

Om døendes rettsstilling

Når pasienter nekter helsehjelp som av helsepersonell anses å være nødvendig, reises mange vanskelige spørsmål. Det legitimerer imidlertid ikke uklar, urimelig eller detaljert lovregulering.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Lars Johan Materstvedt & Aslak Syse fortsetter i Tidsskriftet nr. 4/2006 en viktig debatt om retten til å nekte helsehjelp i henhold til norsk helselovgivning og medisinsk praksis (1). Forfatterne synes å mene at hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7 og unntaksbestemmelsene i pasientrettighetsloven § 4.9 er rimelige og tilstrekkelig avklart. Undertegnede er uenig i dette.

Hvem er «døende»?

Materstvedt & Syses omtale av begrepet «døende» viser at loven kan tolkes på svært ulike måter. Blant klinikere er det vanlig å bruke termen «døende» om personer som har timer, dager eller få uker igjen å leve (2). Materstvedt & Syse hevder at pasienter kan være døende i 6–9 måneder og at det ikke er utelukket at f.eks. mennesker med progredierende multipel sklerose er døende selv om de har leveutsikter på flere år. Helsejurist Henriette Sinding Aasen har derimot i sin doktoravhandling presisert at det ikke er tilstrekkelig at en person lider av kronisk sykdom som stadig forverrer seg (f.eks. multipel sklerose) for at vedkommende skal kunne sies å være døende (3). Det viktige er imidlertid at dersom man utvider begrepet «døende», blir det vanskeligere å begrunne hvem som skal ha rett til å nekte livsforlengende behandling, pga. økt usikkerhet knyttet til prognose og pga. utvanning av etisk relevante forskjeller mellom f.eks. døende og alvorlig kronisk syke pasienter. Uansett kan det synes inkonsistent og urimelig både ut fra et medisinsk, etisk og rettslig synspunkt at kun visse pasienter eller pasientgrupper (døende, sultestreikende og de som nekter blodtransfusjon) skal kunne oppheve helsepersonells hjelpeplikt, gitt at pasientene er beslutningskompetente.

Ulike helserettslige syn

Marit Halvorsen har påpekt at helsepersonells hjelpeplikt bør være mindre omfat-

tende (gjennom en snevrere bruk av begrepet «påtrengende nødvendig») når pasienten er bevisst og tydelig nekter å motta behandling enn når pasienten er bevisstløs eller sterkt svekket (4). Før siste revisjon av helselovgivningen uttrykte Halvorsen dette enda sterkere: «Det er ikke akseptabelt å gjennomføre behandling (inkludert livreddende behandling) med tvang – overfor pasienter som er fullt bevisste og har gjort sitt valg» (5).

Materstvedt & Syse hevder derimot at det i slike situasjoner ikke er helsepersonellens oppgave å vurdere og ta stilling til pasientens begrunnelse for å nekte hjelp, dvs. kvaliteten på nektelsen eller pasientens samtykkekompetanse er ikke relevant, gitt at det foreligger en hjelpeplikt (og situasjonen ikke faller inn under unntaksbestemmelsene i pasientrettighetsloven § 4.9). Det er med andre ord ulike syn blant helserettsekspertene i spørsmålet om pasientens beslutningskompetanse har betydning for omfanget av helsepersonellens hjelpeplikt.

Uklare regler for kompliserte avgjørelser

I situasjoner der pasienter nekter å motta helsehjelp som av helsepersonell anses å være påtrengende nødvendig, er det selvsagt, som Materstvedt & Syse sier, snakk om meget vanskelige og ofte situasjonsbestemte medisinske og etiske avgjørelser som aldri kan eller bør løses gjennom detaljert regelverk. At det er vanskelig å lovregulere kompliserte avgjørelser, legitimerer imidlertid ikke uklare eller urimelige juridiske føringer eller at man lar være å vektlegge de hovedprinsippene som det er stor enighet om. At beslutningskompetente pasienter skal ha en rett til å nekte helsehjelp, er et av de områdene innen medisinsk etikk der det eksisterer stor grad av enighet, til tross for at Materstvedt & Syse hevder at konsensus om dette ikke finnes (6, 7). Det som det derimot har vært og eksisterer betydelig uenighet om, er hvordan man skal avgjøre når pasienten ikke er beslutningskompetent, og det er også ulike syn på hva det vil si å være beslutningskompetent.

Nødvendig problematisering

Vi finner det mildest talt merkelig når forfatterne hevder at det å problematisere lovverkets formuleringer og intensjoner med henblikk på helsepersonells hjelpeplikt skulle innebære et ønske om mer regelsty-

ring av etiske avgjørelser i klinisk medisin. Det gjør det selvsagt ikke. Tvert imot er det vår oppfatning at lovverket i dag har gitt unødvendig detaljerte føringer for når pasienten kan nekte å motta påtrengende nødvendig helsehjelp, i tillegg til at utformingen av hjelpeplikten med tilhørende unntaksbestemmelser kan synes uklar og urimelig både ut fra medisinske, juridiske og etiske betraktninger. Å bruke uttrykk som «å hausse opp konflikter» om det å reise en diskusjon på et så viktig og uavklart område innen norsk helsejus og medisinsk praksis, er i beste fall usaklig. At Materstvedt & Syse beskriver hva som generelt er praksis for dette feltet ved å vise til én artikkel som beskriver ett enkelt behandlingsforløp, indikerer at det er behov for større faglig oppmerksomhet og offentlighet omkring disse spørsmålene.

Per Nortvedt

p.nortvedt@medisin.uio.no

Reidar Pedersen

Seksjon for medisinsk etikk
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 10.2. 2006.

Litteratur

1. Materstvedt LJ, Syse A. Døendes rettsstilling. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 488–9.
2. Terapianbefaling. Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet. Publikasjon 2001: 02. Oslo: Statens legemiddelverk, 2001: 16. www.legemiddelverket.no/upload/20013/publikasjon2-2001.pdf (21.2.2006).
3. Aasen HS. Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
4. Halvorsen M. Pasienter som nekter behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 32–4.
5. Halvorsen M. Rettslig grunnlag for medisinsk behandling. Bergen: Fagbokforlaget 1998: 199.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5. utg. Oxford: Oxford University Press, 2001.
7. British Medical Association. Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment. Guidance for decision making. London: BMJ Books, 2001.