvar treffer som hovedregel beslutninger for de som er yngre. Grensen på 16 år gjelder ikke som myndighetsalder i alle situasjoner. Den kan fravikes nedover til 12 år dersom legen mener det foreligger særskilte grunner til at foreldre ikke skal involveres. Det er også gitt en ny regel om at foreldre skal informeres selv om vedkommende er over 16 år og under 18 år, dersom opplysningene er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret. I denne sammenhengen vises det til foreldres omsorgsansvar som er regulert i barneloven § 30 (1). Det vil for eksempel være opplysninger om hvor barnet oppholder seg, men det kan også være opplysninger som tilsier særskilt oppfølging fra foreldrene.

Dersom legen er i tvil om hvorvidt et inngrep er adekvat og nødvendig, kan det også være grunnlag for å trekke inn foreldrene selv om barnet er over 16 år, f.eks. i forbindelse med plastisk-kirurgiske inngrep. Barneombudet har bedt om særskilt regulering av dette forhold, noe vi kan forvente vil komme.

At pasienten er i stand til å samtykke, er ikke en betingelse for medisinsk behandling. Det er gitt særskilte regler for de situasjoner der pasienten selv er ute av stand til å samtykke.

Retten til å nekte behandling og til medvirkning

Pasienter med kompetanse til å samtykke har rett til å frasi seg behandling, også der dette får alvorlige konsekvenser for vedkommende. I et pasientforhold som etableres frivillig, kan pasienten på ethvert stadium trekke seg fra videre undersøkelse eller behandling. Undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke eller hjemmel for å fravike kravet om samtykke kan gi grunnlag for reaksjoner fra tilsynsmyndighetene overfor legen. Det kan også rammes av strafferettslige bestemmelser om tvang og utløse erstatningsansvar.

Videre har pasienten rett til å medvirke i behandlingen – det vil si gi uttrykk for ønsker og påvirke legens beslutning dersom det er forsvarlig. I situasjoner med reelle valgmuligheter mellom forsvarlige behandlingsmetoder, skal legen imøtekomme pasientens valg. Valget kan imidlertid begrenses av tilgjengelighet og kostnader knyttet til behandlingen.

Et viktig grunnlag for medvirkning er den informasjon pasienten mottar. Helsepersonells informasjonsansvar er noe utvidet i forhold til tidligere lovgivning. Dette er regulert i pasientrettighetsloven §§ 3–2 til 3–5 (2). Pasienten har rett til informasjon om egen helsetilstand, om ulike behandlingsformer og om ev. risiko og bivirkninger.

I begrepet informert samtykke ligger at pasienten har fått den informasjon som er nødvendig for å kunne gi samtykke eller til å medvirke i behandlingen.

Pasienten kan derimot ikke styre hvilken behandling som skal gis, det er legen som treffer beslutning om medisinsk behandling og oppfølging ut fra hva som er adekvat og forsvarlig. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke i behandlingen. Nærmeste pårørende er den pasienten velger til denne funksjonen. Dersom pasienten ikke er i stand til å velge, bestemmer legen eller den som gir helsehjelpen hvem som skal regnes som «nærmeste» ut fra hvem som antas å stå pasientens nærmest med utgangspunkt i lovens rekkefølge, jf. § 1–3 punkt b.

Legers hjelpeplikt i akutte situasjoner

Pasienters mulighet til å nekte eller til å medvirke er normalt liten i akutte situasjoner, både faktisk og rettslig, og må som hovedregel vike for legens hjelpeplikt. Dette følger både av regler om nødrett og av legers profesjonsansvar (jf. helsepersonelloven § 7 (3)). Hjelpeplikten er begrunnet i tradisjonell legeetikk, og i et verdivalg om at den enkelte skal bidra til å hjelpe andre i nød, under henvisning til respekten for livet. Disse forhold, sett sammen med den tidsnød som foreligger, er begrunnelsen for at den enkeltes selvbestemmelsesrett er innskrenket i i disse situasjoner.

Øyeblikkelig hjelp-plikten

I helsepersonelloven reguleres legers (og andres) ansvar for å gi øyeblikkelig hjelp i § 7. Bestemmelsen innebærer i hovedtrekk en videreføring av den øyeblikkelige hjelpeplikten som tidligere var beskrevet i legeloven § 27. Hjelpeplikten er, i likhet med den alminnelig hjelpeplikt i straffeloven (4) (§ 387, som gjelder alle borgere), begrenset av hva den enkelte evner å gi av hjelp.

Øyeblikkelig hjelp-plikten er ment å gjelde situasjoner som krever innsats for å avverge alvorlig helseskade. Den understreker

et hovedprinsipp om at det kan medføre rettslig ansvar å unnlate å gi hjelp. Det innebærer at det er bedre å handle enn å unnlate å handle, selv om situasjonen er uforberedt og man ikke har nødvendige hjelpemidler til rådighet. Heri ligger også en viss aksept for at man i slike situasjoner kan gjøre feil. I loven er understreket at legens atferd skal vurderes ut fra hvordan den konkrete situasjonen fortonte seg, og ikke ut fra etterpåklokskap eller hva som er ideell opptreden.

Øyeblikkelig hjelp-plikten er først og fremst tatt inn for å understreke legers ansvar også utenom det ordinære arbeid. Den vil kunne anvendes i arbeidssituasjonen, som et pålegg om å motta pasienter eller i prioriteringer mellom pasienter. Den gjelder uavhengig av om situasjonen oppstår utenfor eller innenfor legevirksomheten.

Videre er det stilt særskilte krav til kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om å ivareta befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, ved tilbud og organisering av slike tjenester.

Mer om vilkår for at det kan være øyeblikkelig hjelp

Hjelpen må være «påtrengende nødvendig». I vurderingen må det legges vekt på om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av helsetilstanden. Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp-plikten situasjoner hvor det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling. Det kan være for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom og liknende. En alvorlig smertetilstand kan også omfattes av plikten til øyeblikkelig hjelp. Legen vil da ha en plikt til snarest mulig å avhjelpe situasjonen med å gi smertelindring.

I vurderingen av om det foreligger en øyeblikkelig hjelp-situasjon, må man nødvendigvis bygge på de opplysninger som foreligger. Dersom legen blir feilinformert eller får mangelfulle opplysninger, vil han ikke komme i rettslig ansvar dersom det ikke var grunn til å undersøke situasjonen nærmere. Ved tvil skal legen foreta nødvendige undersøkelser. Det innebærer m.a.o. en undersøkelsesplikt som går lenger enn selve hjelpeplikten. Det er ikke meningen at alle tenkelige undersøkelser skal gjennomføres, bare de undersøkelser som ansees nødvendige for å avdekke om det foreligger en øyeblikkelig hjelp-situasjon. Begrensningen ligger også i at man må være kvalifisert til å utføre undersøkelsene og i stand til det under de rådende omstendigheter.

Plikten gjelder også om pasienten er i en slik psykisk tilstand at det representerer en fare for andre. I slike tilfeller er det kun snakk om å avhjelpe situasjonen. Det er ikke aktuelt å benytte denne bestemmelsen som grunnlag for tvangsinnleggelse. I så fall må kriteriene i lov om psykisk helsevern være oppfylt.

Selv påført helseskade

Plikten til øyeblikkelig hjelp gjelder også der pasienten ønsker å påføre seg selv skade. Denne holdningen er også kommet til uttrykk i strafferetten ved at både medvirkning til selvmord og medvirkning til at noen påfører seg selv alvorlig helseskade er straffbart. Handlinger som i utgangspunktet er rettsstridige, straffes derimot ikke dersom de er foretatt i nødrett eller nødverge. Med øyeblikkelig hjelpen-plikten slipper legen å ta stilling til om pasienten egentlig ønsker å dø eller skade seg selv, men kan konsentrere seg om å hjelpe vedkommende ut av den akutte situasjonen.

Opphør av hjelpeplikten

At hjelpen er «påtrengende nødvendig» innebærer en tidsavgrensning. Når pasienten har fått tilstrekkelig hjelp og faren er over – eller at pasienten er døende uten at det kan ytes adekvat hjelp – opphører øyeblikkelig hjelp-plikten. I lovbestemmelsen er det uttrykkelig sagt at plikten opphører i den «grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen». Med annet kvalifisert menes her personell med samme eller bedre kvalifikasjoner til å gi helsehjelp i den aktuelle situasjonen. Men helsepersonell kan som utgangspunkt ikke fritas for plikten ved å overlate pasienten til annet helsepersonell som ikke har faglig kompetanse til å gi den hjelpen man selv evner. Pasienten kan imidlertid overlates til en med dårligere kompetanse enn en selv såfremt pasienten får forsvarlig hjelp. En slik arbeidsfordeling kan være nødvendig for å kunne prioritere pasienter ut fra det som er medisinsk adekvat og forsvarlig.

Det ligger i øyeblikkelig hjelp-plikten at hjelpen skal ytes så snart som mulig. Dette tilsier at hjelpeplikten ikke opphører ved at pasienten av praktiske eller økonomiske grunner overføres til et annet behandlingsnivå, såfremt hjelpen kan ytes av legen der pasienten er. En slik overføring kan først skje etter at den akutte situasjon er avhjulpet.

Suspensjon av legers hjelpeplikt

Hovedregelen er som nevnt at legen skal gi pasienter hjelp i akutte situasjoner selv om det ikke foreligger samtykke og selv om pasienten aktivt motsetter seg slik hjelp. Lovgiver har vedtatt tre unntak fra dette, som suspenderer legers hjelpeplikt. Pasienter med samtykkekompetanse har fått en begrenset rett til å motsette seg nærmere angitt helsehjelp (jf. pasientrettighetsloven § 4–9) selv om det kan medføre at vedkommende dør. Pasienten kan nekte å motta blod eller blodprodukter og nekte å avbryte en pågående sultestreik. Begge deler forutsetter «alvorlig overbevisning» fra pasienten. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten plutselig bestemmer seg for dette uten noen begrunnelse. Kravet til overbevisning tilsier at legen må forsikre seg om at pasientens uttrykte ønske ikke skyldes psykiatrisk sykdom eller

et lite veloverveid innfall. Legen må også forsikre seg om at pasienten er i stand til å treffe slik beslutninger og har forstått konsekvensene av det. Dette innebærer at legen må ha tid til å gi informasjon til pasienten og til å motta informasjon om pasienten. Dersom legen er i tvil om pasienten virkelig er «overbevist» eller i stand til å bli «overbevist», skal øyeblikkelig hjelp gis. I bestemmelsen er det ikke angitt noen aldersgrense for å kunne treffe slike bestemmelser, men lovens system forutsetter at det i disse situasjoner ikke er den helseettslige myndighetsalder (16 år), men den alminnelige myndighetsalder (18 år) som skal legges til grunn. Foreldre vil ikke kunne treffe slike beslutninger på vegne av sine barn. Overfor barn opprettholdes legers hjelpeplikt, noe som innebærer at prosedyrer med å overføre foreldresansvaret til barnevernet for å kunne gi blod er unødvendig.

Pasienter som er døende, gis også en rett til å motsette seg livsforlengende behandling. «Døende» er et objektivt vilkår som innebærer at pasienten innen nærmeste fremtid vil dø og at det ikke er utsikt til helbredelse eller bedring. Pasienten kan da nekte at dødsprosessen forlenges ved behandling. Retten til å nekte behandling suspenderer derimot ikke helsepersonells plikt til forsvarlig omsorg og pleie av pasienten. Suspensjonen av legers hjelpeplikt i pasientrettighetsloven § 4–9 innebærer at leger i slike tilfeller heller ikke har rett til å yte hjelp.

– Anne Kjersti Befring, Legeforeningen
anne.kjersti.befring@legeforeningen.no

Litteratur

1. Lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7.
2. Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63.
3. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64.
4. Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai 1902 nr. 10.