Margunn Rommetveit
Høgskolelektor
Høgskolen i Bergen
Institutt for Vernepleie- og Sosialt arbeid.
Margunn.Rommetveit@hib.no

Pasientrettigheter med bismak

Er saksbehandlingskravene gode nok til å hindre unødvendig tvangsbehandling?

Nye bestemmelser

Fra 1. januar 2009 trer nye bestemmelser i kapittel 4A i pasientrettighetsloven i kraft. De omhandler retten for helsepersonell til å yte hjelp til pasienter som *mangler samtykkekompetanse*, og som motsetter seg det som anses som nødvendig helsehjelp. Reglene gjelder all *somatisk* helsehjelp til personer med demens, utviklingshemning, eller fysiske eller psykiske forstyrrelser som svekker samtykkekompetansen. Det hevdes at det rettslige grunnlaget i nåværende pasientrettighetslov har vært uklart, og at de nye bestemmelsene også har et ønske om å klargjøre og forebygge og begrense bruk av tvang. Derfor følger det særlige saksbehandlings- og overprøvingsregler i kjølvannet av de nye reglene.

Det gjennomføres i disse dager utstrakt kurs- og informasjonsvirksomhet fra Helsedirektoratet rettet mot helsepersonell og pasienter og deres pårørende om de nye bestemmelsene. Det er laget informasjonshefter som kan lastes ned i fulltekst fra internett, og en kan øke sin kompetanse om regelverket via e-læring. Det er også lagt ut et eget studiehefte der en arbeider seg gjennom ulike kasusbeskrivelser, der det er aktuelt å vurdere ytelse av tvungen helsehjelp etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4A.

Debatten i kjølvannet av de nye bestemmelsene har derimot vært ganske lavmælt. Etter mitt skjønn åpner kapittel 4A i pasientrettighetsloven for en rekke spørs-

illusjon

mål og vurderinger knyttet til grunnleggende menneskerettslige spørsmål.

Historisk tilbakeblikk

La meg først ta et kort historisk tilbakeblikk til pasientrettighetslovens tilblivelse og de strømninger som presset Lov om pasientrettigheter frem. Loven ble vedtatt i Stortinget i 1999, og iverksatt fra 1. januar 2001. På hele nittitallet hadde det innen helse-, sosial og utdannings- feltet i Norge vært på gang et paradigmeskifte innen «hjelpeprofesjonene», der en beveger seg fra å ha et problemperspektiv med fokus på det negative og mangler, til et ressursperspektiv, som heller enn å spørre hva som gjør folk syke, etterspør hva som gjør folk friske og hvilke evner de selv har til å gå i retning av en bedre helse og et liv med mening for dem selv. Samtidig kommer strømninger fra andre siden av Atlanterhavet, der pedagogen Freire med sin «frigjørende pedagogikk» og undertrykte grupper som homofile og funksjonshemmede i USA fremmer slagordet «Empowering People». Det handler om å gi kraft til dem som kjemper for sin sak, styrke, oppruste og mobilisere, og i norsk oversettelse: Myndiggjøre. Hvem er det så nødvendig å myndiggjøre seg i forhold til? Overført til Helse-Norge: Man etterspør ikke lenger bare ekspertenes syn på deg som pasient, men etterspør i like stor grad hvilke behov du har, og hvilken motivasjon du har til å hjelpe deg selv og gå videre i livet ditt. Det er med andre ord en optimistisk modell som har tro på at folk har selvoppholdelsesdrift og evne til mestring og utvikling. Som pasient er man ikke lenger en brikke i hendene på spesialistene, men har klare rettigheter via pasientrettighetsloven til å bli grundig informert og på kvalifisert grunnlag kunne gi sitt samtykke til behandling. Mange offentlige utredninger utover på 90-tallet tar opp i seg disse strømningene, og vi får forskrifter og rundskriv som understreker brukermedvirkning, brukerstyring og selvbestemmelse som rettigheter på system og individ-nivå. Retten til individuell plan er bare en av flere rettigheter som nedfelles i pasientrettighetsloven etter hvert.

Retten til selvbestemmelse

Pasientbegrepet rommer pr. definisjon: *En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.* Pasientrettighetsloven §1-3a. Dette innebærer at personer, som av ulike årsaker ikke like godt kan ivareta pasientrettighetene sine, må få bistand enten av pårørende, hjelpeverge eller kvalifisert helsepersonell som kjenner vedkommende godt. Det arbeides seriøst i mange boliger for å styrke selvbestemmelsen til mennesker med utviklingshemming når det gjelder dagliglivets små og store avgjørelser. Ikke minst kreves det av fagpersonene at de har evne til å tilstrebe en likeverdig samhandling, som vektlegger den andres initiativ som viktige og betydningsfulle. Dette i skarp kontrast til sentralinstitusjonene for psykisk utviklingshemmede på 80-tallet, hvor menneskene var blitt så vant til at andre bestemte for dem, at de utviklet lært hjelpeavhengighet, og hadde store

problemer i forhold til for eksempel å foreta valg.

Vi kjenner også til fra vår nære fortid at overgrep og umyndiggjøring har forekommet og forekommer den dag i dag. Nylig leste vi om eldre som overmedisineres for at pleiepersonalet skulle få oversikt og ro på avdelingene for mennesker med demens. Vi kommer ikke unna den kjensgjerningen at vi har grupper som i utgangspunktet stiller bakerst i køen når det gjelder å hevde sine retter i møte med hjelpeapparatet. Mitt spørsmål blir da: Vil disse pasientgruppenes integritet og verdighet bli tilstrekkelig ivaretatt i de nye bestemmelsene i kapittel 4A?

Samtykkekompetanse

Reglene omfatter all somatisk helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som *motsetter* seg *nødvendig* helsehjelp, personer med demens, utviklingshemming eller fysiske og psykiske forstyrrelser som svekker samtykkekompetansen, og gjelder både i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Dette stiller store krav til faglig og etisk kompetanse hos helsepersonell som skal foreta disse vurderingene. Aller først må en vurdere om det foreligger manglende samtykkekompetanse. Å ha samtykkekompetanse innebærer å ha evne til å forstå den informasjonen som gis og å ha evne til å knytte informasjonen til sin egen situasjon. Dernest handler det om å ha evne til å utrykke et valg – å si ja eller nei til den foreslåtte behandlingen. Dersom helsepersonellet er i tvil om en person har tilstrekkelig samtykkekompetanse, må de snarlig klargjøre dette, begrunne det skriftlig og legge det fram for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Begrunnelsen for manglende samtykkekompetanse skal ikke gjelde generelt, men være knyttet til hver enkelt situasjon, og det skal være begrunnet i at pasienten vil risikere vesentlig helseskade, og at helsehjelpen må være *nødvendig*. Et annet viktig krav er at ut fra en helhetsvurdering må tiltaket stå i forhold til behovet for helsehjelp.

Det er klart at å bli påtvunget behandling man motsetter seg, er en sterk inngripen i den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Dette må være unntaket og ikke regelen! Hvordan kan man komme pasienten i møte og oppnå god kontakt og klare å påvirke i retning av nødvendig helsehjelp uten bruk av tvang og makt? Dette er viktige læringsmål som en hver profesjonsutdanning innen hjelpeyrkene må sette på dagsorden. Loven stiller heldigvis krav om at tillitsskapende tiltak må være prøvd ut før man går til bruk av tvang og makt. Dette fordrer helsepersonell som kjenner pasienten og har evne til å forstå vedkommende og å oppnå god dialog. Ofte kan man undre seg om effektivitetskravene i helsevesenet i dag er forenelige med disse tiltakene som krever samvær over tid. Det å overkomme motstand mot behandling, krever også tid. Man informerer, sår et lite frø som trenger tid for å vokse, for så å erkjenne at det kanskje ikke var så dumt å takke ja til behandling likevel. Gradvis tilnærming, steg for steg, ikke trenge seg på og virke overveldende, er også måter som kan bære frukter etter noe tid. Det at pasienten føler seg trygg og at det som skjer er oversiktlig og gjenkjennbart er også sentralt.

Store faglige og etiske krav

Det stilles krav til fagansvarlig som skal gjennomføre tiltaket om at man skal kartlegge årsakene til at vedkommende motsetter seg nødvendig helsehjelp. Dette krever at fagansvarlig kjenner pasientens historie og har evne til å tenke helhetlig. Det stilles med andre ord store faglige og etiske krav til helsepersonell som skal foreta disse vurderingene, som nødvendigvis åpner for en del skjønn. Bruk av tvang for å gjennomføre nødvendig helsehjelp overfor personer uten samtykkekompetanse, krever høy faglig bevissthet om hva det vil si å foreta alvorlige inngrep i pasienters autonomi og integritet. Dette kan bare forsvares mot det hensynet at å gjennomføre tiltaket har enda større viktighet for pasientens helbred enn å la være.

Til slutt vil jeg påpeke det ansvaret som hviler på helsepersonell som skal arbeide i henhold til Pasientrettighetsloven kapittel 4A. Kanskje burde en i større grad løftet vedtakene om samtykkekompetanse og gjennomføring av nødvendig helsehjelp inn i en sammenheng som sikrer tilstrekkelig faglig vurdering, og ikke minst en «second opinion»? I dag, slik jeg ser de nye bestemmelsene foreslått gjennomført, vil en i verste fall kunne få helsearbeidere som arbeider i sitt «private vacuum» uten å få brynt begrunnelsene sine i en kollegial setting. Det som kreves er at begrunnelsene legges fram for pasient og nærmeste pårørende, og at vedtak journalføres. En så alvorlig inngripen i pasienters selvbestemmelse burde ha bedre og mer formell saksbehandling, ikke minst med tanke på å forebygge bruk av tvang og makt og å hindre overgrep. • • •

Vintersolverv