



Pasienter som nekter behandling

Tidligere er det i denne spalten gjort rede for begrepsbruk i det nye lovverket i forhold til situasjoner der pasienter nekter å bli behandlet. Her drøftes problemstillingen mer inngående, og det pekes på svakheter i lovgivningen. Leger rådes i tvilstilfeller til å handle medisinsk forsvarlig.

Av og til støter man på pasienter som nekter å motta medisinsk behandling, selv om behandlingen er sterkt indisert, kanskje livsnødvendig. Ofte skyldes nektelsen at pasienten har en mental svekkelse som stenger for forståelse av behandlingens viktighet. Barn kan motsette seg behandling fordi de er redde, eller ikke forstår hvorfor de må plages. Når det gjelder behandling som innebærer overføring av blodprodukter, er det en kjent sak at personer som tilhører Jehovas vitner vil avslå slik behandling. En sjelden gang vil personer som gjennomfører sultestreik nekte å la seg redde. Døende mennesker kan nekte å motta behandling som bare skal holde dem i live en stund til. En kort oversikt er tidligere gitt i spalten (1), men problemstillingen er komplisert og fortjener en utdypende redegjørelse.

Det å nekte indisert medisinsk behandling skaper problemer for dem som har behandlingsansvaret for pasienten (utover eventuelle helseproblemer for pasienten selv), fordi det kommer på tvers av plikten til å yte hjelp. Hvis det er behov for øyeblikkelig hjelp, sier helsepersonelloven uttrykkelig at hjelpen skal gis selv om pasienten motsetter seg det (§ 7, første ledd). Tre spesielle situasjoner er unntatt: Hvis pasienter som «på grunn av alvorlig overbevisning» nekter å motta blod eller nekter å avbryte sultestreik, eller døende personer nekter å motta livsforlengende behandling, skal legen (dette gjelder alt helsepersonell, men her brukes legen som eksempel) respektere nektelsen.

Utgangspunktet for all medisinsk behandling er at det er pasienten selv som bestemmer om hun eller han vil ha behandling eller ikke. Det er ingen rettsplikt å la seg behandle. Man behøver ikke oppsøke lege om man er syk, og med mindre man er innlagt med tvang, er det i utgangspunktet ingen som (rettslig) kan hindre en pasient å stå opp av sin seng og spasere ut av sykehuset. Dette prinsipp er nedfelt i pasientrettighetsloven § 4-1.

Når kan pasienten ikke nekte?

Spørsmålet som må stilles, er derfor ikke «når kan pasienter nekte å motta behand-

ling?» men «når kan pasienten ikke nekte å motta behandling?» eller, bedre, «når foreligger det hjemmel for å behandle pasienten mot hans eller hennes vilje?». Ut fra helsepersonelloven § 7 skulle man tro at slik hjemmel alltid foreligger i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Men det kan ikke være riktig. En første forutsetning for at man skal kunne se bort fra pasientens valg om å nekte, er at vedkommende på en eller annen måte befinner seg i helsevesenets varetekt, f.eks. ved å være i en helseinstitusjon, eller fordi lege er kommet til stedet, f.eks. etter en ulykke. Den pasient som bevisst unnlater å tilkalle hjelp selv om hjelpen fra medisinsk synspunkt er påtrengende nødvendig, kan neppe hales inn til behandling. Dette gjelder, vel å merke, for somatisk syke. Den som er psykisk syk, kan under bestemte forutsetninger bli innbrakt til behandling med tvang.

De praktisk sett viktigste tilfeller der det finnes hjemmel for å behandle noen mot deres vilje, er der pasienten fyller vilkårene i lov om psykisk helsevern for å bli behandlet med tvang. Men husk: Tvangshjemlene der gjelder bare behandling av en psykisk lidelse, somatisk sykdom faller utenfor lovens rekkevidde. En psykotisk person kan derfor i utgangspunktet ikke behandles for en somatisk tilstand hvis han eller hun nekter å motta slik behandling (2).

En annen gruppe praktisk viktige tilfeller gjelder barn. De som har foreldreansvaret for et barn under 16 år (som er den helserettslige myndighetsalder i Norge, jf. pasientrettighetsloven § 4-3b), kan i stor utstrekning treffe beslutning om medisinsk behandling på barnets vegne. Det gjelder også om barnet nekter – innenfor visse grenser (pasientrettighetsloven § 4-4).

Svært ofte blir pasienter behandlet uten at man helt sikkert vet noe om deres vilje. Jeg tenker særlig på dem som etter ulykker eller akutt sykdom blir brakt til sykehus i bevisstløs eller svært svekket tilstand. Her kan man støtte seg til et antatt samtykke fra pasienten: Man kan klart formode at folk som havner i slike situasjoner, ønsker å bli behandlet. Dette kan også (med litt møye) leses ut av pasientrettighetsloven § 4-6, 2. ledd. Her er det godt samsvar mellom reglene i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Når pasientens syn er uforståelig

De vanskelige tilfellene er der pasienten nekter å motta behandling, og nektelsen fremstår som helt irrasjonell. Når kan man velge å overse pasientens protester, uten å gjøre noe ulovlig?

Det må understrekes at det som for legen kan fremstå som irrasjonelt, kan være helt rasjonelt fra pasientens synspunkt. En kreftpasient må bli respektert for sin beslutning om ikke å underkaste seg en ubehagelig og kanskje både risikabel og nytteløs behandling, selv om legen bestemt mener at det er forsøket verdt. Vil pasienten la lungebetennelsen gå sin gang, kan legen ikke tvinge vedkommende til å ta antibiotika. Legens plikt, og rett, til å behandle den motvillige gjelder ikke slike tilfeller.

Lovgivningen skiller mellom øyeblikkelig hjelp-situasjoner og mindre akutte tilstander. Mentalt habile personer skal, utenfor øyeblikkelig hjelp-tilfellene, som nevnt respekteres når de nekter å motta behandling. Jeg vil for egen regning tilføye at vurderingen av hvilke tilstander som kommer inn under kategorien «påtrengende nødvendig» bør være snevrere når pasienten er bevisst og tydelig nekter behandling enn når pasienten er bevisstløs eller sterkt svekket og ikke i stand til å nekte eller samtykke. Legens plikt og rett til å behandle disse pasientene omfatter også tilstander som den bevisste og klare pasient må kunne nekte å bli behandlet for, såfremt man kan anta at folk flest vil ønske seg behandling.

Dernest skiller loven mellom pasienter som har samtykkekompetanse (i dette tilfellet kompetanse til å nekte) og dem som ikke har det. Den som ikke er ved sine «fulle fem», må finne seg i å få sin nektning overprøvd. Pasientrettighetsloven § 4-3 peker på noen forhold som skal vurderes for å avgjøre om pasienten er mentalt habil: fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemning. Er det åpenbart at pasienten ikke er i stand til å forstå hva som foregår, er vedkommende ikke kompetent til å samtykke til og heller ikke til å nekte å motta helsehjelp. En avgjørelse om pasientens kompetanse skal være skriftlig og begrunnet, og legges frem for pasienten og de pårørende, alternativt for annet helsepersonell hvis pasienten ikke har pårørende. Poenget med denne kompetansevurderingen er å sikre at behandling bare gis til dem som ønsker det. Loven sier også uttrykkelig at det kreves særlig hjemmel for å gi behandling til mentalt inkompetente personer som aktivt nekter (pasientrettighetsloven §§ 4-5 og 4-6). Slike «særlige lovbestemmelser» finnes i helsepersonelloven § 7 for øyeblikkelig hjelp-tilfeller og i lov om psykisk helsevern (som er helt upraktisk i forbindelse med somatisk sykdom). Dessuten finnes en bestemmelse i smittevernloven § 5-3 om tvungen isolering av smittevernshensyn, som må kun-

ne anvendes også overfor mentalt inkompetente som nekter behandling. Dette innebærer at en lege som står overfor en mentalt inhabil pasient som nekter å la seg behandle, enten må definere situasjonen som øyeblikkelig hjelp, allmennfarlig smittsom sykdom eller ta sin tilflukt i nødrett. For at en i utgangspunktet ulovlig behandling likevel skal være lovlig etter nødrettsinstituttet, kreves at krenkelsen av rettsgodet (pasientens selvbestemmelsesrett) er mindre enn godet som oppnås (en mulig bedring av pasientens tilstand).

Lovregler som gir etiske dilemmaer

Til sist har lovgiver altså identifisert noen bestemte situasjoner, og bestemt at pasienten da kan nekte å motta helsehjelp selv om hjelpen er påtrengende nødvendig. Det gjelder for det første pasienter som på grunn av alvorlig overbevisning ikke vil ha blodoverføring. Dette er en situasjon som forekommer fra tid til annen ved alle norske sykehus. Det oppsiktsvekkende ved lovbestemmelsen er at den ser ut til å gi pasienten rett til å instruere legen om å utøve sitt fag på en ikke forsvarlig måte. Eksempelvis: Pasienten kan samtykke i å underkaste seg en operasjon på den betingelse at det ikke gis blod selv om det skulle bli nødvendig: Legen må la pasienten dø på operasjonsbordet. Lovens forarbeider berører bare så vidt dette fryktelige etiske dilemmaet, og sier kort at «kan helsepersonellet ikke godta å behandle pasienten på disse vilkår, kan pasienten henvises til annet helsepersonell» (Ot.prp. nr. 12 1998–99 s. 135). Det er etter min mening ikke mulig å harmonisere legens plikt til å utøve sin virksomhet forsvarlig med pasientens rett til å instruere legen om ikke å gjøre det som i en gitt situasjon er lege artis. Problemet påkaller en helt annen grundighet i overveielser enn det lovgiver har gitt. Et spørsmål som må stilles, er for eksempel om ikke regelen i § 4-9 heller må forstås slik at den som nekter å motta blod, samtidig gir avkall på behandling der blodoverføring vil være lege artis under gitte omstendigheter. Grovt sagt, hvis man ønsker å bli operert, må man finne seg i å bli det på den måten som er medisinsk forsvarlig – altså eventuelt med blodoverføring.

Det etiske spørsmål er etter mitt syn litt annerledes der det er tale om en sultestrikkende person som ikke vil la seg ernære. Det er selvsagt ikke god medisinsk skikk å la folk dø av sult når de lett kunne vært reddet, men sultestreiken er en bevisst handling, ikke et sykdomstilfelle, og den sultestrikkende har ikke oppsøkt helsevesenet for å få hjelp. Det er derfor mindre nærliggende å se denne situasjonen som en oppfordring til legen om å handle i strid med det som er medisinsk forsvarlig.

Når det gjelder de døende som nekter livsforlengende behandling, tror jeg det er stor enighet om at det er en relevant og god regel at man ikke skal måtte finne seg i å bli på-

prakket en behandling som bare må holdes ut og som ikke har noe helbredende formål. Vanskeligheten her består vel heller i å håndtere de pårørende, den døendes og helsepersonellets oppfatning samtidig, etter som disse kan sprike.

Straffansvar for legen

Konsekvensen av reglene i pasientrettighetsloven § 4-9 er at legen ikke er straffrettslig ansvarlig hvis pasienten dør som følge av behandlingsnekt. Motsatt spørsmål må også stilles: Blir legen strafferettslig ansvarlig for å overtrent pasientens forbud mot behandling? Jeg kan vanskelig se at den lege som yter øyeblikkelig, livsnødvendig hjelp til en pasient som er i vedkommendes varetekt, skulle bli straffeforfulgt. For å få en felle dom må det for eksempel bevises at legen forstod at pasientens nekting var alvorlig nok motivert, at informasjonen som ble gitt pasienten var tilfredsstillende, og at pasienten forstod konsekvensene av å nekte.

Pårørende

Avslutningsvis må det sies noen ord om de pårørende. Pasientrettighetsloven henverder seg i flere bestemmelser til dem, og gir dem rettigheter og kanskje plikter.

I forhold til barn er foreldre (eller andre foresatte) naturlig nok trukket inn i spørsmålet om samtykke (og nekting). Regelen i pasientrettighetsloven § 4-4 gir anvisning på at barnets selvbestemmelsesrett øker med alder og modenhet. Det kan innebære at barnets behandlingsnekt må respekteres selv om barnet er yngre enn 16 år. Hvis forfengelige foreldre for eksempel ønsker å få justert barnets utstående ører, og barnet ikke vil, bør inngrepet ikke utføres. Alt som kan vente til barnet ombestemmer seg, eller blir 16 år, bør man være tilbakeholden med å gjøre mot barnets vilje. Motsatt: Behandling som er sterkt indisert, bør som regel gjennomføres selv om barnet ikke vil. Men man skal være oppmerksom på at barn – til og med ganske små barn – kan ha meget velbegrunnede oppfatninger om behandling, og disse bør respekteres hvis man vil ta barnet på alvor (3).

I forhold til voksne trekker pasientrettighetsloven de pårørende inn der pasienten er mentalt inhabil. Det kan se ut som om loven gir de pårørende rett til å beslutte om helsehjelp av et visst omfang skal gis. Pasientrettighetsloven § 4-6, annet ledd lyder «Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp...». Loven nevner ikke muligheten for å nekte på vegne av pasienten. Bestemmelsens tilblivelseshistorie er komplisert, noe som gjenspeiles i dens uklare formuleringer. På bakgrunn av forarbeidene (særlig Innst.O nr. 91 1998–99) og de hensyn som gjør seg gjeldende i forhold til pårørende og pasienter, synes den riktige forståelse av § 4-6 annet ledd å være at den er en saksbehandlingsregel. Bestemmelsen pålegger legen å informere de pårørende og ta

hensyn til deres synspunkter så langt det synes i samsvar med pasientens interesser og med hva som er forsvarlig behandling. Men pårørende kan ikke på vegne av en mentalt inkompetent pasient nekte at det blir ytt indisert behandling. Også i pasientrettighetsloven § 4-9 finner vi en saksbehandlingsregel som gjelder de pårørende: Hvis den døende pasient ikke er i stand til å kommunisere, skal legen samrå seg med eventuelle pårørende for å avgjøre om pasienten ikke ønsker livsforlengende behandling.

Konklusjon

Denne korte gjennomgang av regelverket omkring nekting av medisinsk behandling etterlater mange vanskelige spørsmål, av så vel etisk som rettslig art. Mitt råd som jurist til leger er å holde fast ved kravet til faglig forsvarlig virksomhet som det overordnede prinsipp. Pasientens selvbestemmelsesrett skal også respekteres. Det kan i mange tilfeller være faglig forsvarlig å unnlate å gi behandling til pasienter som motsetter seg det, selv i tilfeller der behandlingen er livsnødvendig. Men det er etter mitt skjønn ikke riktig å gi pasienten rett til å bestemme at legen skal utføre sin gjerning i strid med hva som er lege artis. Da får man heller klare seg uten lege.

– Marit Halvorsen, Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Befring AK. Legers plikt til å hjelpe og pasienters rett til å nekte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1408–9.
2. Gulbrandsen P. Somatisk tvangsbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3441.
3. Alderson P. Choosing for children: parents' consent to surgery. Oxford: Oxford University Press, 1990.

○

