

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.»

Vedrørende samtykke står det i § 4-4: «Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dersom barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernsloven § 4-8 eller § 4-12, har barnevernstjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.» Det er med andre ord foreldreansvaret som er det avgjørende i pasientrettighetsloven, enten dette ligger hos foreldrene eller er overført til barnevernstjenesten eller til andre, for eksempel til fosterforeldre.

At det er foreldreansvaret som styrer informasjonsplikten, innebærer ikke at legen eller annet helsepersonell må informere begge foreldrene. Det holder *vanligvis* med at den som tar barnet til behandling, mottar informasjon.

Ved delt foreldreansvar forutsettes det et samarbeid mellom foreldrene, noe som bl.a. innebærer informasjonsutveksling om helse, skole og andre forhold av betydning for barnet. I barneloven er forholdet mellom foreldre og barn nærmere regulert. Det er en egen bestemmelse om informasjonsplikt når foreldreansvaret er plassert hos én av foreldrene i § 50. Der står det: «Har den eine av foreldra foreldreansvaret alene, skal denne gi den andre opplysninger om barnet når det blir bedt om det. Den andre har også rett til å få opplysninger om barnet fra barnehage, skule, helse- og sosialvesen og politi, om ikke teieplikta gjeld andsynes foreldra. Slike opplysninger kan nektes gjeve dersom det kan vere til skade for barnet.»

Jeg regner med at Klem sikter til en regel i barneloven § 35 b om beslutningsmyndighet for den av foreldrene som har daglig omsorg. Der står det: «Har foreldra sams foreldreansvar, men barnet bur fast saman med berre den eine, kan den andre ikkje setje seg mot at den barnet bur saman med, tek avgjerder som gjeld vesentlege sider av omsuta for barnet, m.a. spørsmålet om barnet skal vere i barnehage, kor i landet barnet skal bu og andre større avgjerder om dagleglivet.» Denne bestemmelsen regulerer ikke legens informasjonsansvar direkte, men vil få betydning for samtykke til helsehjelp.

Anne Kjersti Befring

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

Responstider i ambulansetjenesten

I Tidsskriftet nr. 3/2004 beskriver Folkestad og medarbeidere hvordan prehospital responstider varierer i ulike kommuner (1). Dette er en viktig kvalitetsindikator. Datagrunnlaget for undersøkelsen er alle 113 oppringninger i 28 kommuner i Vestfold og Troms i 2001, inklusive henvendelser fra

legekontorer og sykehjem. Men hva var eksklusjonskriteriene? Er hendelser som databasen AMIS identifiserer som «tid ikke OK» forkastet? Telles alle utrykkende enheter eller bare den som først ankommer hentestedet? Mange 113-samtaler resulterer ikke i utrykninger, og oppdrag med annen hastegrad kan bli «akutte». Akuttoppdrag rekvireres også via annen sambandsvei. Tabell 2 i artikkelen (1) viser antall komplette registreringer, men hvor mange var inkomplette?

AMK-sentralen i Bergen dekker 338 485 innbyggere og hadde i 2003 5 531 akuttoppdrag via 113-samtaler (egne, upubliserte data). Responstiden er ikke registrert i 30 % av tilfellene. Etter eksklusjon av oppdrag med «tid ikke OK» (hastegrad endret, feil etc.) gjenstår 62 % av oppdragene for analyse av responstid. Dette sier litt om datakvaliteten.

I undersøkelsen til Folkestad og medarbeidere ble responstiden beregnet kommunenvis (1). Dette er ikke en optimal analyse-enhet, for det gir inntrykk av kommunalt eierskap til en ambulanse, som jo er en ressurs som bør benyttes uavhengig av kommunegrenser. Det er også svært vanskelig å beregne størrelsen på befolkningen som skal utgjøre *n* i regnestykket om hvor mange som nås innen tidsgrensene. Er det antall innbyggere i kommunen, bygden, tettstedet, byen, fylket eller regionen? Valgkretsen er den enheten som gir mest detaljerte tall, men er langt fra enkel å regne på.

Selv i en by som Bergen er det umulig å oppnå responstid < 12 minutter for 90 % av akuttoppdragene (egne, upubliserte data). Det tyder på at de mål helsemyndighetene har satt, er urealistiske.

Måling av reaksjonstiden ved AMK-sentralene ved hjelp av databasen AMIS er tviolsom. Klokkeslett for «varselet» settes når ressurskoordinator tildeler oppdraget til ambulansen. For ambulanser med kartterminal skjer dette samtidig med varsling over radio (eller telefon), mens det ellers kan gå opptil et par minutter fra varsling faktisk utføres til det registreres i databasen. Årsakene er flere, men konsekvensen er at flere tidsregistreringer må forkastes fordi det i databasen vil se ut som om ambulansen rykket ut før den var blitt varslet!

Helse Vest har satt i gang et arbeid med å standardisere måten kvalitetsindikatorene skal overvåkes på. Vi håper andre gjør det samme, slik at man kan se hvordan forholdene er rundt om i landet.

Guttorm Brattebø

Lars Myrmel

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospital responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.

E.H. Folkestad og medarbeidere svarer:

Vi takker for innlegg fra Brattebø & Myrmel, som reiser flere viktige spørsmål til artikkelen om prehospital responstider (1). Studien var langt mer omfattende enn det vi kunne presentere på trykk. Detaljer om datakvalitet for undersøkte kategorier og kommuner ble betraktet som for spesialisert for Tidsskriftets gjennomsnittslaser. For interesserte presenterer vi her noen presiseringer og tilføyelser.

Studien baserer seg på alle prehospital, primære responser i hastegrad AKUTT med bil- eller båtambulanse, legebil eller ambulanshelikopter. Materialet er ikke begrenset til 113-oppringinger, det omfatter også AKUTT-oppdrag rekvirert via andre sambandsveier. 113-samtaler uten påfølgende utrykning er ikke medregnet, men oppgraderte responser teller. Kun enheten som først ankom hentestedet, er med. Som nevnt i artikkelen er ambulansetransportbestillinger fra legekontorer og sykehjem inkludert, mens overflyttinger mellom sykehus, kuvøsetransporter, internt transporter, hjemkjøringer, øvelsesutrykninger og utrykninger til beredskapssituasjoner er utelatt.

«Enhets reaksjonstid» var i noen tilfeller negativ. Dette skyldes AMK-sentralens forsinkede registrering av tid for varsling av enhet. Tidspunktet ble da strøket, og andelen inkomplette data økte. Dette belyser en sannsynlig systematisk feil – for lang «AMK-reaksjonstid» og for kort «enhets reaksjonstid». «Prehospital responstid» påvirkes ikke.

Mange registreringer manglet én eller flere tidspunkter, resterende tilgjengelige variabler ble regnet ut. Andelen mangelfulle registreringer for prehospital responstid var i Vestfold 12 % (spredning mellom enkeltkommunene 4,6–49 %) og i Troms 27 % (24–57 %), for AMK-reaksjonstid 6,3 % (2,6–11 %) og 9,7 % (5,4–19 %), for enhets reaksjonstid 19 % (12–52 %) og 46 % (22–62 %) og for utrykningstid 21 % (11–54 %) og 50 % (45–71 %).

Vi er enig med Brattebø & Myrmel i at kommunevis beregning ikke er optimalt. Kommuner har ofte både tettbygde og grise-grendte strøk. Den mer detaljerte inndelingen i valgkretser var for oss praktisk umulig, men kan kanskje egne seg.

De foreslåtte anbefalingene til prehospital responstid i stortingsmeldingen om akuttberedskap (2) kan være urealistiske. Vår studie belyser nytten av korte responstider. Vi ønsker ingen nedjustering av målene. Vi tror *ikke* at kravet om at 90 % av befolkningen i byer og tettsteder skal nås innen 12 minutter er urealistisk. Definisjonen tettbygd/tynt befolket må imidlertid avklares. For Tønsberg kommune nås 85,9 % av befolkningen innen 12 minutter. Siden deler av kommunen er tynt befolket,