

Forskningsrapport nr. 165 / 2015
Research report no. 165 / 2015

Presumptivt samtykke i prehospitalt arbeid

Av
Halvor Nordby



**Høgskolen
i Lillehammer**

Lillehammer University College • hil.no

For fullstendig oversikt over publikasjonene i HiLs skriftserie se
http://hil.no/hil/biblioteket/forskning_og_publicering/skriftserien_ved_hil

Kr. 100,-

ISSN 0806-8348

ISBN 978-82-7184-371-7 (Trykt publikasjon)

ISBN 978-82-7184-372-4 (Nettpublikasjon)

Alle synspunkter står for forfatterne sin regning. De må ikke tolkes som uttrykk for oppfatninger som kan tillegges Høgskolen I Lillehammer. Denne artikkel kan ikke reproduseres - helt eller delvis - ved trykking, fotokopiering eller på annen måte uten tillatelse fra forfatteren.

Any views expressed in this article are those of the authors. They should not be interpreted as reflecting the views of Lillehammer University College. This article may not be reprinted in part or in full without the permission of the author.

Presumptivt samtykke i prehospitalt arbeid

halvor.nordby@hil.no

Sammendrag. Ved å gi pasienter og pårørende god informasjon kan helsearbeidere gi dem et kunnskapsbasert utgangspunkt for å delta aktivt i beslutninger om handlingsvalg. Målet er alltid å velge pasienthandlinger som samsvarer med pasienters egne interesser og å skaffe informert samtykke, hvis det er mulig. Kvalifikasjonen 'hvis det er mulig' er her viktig. I arbeid med noen pasientgrupper, og i noen deler helsefaglig praksis, kan det være utfordrende, uriktig eller til og med umulig å innhente informert samtykke. I mange av disse situasjonene må helsearbeidere, i større eller mindre grad, anta at det foreligger et stilltiende *presumptivt* samtykke. Ambulansearbeid er definitivt et område hvor dette moderate samtykkebegrepet er relevant. Ambulansepersonell står ofte overfor pasienter som har alvorlig sykdom eller skade, de jobber i en åpen, offentlig setting, og pasientarbeidet preges av tidspress, ressursbegrensninger og kommunikasjonsutfordringer internt i tjenestene og eksternt i relasjoner til pasienter, pårørende og andre tilstedeværende. Målet med denne forskningsrapporten er å bruke begrepsanalytisk metode – som en versjon av teoretisk forskning - til å diskutere hvordan disse begrensningene gjør begrepet om presumptivt samtykke spesielt viktig i prehospitaltjenester. Hovedpoenget er at selv om det i utgangspunktet ofte er umulig for ambulansepersonell å innhente informert samtykke, så betyr ikke det at pasientsamtykke er uviktig som et ideal å strekke seg etter så godt det lar seg gjøre. Som i annet helsearbeid bør det prehospitalt målet alltid være å legge til rette for kunnskapsbaserte pasientvalg i den grad det er mulig. Det vil derfor være en misforståelse å tro at hvis det er umulig å skaffe fullt ut informert samtykke, så er det ikke noe poeng å få samtykke overhodet. Denne form for enten-eller tenkning er etisk betenkelig og uforenelig med moderne idealer om informasjonsdeling, brukermedvirkning og pasienters rett til å bestemme over eget liv og helse. Å få et så informert samtykke som situasjonen realistisk sett tillater, gjelder like mye i ambulanser som i andre deler av helsefaglig praksis.

Nøkkelord: Presumptivt samtykke, informasjonsutveksling, prehospitalt arbeid, kommunikasjonsbegrensninger, pasientmedvirkning

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	4
1. Tematisk perspektiv	6
1.1 Forskningsspørsmål og metode	7
2. Informerte valg	11
2.1 Manglende samtykkekompetanse.....	11
2.2 Planlagt helsehjelp.....	13
2.3 Sannsynlighetsvurderinger	15
2.4 Når det haster.....	16
3. Praksis	18
3.1 Samtykke forankret i pasientens ønsker	19
3.2 Muntlige ønsker.....	21
3.3 Tvil	23
3.4 Samtykke og generelle samfunnsnormer	26
4. Kulturelle preferanser	32
4.1 Å avdekke verdier	32
4.2 Fortolkning	33
4.3 Handling?	35
4.4 Unntakene i lovverket	38
5. Konklusjon	41
Referanser	43

Introduksjon

Prinsippet om at pasienter skal gi samtykke til helsehjelp står sterkt i moderne helsefaglig praksis. Det er ikke bare nedfelt i lovverket, i pasient- og brukerrettighetsloven og grunnideen i den aller første paragraf 1 om at alle skal ha ”lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten”.¹ Prinsippet blir også sett på som en handlingsregel som er viktig i seg selv: Det er pasienter som mottar helsehjelp, og da er det i utgangspunktet også riktig at hver enkelt pasient inkluderes i beslutningsprosesser rundt handlingsvalg. Idealer om selvbestemmelse får stadig mer offentlig oppmerksomhet, slik vi for eksempel ser i dagsaktuell politisk debatt om fritt behandlingsvalg.²

Pasienters rett til å bestemme over eget liv og helse har ikke bare blitt vurdert som en grunnleggende samfunnsverdi som er viktig i seg selv. Rettigheten kommer også til uttrykk i retningslinjer for pasientkommunikasjon som skal sikre at pasienter gir kunnskapsbasert samtykke til den oppfølgingen de får. Forstått på denne måten er prinsippet om å skaffe informert samtykke et ukontroversielt ideal for mye helsefaglig pasientkommunikasjon (Faden & Beauchamp 1986, Young 2001).

Det er like fullt en del kommunikasjonsrelasjoner hvor det er utfordrende å innfri betingelsene for at et samtykke er informert, slik at pasienter virkelig er innforstått med hva de samtykker til. I noen av disse situasjonene må man i større eller mindre grad nøye seg med å anta at det foreligger et *presumptivt* samtykke – man må anta at pasienten ville ha sluttet seg til det valgte handlingsalternativet hvis pasienten hadde vært informert og i stand til å uttrykke egne ønsker (Elliot 1998, Beauchamp & Childress 2001, Nordby 2004).³

Å basere medisinsk behandling på antatt samtykke er spesielt relevant i helsefaglig praksis der rammene for arbeidet kan gjøre det utfordrende, uriktig eller til og med umulig å gi pasienter et balansert beslutningsgrunnlag for handlingsvalg (Veatch 1998, Welsh & Kaptchuk 2012, Nordby 2014a). Akuttmedisin, og dermed også prehospitalt akuttarbeid i ambulansetjenester, er definitivt et slikt område. I arbeid med hardt skadde eller svært syke pasienter må man ofte ta for gitt et presumptivt samtykke til de handlingsvalg som gjøres, i den grad det er relevant å vurdere ulike handlingsalternativer.

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>. Alle videre henvisninger til pasient- og brukerrettighetsloven og andre lovtekster er til lovdata.no.

² Se for eksempel <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Gir-pasienten-fritt-behandlingsvalg/id763137/>

³ Presumptivt samtykke defineres ofte som stilltiende eller antatt samtykke. Jeg vil stort sett bruke begrepet presumptivt samtykke her, siden dette er den mest presise begrepet innen helsefag.

Målet med denne forskningsrapporten er å klargjøre i mer detalj hvordan begrepet om presumptivt samtykke er relevant i prehospitalt arbeid. Rapporten er ikke bygget på empiriske undersøkelser, men på standard analytisk metode fra teoretisk forskning. Rapporten bruker en kombinasjon av begrepsanalyse, litteraturstudier og deduktiv argumentasjon til å klargjøre hvordan begrepet om presumptivt samtykke er relevant i prehospitalt arbeid. Hovedpoenget er å vise at selv om informert samtykke også bør være et ideal i denne delen av helsefaglig praksis, så må ambulanspersonell ofte i større eller mindre grad basere seg på presumptivt pasientsamtykke. Men det betyr ikke at presumptivt samtykke kan være en sovepute. Det vil være en misforståelse å tro at et samtykke enten er fullt ut informert eller fullstendig presumptivt (Welsh & Kaptchuk 2012, Cohen 2013). Generelt kan vi skille mellom grader av informert samtykke. I alt pasientarbeid, og dermed også i ambulansene, er målet å legge til rette for å få et samtykke som er så informert som situasjonen og pasientens kognitive tilstand gjør det mulig å få.

Forskningsrapporten er delt inn i tre hoveddeler. Den første delen avgrenser rammene for prehospitalt arbeid og presenterer rapportens teoretiske forskningsmetode. Den andre delen klargjør distinksjonen mellom presumptivt og informert samtykke og forklarer hvordan begrepene er relevante i ambulansarbeid. Den tredje hoveddelen har en mer praktisk tilnærming. Målet er å klargjøre hvordan det er riktig å innrette seg etter pasienters preferanser, og hvordan det å få et så godt informert samtykke som realistisk mulig også er viktig i prehospitalt arbeid.

1. Tematisk perspektiv

For å kunne forklare hvordan jeg i denne forskningsrapporten vil fokusere på samtykke i ambulansetjenester, er det i første omgang nødvendig å si litt om hvorfor det kan være utfordrende å sikre informasjonsutveksling prehospitalt.

Hovedutfordringen er ikke vanskelig å forstå: I vanlig operativt ambulansearbeid kan det ofte være vanskelig å gi pasienter mye informasjon. Tidspress, prioriteringshensyn og dokumentert eller mulig alvorlig skade eller sykdom kan gjøre at ambulanspersonell ikke har reell mulighet til å realitets orientere pasienter i særlig stor grad, før de gjør valg rundt undersøkelse, behandling og transport.

Det er også sjelden pasienter (eller pårørende) ønsker at helsearbeidere skal bruke lang tid på omfattende informasjonsutveksling og kommunikasjon hvis de tror det haster (Nordby & Nøhr 2008, Nordby 2014b). Pasienter som tror de kan ha akutte alvorlige helseplager ønsker at alle tilgjengelige ressurser brukes på god helsehjelp så raskt som mulig (Nordby 2014a). Forklaringer og informasjon forventer de først når de tror det er mulig å frigjøre ressurser fra det medisinske arbeidet (ibid). Da bør de få så god informasjon som praktisk mulig, slik at de får kunnskap om egen helsetilstand og handlingsvalg videre.

I lovverket kommer dette tydelig frem i paragraf 3.2 om informasjonsplikt i pasient- og brukerrettighetsloven: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.» Omfanget av kommunikasjonen må selvsagt tilpasses situasjonen man er i, og i ambulansearbeid er det ikke bare de praktiske rammene som kan gjøre det utfordrende å kommunisere. Selv pasienter som er ved bevissthet kan være i mentale tilstander kan også gjøre det vanskelig å sikre god informasjonsflyt, slik at de kan gjøre egne informerte valg. Pasienter som der og da har så begrensede kognitive evner at de ikke er innforstått med alvoret i situasjonen eller konsekvensene av egne ønsker, er ikke 'våkne, klare og orienterte', for å bruke et kjent uttrykk fra praksisfeltet.

For å være *kompetente* til å gi informert samtykke i juridisk og etisk forstand, er det heller ikke tilstrekkelig at pasienter er i stand til å fremsette egne ønsker. Ønskene må i tillegg være tilstrekkelig autonome. Samtykkekompetente pasienter må være i stand til å foreta tilregnelige valg som er basert på en tilfredsstillende mengde informasjon og kunnskap, og de må i rimelig grad være innforstått med konsekvensene av egne ønsker. Det må i tillegg være et frie valg – valgene skal komme innenfra og ikke være forankret i ytre press eller opplevde

forventninger fra omverdenen (Veatch 1998). Her er definisjonen av begrepet om et autonomt valg, slik begrepet er forklart i grunnboka som brukes i paramedic utdanningene rundt om i Norge:

Å foreta et autonomt valg kan defineres som det å gjøre et fritt, tilregnelig valg som er basert på en tilfredsstillende mengde informasjon og kunnskap, og hvor den som velger, i rimelig grad er innforstått med konsekvensene av ønskene sine (Nordby 2014a, s. 79).

I mange oppdrag er det helt opplagt at pasienter ikke har forutsetninger for å gjøre autonome valg, og det er enda flere oppdrag hvor det er rimelig tvil om pasienter er autonome selv om det ikke er helt opplagt at de ikke er autonome.

Små barn, berusede personer, personer med psykiske lidelser og demente er eksempler på pasientgrupper som i større eller mindre grad kan mangle forutsetninger for å gjøre informerte valg rundt undersøkelse, behandling og transport. I oppfølging av disse gruppene må helsearbeidere noen ganger gjøre vurderinger om hva slags helsehjelp pasientene ville ha ønsket hvis de hadde mer informasjon - hvis de hadde tilstrekkelig oversikt over konsekvensene av egne ønsker og sannsynligheten for at konsekvensene kan inntreffe. Det man i virkeligheten gjør, er å vurdere hva som er i pasientens beste interesser.

1.1 Forskningsspørsmål og metode

Innenfor rammene av denne innledende beskrivelsen av rammene for prehospitalt arbeid melder spørsmålene seg naturlig: Hvordan bør pasientsamtykke være et ideal i prehospitalt arbeid? Når, og i hvilken grad, er det riktig å nøye seg med presumptivt samtykke? Når er det juridisk riktig å ha god grunn til å tro at det foreligger et presumptivt samtykke, når er det etisk riktig, og er det mange gråsoner – situasjoner der det verken er klart hva som er juridisk eller etisk riktig?

Disse spørsmålene kan drøftes fra ulike metodiske tilnærminger. De kan i noen grad besvares empirisk, ved å undersøke hvordan virkeligheten i prehospitalt arbeid avgrenser og muliggjør ambulanspersonells forutsetninger for å skaffe informert samtykke i pasientsamhandling. Samtidig er det begrenset hvor mye man kan få ut av empiriske undersøkelser. Grunnen er at spørsmål om hvordan prinsipper om samtykke bør praktiseres er

normative. De handler om hva som er god og (i det minste) forsvarlig praksis. Ved å undersøke hvordan retningslinjer faktisk brukes får man ikke nødvendigvis svar på hvordan retningslinjene bør brukes. Eksisterende praksiser er ikke alltid gode praksiser. Som andre normative analyser av hvordan prehospitalt arbeid bør gjøres, kan det å diskutere hvordan det er riktig å bruke prinsipper om samtykke legge til rette for kvalitetsforbedring i pasientarbeidet.

De normative spørsmålene om samtykke som diskuteres i denne forskningsrapporten må dermed i stor grad diskuteres teoretisk. De må besvares ut fra antagelser om hva som er gode, trygge og forsvarlige praksiser. I en snever forstand av ordet 'metode' – hvis metode forstås som empirisk metode – så er det ikke riktig å si at forskningsrapporten er metodisk. Men dette er å ta metodebegrepet på ferie som filosofen Wittgenstein (1953) ville sagt. En metode kan generelt defineres som en systematisk fremgangsmåte for å nå frem til begrunnede synspunkter. En metode gjør bruk av verktøy for å sikre at innhenting av ny kunnskap følger objektive standarder. Dalland definerer en metode i tråd med dette, som «en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2000, s. 71).

Diskusjonen i denne forskningsrapporten faller inn under dette generelle metodebegrepet. Analysene av samtykkebegrepene følger strukturen i teoretisk forskningsmetode på tre måter:

Begrepsanalytisk tilnærming. I teoretiske sammenhenger er begrepsanalyse en metode som ofte blir brukt for å klargjøre begreper og anvendelsen de har. Som Harman (2006, s.139) påpeker, vil begrepsanalyse typisk forsøke å klargjøre et begrep ved å teste det mot intuisjoner vi har om hvordan begrepet passer i ulike sammenhenger: «Typically, attempts at philosophical analysis proceed by the formulation of one or more tentative analyses and then the consideration of test cases». Dette kan gjøres *a priori* – ved å evaluere meningen til et begrep i lys av andre begreper. Men begrepsanalyse kan også gjøres empirisk, ved å studere hvordan et begrep (forstått på en bestemt måte) kommer til anvendelse i en reell situasjon – om konsekvensene av å anvende begrepet passer med den intenderte meningen (Knobe & Nichols 2008). Hvis det ikke er samsvar, oppstår det utilsiktede konsekvenser som bør føre til en revurdering av begrepsforståelsen som var utgangspunktet.

Litteraturstudier. Å gjøre teoretiske studier handler i stor grad om å analysere litteratur og eksisterende forskning. I motsetning til empiriske undersøkelser hvor man går ut i verden og gjør undersøkelser, så gjøres feltarbeidet i biblioteket. Denne type analyse av eksisterende forskning kalles ofte meta-analyse – analyse av analyser andre allerede har gjort (Ringdal 2012). Typiske meta-analyser i helse sammenfatter eksisterende forskning i review artikler som kan gi helsearbeidere en statusoversikt over kunnskapsgrunnlaget for egen praksisutøvelse. I en videre forstand er meta analyse all analytisk bearbeiding av eksisterende teori og kunnskap, enten det skjer deskriptivt som rene beskrivelser av virkeligheten, eller hypotetisk som utvikling av nye teoretiske perspektiver som kan testes mot eksisterende og ny forskning. I denne forskningsrapporten er analysene forankret i lovtekster og standard metodiske fremgangsmåter for hva som er god argumentasjon.

Logisk rasjonalitet. Det siste sentrale kjennetegnet ved den teoretiske metoden som anvendes i denne forskningsrapporten, handler mer om argumentasjonsform enn datamateriale. I en teoretisk analyse er hovedmålet å utvikle argumenter som er holdbare (Føllesdal & Walløe 2003). At et argument er holdbart innebærer to ting. For det første må argumentet være logisk. Konklusjonen må følge fra premissene i den forstand at konklusjonen er sann hvis premissene er sanne. For det andre må premissene være sanne, slik at konklusjonen blir sann hvis argumentet er gyldig. I virkelighetens verden er det sjelden man kan være helt sikker på at et argument er holdbart i logisk forstand. Generelt gjelder det, som Malnes (2012, s. 8) påpeker, at det «å begrunne er et kunststykke snarere enn et spørsmål om å følge regler». Men selv når det ikke er mulig å argumentere fullstendig logisk, så er logikken er ideal for all praktisk argumentasjon. Det å klargjøre deduktive sammenhenger og implikasjoner er alltid et mål i vitenskapelig argumentasjon.

Diskusjonen under er forskningsbasert i den forstand at begrepene om begrepsanalyse, meta-analyse og logikk er sentrale. Diskusjonen har ikke en systematisk struktur som empiriske undersøkelser, men det er heller ikke vanlig i teoretisk metode. Som i andre teoretiske analyser, er målet her å analysere begreper og vise hvilken nytte de har i praksis. Dette er dermed ikke en empirisk undersøkelse, men likevel forskning i en mer grunnleggende filosofisk forstand.

Vi skal huske at filosofi som vitenskap er langt eldre enn moderne empirisk vitenskap. Filosofi som akademisk og vitenskapelig disiplin har utviklet seg gjennom mange tusen år, mens moderne empirisk forskningsmetode knapt har eksistert i mer enn to hundre år. Å si at filosofisk metode ikke er en forskningsmetode representerer en tvilsom form for moderne trangsynthet. I en historisk målestokk kan en del moderne idealer om hva som er forskningsbasert sees på som et lite øyeblikk. Hvem vet hva man regner som 'evidensbasert' om 150 år?

Det faller selvsagt utenfor rammene her å gå mer detaljert inn i denne vitenskapsteoretiske diskusjonen. Poenget har bare vært å forklare grunnlaget for filosofi-analytisk metode, og å forklare hvordan det er riktig å bruke denne metoden når målet er å forstå begreper som informert og presumptivt samtykke. Forhåpentligvis skulle de metodiske rammene nå være så klare at leseren kan følge diskusjonen videre.

2. Informerte valg

Diskusjoner om brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester tar ofte utgangspunkt i pasient- og brukerrettighetsloven og prinsippet om at pasienter som er samtykkekompetente skal få bestemme over eget liv og helse. I paragraf 3.1 heter det for eksempel at «pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.»

Men det gjøres samtidig klart at noen pasienter ikke har utviklet samtykkekompetanse, og at pasienter i større eller mindre grad kan miste samtykkekompetanse de ellers har, for eksempel på grunn av aldersdemens eller psykisk lidelse. Kvalifikasjonen kommer til syne i neste setning av den overnevnte paragraf 3.1: «Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.»

Å forstå hvordan det er riktig å tilpasse seg hver enkelt pasient krever ikke-tekniske ferdigheter og gode skjønnsmessige vurderinger. Det finnes ingen regler som kan brukes som en kokebokoppskrift (Nordby 2014b). For å unngå endimensjonal kommunikasjon som ikke er individtilpasset, er god dømmekraft og dynamisk kunnskap om praktisk kommunikasjonsteori avgjørende (Benjamin & Curtis 2013). Kommunikasjonskompetanse kan trenes opp gjennom kursing og undervisning, så lenge de kompetansehevende tiltakene er praksisnære og tilpasset de konkrete utfordringene helsearbeidere står overfor (Eide og Eide 2008). Å gi helsearbeidere inntrykk av at generelle regler i tiltaksmanualer utgjør bruksanvisninger for å sikre god pasientkommunikasjon, kan faktisk gjøre vondt verre. I all samhandling med pasienter er det om å gjøre å være var for individuelle forskjeller og bruke 'myke' kommunikasjonsprinsipper for å oppnå forståelse og dialog (Nordby 2014b).

2.1 Manglende samtykkekompetanse

Uavhengig av hvordan det er riktig og mulig å tilpasse seg hver enkelt pasients evne og behov for å forstå, er det underliggende poenget det samme: Det er ikke alle pasienter som har forutsetninger for å delta i beslutningsprosesser. De som ikke har adekvate forutsetninger, kan bli definert som pasienter som ikke er samtykkekompetente. I lovverket er dette presisert i pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 4.3: «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt

eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

For at en pasient i juridisk forstand skal miste samtykkekompetanse må det foreligge skriftlig dokumentasjon. Juridisk sett er manglende samtykkekompetanse en vedvarende mental tilstand som muliggjør undersøkelser og utredninger som leder frem til begrunnet vedtak om at pasienten ikke er samtykkekompetent. Det betyr ikke at utredningsprosessen må være langvarig. Ambulansepersonell kan i prinsippet få legevaktslege til å gjøre en akuttvurdering der og da, men det gjøres sjelden, og legen vil normalt reservere seg mot å fatte vedtaket på grunn av manglende informasjon og dokumentasjon. I alle tilfelle må det foreligge et skriftlig vedtak. Det er dermed en klar parallell til loven om psykisk helsevern og paragrafen om at tvangsinnleggelse bare kan skje hvis det foreligger et skriftlig vedtak.

De aller fleste ambulansepersonell er godt kjent med kravene om skriftlig dokumentasjon i loven om psykisk helsevern. Mange av paragrafene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven er derimot av nyere dato og ikke fullt så innarbeidet i praksisfeltet. Mange sier de er usikre på hvordan vurderinger rundt manglende samtykkekompetanse skal gjøres, og om de selv har anledning til å erklære pasienter for ikke å være samtykkekompetente (slik at det faktisk ville være lov til å utøve fysisk tvang – jamfør paragraf 4-3). Denne myndigheten har ikke ambulansepersonell i dag - selv ikke de som er paramedic - men samtidig er det verdt å merke seg at lovverket åpner opp for at det ikke er noe prinsipielt i veien for at ambulansepersonell kan få vedtakskompetanse. I helsedirektoratets kommentarer til kapitlet om samtykkekompetanse, sies det for eksempel at tannpleier kan få vedtakskompetanse, så lenge vedtaket er gjort innen et fagområde som faller innenfor tannpleiers fagområde:

Med utgangspunkt i ovennevnte deler direktoratet helsetilsynets vurdering av at tannpleiere etter en konkret vurdering i det enkelte tilfelle kan ha vedtakskompetanse etter pasrl. § 4 A-5. Forutsetningen er at tannpleieren er den som er ansvarlig for gjennomføring av den aktuelle helsehjelpen, for eksempel klinisk undersøkelse av tannhelsetilstand eller gjennomføring av munnhygiene. Tannpleieren vil altså ikke kunne fatte vedtak om helsehjelp som en tannlege er ansvarlig for. Videre er det en forutsetning at tannpleieren har de faglige forutsetninger for å vurdere alle

konsekvenser av vedtaket, for eksempel hvilke konsekvenser bruk av fysisk makt (holding og lignende) kan ha på pasientens helsetilstand for øvrig.⁴

Tanken er at realkompetanse skal ligge bak vedtakskompetanse. Gitt at ambulanspersonell får tilstrekkelig kompetanse, er det på sikt ikke noe prinsipielt i veien for at de kan få vedtakskompetanse, slik at de kan gjøre vedtak om manglende samtykkekompetanse. Men slik er ikke regelverket i dag, og det må ambulanspersonell være klar over. De gjør ikke bare en alvorlig formell feil, men også en faglig feil - gitt at de ikke har realkompetanse - hvis de feilaktig erklærer en pasient for ikke å være samtykkekompetent og som en følge av det vurderer det som legitimt å bruke fysisk tvang.

I etisk forstand, derimot, behøver ikke pasienten ha merkelappen 'ikke samtykkekompetent' for at det skal være riktig å overstyre pasientens vurderinger. Er ikke pasienten kompetent til å gi informert samtykke så er ikke pasienten det, uavhengig av om pasienten formelt sett har blitt kategorisert som en person som ikke er samtykkekompetent. Det kan jo være at pasienten *burde* ha vært vurdert som ikke samtykkekompetent – for eksempel hvis pasienten har en psykisk lidelse som ennå ikke har blitt 'oppdaget' av helsevesenet.

Mer generelt kan det være mange grunner til at pasienter *reelt* sett ikke er samtykkekompetente, uten at dette formelt er anerkjent i en begrunnet vurdering fra helsepersonell som har fullmakt til å fatte et juridisk vedtak om manglende samtykkekompetanse. Dermed blir begrepet om presumptivt samtykke langt mer relevant. Begrepet kan være viktig i ulike situasjoner, og mest relevant blir det å tenke på presumptivt samtykke når pasienter er bevisstløse. Det er for eksempel vanlig å anta at en pasient i akutt, livreddende kirurgisk behandling med narkose ville ha gitt samtykke til behandling.

2.2 Planlagt helsehjelp

Dette betyr selvsagt ikke at alle alvorlige inngrep under narkose må være basert på presumptivt samtykke. Det er viktig å skille mellom planlagt og akutt helsehjelp. Før et planlagt tiltak har man normalt god tid til å realitetsorientere pasienter og pårørende så godt det lar seg gjøre. Særlig når risiko gjelder komplikasjoner som kan gi livstruende skade eller invaliditet, er kravet til tilstrekkelig forberedende samtaler og enighet avgjørende. Dette

⁴ http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00128/Fortolkning_av_pasi_128539a.pdf

gjelder når pasienten selv skal ta beslutninger, men også når pasienten ikke er i stand til å samtykke, slik at pårørende blir involvert som stedfortredende representant. Også dette er et prinsipp som er fremhevet i pasient- og brukerrettighetsloven. I paragraf 3.3 sies det at «Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes». Og i 3.1:

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten... Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

Å legge til rette for at pasienter eller pårørende kan gjøre egne valg er nettopp å møte idealer om deltagelse og medvirkning så godt det lar seg gjøre. Denne type kommunikasjon om samtykke og beslutninger er krevende på en annen måte enn samtaler om somatiske aspekter ved sykdom eller skade, negative erfaringer av tilstander som smerte og de fysiske belastningene pasienter kan oppleve. Forståelse og enighet om beslutninger dreier seg ikke om å finne riktige fakta svar, som når målet er å finne ut om en diagnose er riktig, men om å bli enige om å iverksette prosedyrer som er potensielt risikable, noen ganger med en kjent frekvens av invalidiserende eller til og med fatale komplikasjoner.

I praksis er det ofte vanskelig å gi pasienter presis oversikt, enten fordi behandlende helsepersonell ikke selv har presis kunnskap (og ofte finnes det ikke presis kunnskap) eller fordi informasjonsmengden blir for stor og kompleks for pasienten. Dermed får ikke pasienten en fullstendig forståelse av alt som taler for og i mot ulike handlingsalternativer. Ofte blir det derfor nødvendig å skape et tillitsforhold, slik at pasienten er komfortabel med å la den profesjonelles vurderinger veie tyngst. I mange situasjoner er nøkkelen for helsepersonell rett og slett å fremstå som tillitsfulle eksperter som ønsker å lede pasienter i riktig retning (Cohen 2013).

Å skape dette tillitsforholdet er ikke bare relevant når pasienter har begrensede evner til å ta inn over seg informasjon. Det er faktisk svært få situasjoner der det er mulig for helsearbeidere å legge til rette for helt informerte valg. Ideen om fullt ut informert samtykke er på mange måter utopisk (Mol 2008). Selv samhandling der behandlende personell og autonome pasienter eller pårørende har mulighet til å snakke inngående om et planlagt inngrep, vil normalt inneholde et element av presumptivt samtykke. Stort sett er pasienter komfortable med å legge sin skjebne i de profesjonelles hender - typisk leger - fordi de forstår

at bakgrunnen for de medisinske vurderingene ikke er fullt ut kommuniserbare. Vurderingene er ofte basert på inngående kunnskap, lang erfaring og en klinisk dømmekraft som ikke kan formidles fullt og helt.

2.3 Sannsynlighetsvurderinger

Selv når det er god tid til å realitets orientere en samtykkekompetent pasient om mulige utfall, er det ikke lett å gi pasienten et godt bilde av sannsynligheter for ulike konsekvenser av handlingsalternativer. Presis tallbasert kunnskap har ofte ikke en gang helsearbeidere, og enda mer utfordrende blir det når kunnskapen skal omsettes i et språk pasienten forstår på tilsiktet måte. Hvordan vil pasienten forstå en setning som 'Det er en viss sannsynlighet for at...'? Hva betyr 'en viss sannsynlighet' for pasienten? Femti prosent? Ti prosent?

I en del tilfeller kan man klargjøre vage sannsynlighetsuttrykk, men noen ganger (og oftere enn allmennheten kanskje er klar over) har heller ikke behandlende helsepersonell presis kunnskap om sannsynligheten av ulike utfall. Dermed blir språket farget av abstrakte formuleringer, og faren for dårlig kommunikasjon, misforståelser og ulike begrepsfortolkninger blir større. Hva en pårørende legger i et uttrykk som 'Dette vil normalt gå bra' kan være noe helt annet enn det som ligger bak en helsearbeiders ønske om å si noe positivt. I ettertid kan pårørende glemme den lille kvalifikasjonen 'normalt' og få en sterk emosjonell reaksjon hvis pasienten dør. Pasienter og pårørende kan ofte kollapse distinksjonen mellom det som strengt tatt ble sagt og det de i ettertid har lagt inn i det som ble sagt, og sitte igjen med et inntrykk av at noe de i virkeligheten leste inn i et verbalt budskap rett frem ble uttrykt ('De lovte jo at det skulle gå bra').

Nå kan man jo si at pasienter normalt er tilfredse hvis de opplever at behandlende personell vet det vesentlige om helseproblemene de har, og at de føler seg komfortable med å innrette seg etter kunnskapsbaserte råd. Pasienter er ofte tryggere når de opplever at behandlere forstår at pasientene selv ønsker at behandlerne skal ta viktige avgjørelser (Macklin 2006). Slike gjensidige kommunikative komplekse relasjoner kan pasienten ofte skjære gjennom med et tillitsvotum uten detaljerte argumenter eller mye fakta-opplysninger (Cohen 2013). Samtidig er det viktig at kommunikasjonen ikke blir liggende på et plan som først og fremst angår partenes holdninger eller psykologi. Forberedende samtaler bør primært dreier seg om saksforhold av medisinsk faglig natur. Det er god informasjonsutveksling av

konkret kunnskap som først og fremst er avgjørende i samtaler om mulige handlingsalternativer og sannsynlige konsekvenser.

En del vil kanskje mene at den stadig økende bruken av hjelpepersonell som tar opp pasientens emosjonelle reaksjoner resulterer i en fragmentering av behandler-pasient forholdet når beslutningene er viktige og alvorlige. Det kan være viktig å snakke om eksistensielle kriser og andre psykologiske belastninger i samtaler om alvorlig skade eller sykdom, men denne formen for omsorgsarbeid kan aldri erstatte viktigheten av å sikre god informasjonsflyt om faktakunnskap i samtaler om planlagte tiltak.

2.4 Når det haster

Jeg har brukt litt tid til å skissere hvordan avklarende samtaler bør skje, for å kunne klargjøre et avgjørende poeng: I planlagt pasientbehandling og behandling som ikke er akutt, er det normalt mulig å bruke en del tid til å kommunisere med pasienter. Spesielt innenfor institusjonaliserte rammer kan helsearbeidere informere ganske inngående om alternative behandlingsvalg og sannsynlige konsekvenser av ulike handlinger. Fullt informert samtykke er ofte et ganske urealistisk mål (Veatch 2006, Mol 2008), men i grundige pasientsamtaler kan man i stor grad nærme seg idealer om full forståelse.

I hvor stor grad det er mulig å skaffe informert samtykke vil avhenge av pasientens mentale og somatiske tilstand, og hva slags helsehjelp det er snakk om. Organdonasjon fra pasienter som holdes i kunstig koma etter alvorlige ulykker, og som har så massive hjerneskadene at de ikke vil kunne gjenvinne bevisstheten, er et mye diskutert tiltak som ikke kan forankres i informert samtykke fra pasienten (Taylor 2014). Spørsmålet blir da om det er god grunn til å tro at pasientene ville ha samtykket til å donere organer. Noen ganger kan pårørende være til hjelp. De kan si hva de tror pasienten ville ha ønsket, og hva de selv ønsker på vegne av pasienten (ibid). Hvis pasienten selv er en aktiv deltager i kommunikasjon med helsepersonell stiller det seg annerledes. Hvis pasienten vet at det går mot slutten, og ellers har kognitive forutsetninger å delta i grundige samtaler og fremsette autonome ønsker, har pasienten også forutsetninger for å gjøre egne informerte valg rundt donasjon av egne organer.

Prehospitalt er det annerledes. Målet om å få informert samtykke gjelder også i ambulanser, men her blir det virkelig et ideal – noe å strekke seg etter så godt det lar seg gjøre realistisk sett. Mange begrensninger kan berette at prinsippet om informert samtykke settes

til side. Men det betyr ikke at pasienter skal ekskluderes fra beslutningsprosesser. Feilen oppstår hvis man tror at problemene rundt samtykke gjør at reell samhandling mot enighet om handlingsvalg ikke er et mål i det hele tatt.

Vi skal huske at det ikke bare er prinsippet om samtykke som ligger til grunn for idealer om medbestemmelse. Noen vil kanskje tro at siden det ikke er mulig å få informert samtykke i ambulansene, så har det liten hensikt å snakke med pasienter om valg overhodet. Men dette er å misforstå mulighetene som foreligger prehospitalt. Det er riktig at i juridisk forstand, så faller kravet om å få informert samtykke bort når det ikke kan innfris. Når det ikke er mulig å få samtykke er det heller ikke juridisk påkrevet å få det. Men etisk sett – og ut fra et kommunikasjonsperspektiv – så er det alltid et mål å skape enighet, og da spiller det ikke så stor rolle om man er i en institusjonell kontekst eller i en ambulans. Helsearbeidere bør alltid bruke de mulighetene som foreligger til å sikre kommunikasjon.

Selv kriserammede som opplevd brått og uventet tap av helse hos dem selv eller noen som står dem nær har et enormt informasjonsbehov. De kan oppleve sterke emosjonelle reaksjoner, men de aller fleste ønsker fortsatt god informasjon og oppdatert kunnskap (Nordby 2014b). Dialog med kriserammede på et stort skadested er selvsagt ikke like viktig som optimal behandling, men det er viktig å huske på to ting: For det første er verbale ytringer overfor kriserammede også et resultat av etiske handlingsvalg, valg ambulanspersonell bør ha et bevisst forhold til. For det andre bør kriserammede i stor grad få legge premissene for hvordan de skal møtes. Det er om å gjøre å finne den riktige 'kanalen' inn til hver enkelt.

I møter med kriserammede er det helt avgjørende å ha gode antenner for hvordan det er passende å kommunisere. Noen kriserammede ønsker sterk emosjonell støtte der og da, andre er i større grad innkapslet i en (uvirkelig) forståelse av hva som har hendt, slik at de kognitivt sett trenger mer tid til å bearbeide situasjonen for seg selv. Noen har mer enn nok med å forholde seg til det de tror de vet der og da, andre har et enormt behov for å få informasjon. Særlig i samhandling med kriserammede som har et stort informasjonsbehov, kan det å svare på spørsmål faktisk være med på å hjelpe dem gjennom den første sjokkerte delen av kriseopplevelsen.

3. Praksis

Så langt har jeg avklart rammer for prehospitalt arbeid og forklart hvordan idealer om samtykke er relevante selv når det ikke er mulig å kommunisere inngående med pasienter. Samtidig er det ikke til å komme bort fra at mange ambulansepasienter ikke kan gi noe form for uttrykt samtykke. Problemstillingen blir spesielt relevant i prehospitalt arbeid: Når kan ambulanspersonell anta at det foreligger et gyldig presumptivt samtykke?

Det finnes ikke noe fasitsvar på dette spørsmålet, men det er mulig å trekke noen viktige praksisnære skiller mellom ulike typer av presumptivt samtykke. Som en første distinksjon kan vi skille mellom et presumptivt samtykke som er basert på en *individuell* pasients uttrykte preferanser, og et presumptivt samtykke som er basert på antagelser om hva pasienter *typisk* ønsker. I litteraturen om helsefaglig etikk er Beauchamp og Childress (2001, s.66) to av dem som tydeligst har fremhevet denne distinksjonen:

Presumed consent is generally held to be [a variety of consent], although if consent is presumed on the basis of what we know about a particular person's choices or values, it reduces to either implied or expressed consent. By contrast, if consent is presumed on the basis of a general theory of humans good or of the rational will, the moral situation is more problematic.

I det første tilfellet – når 'we know about a particular person's choices or values' – vil det dreie seg om et samtykke som er forankret i reell kunnskap om hva pasienten ønsker. I det andre tilfellet, når samtykke er basert på generelle normer om 'human goods', vil det dreie seg om å vurdere hva den 'normale pasienten' ville ha ønsket - i den grad det er riktig å snakke om den 'normale pasienten' - slik at disse allmenne vurderingene blir en rettesnor for handlinger så lenge det ikke er noen spesielle trekk ved situasjonen som tilsier en annen tilnærming. Den første formen for samtykke svarer til å handle i samsvar med en pasients individuelle verdier. Den andre svarer til å handle i samsvar med generelle samfunnsverdier, som normen om at alle ønsker god helsehjelp når de trenger det.

Videre i denne forskningsrapporten skal jeg se nærmere på disse formene for samtykke og deretter utvikle en mellomposisjon – når antagelser om presumptivt samtykke er forankret i en pasients sosiale kontekst eller kulturelle verdier.

3.1 Samtykke forankret i pasientens ønsker

Denne formen for begrunnelse for handlingsvalg er selvsagt den tryggeste. Er det presumptive samtykket forankret i pasientens individuelle preferanser om hva vedkommende ville ha ønsket om en beskrevet situasjon oppsto, er det dokumentert at pasienten har gitt samtykke til det aktuelle handlingsvalget.

Det kan for eksempel være ført opp i en terminal kreftpasients journal at pasienten, etter grundige samtaler med lege og pårørende, ikke ønsker at det skal iverksettes HLR ved hjertestans (Nordby 2014b). Nå kan man jo aldri med hundre prosent sikkerhet vite at pasienten fortsatt mener det samme den dagen det blir aktuelt å utføre HLR – pasienten kan jo ha skiftet mening, og så lenge han er livløs er det umulig å få bekreftet om pasienten fortsatt mener det samme. Dermed er det heller ikke mulig å vite *absolutt* sikkert om pasienten ville stilt seg bak et valg om ikke å starte HLR.

Samtidig blir det for mye forlangt å kreve absolutt sikker kunnskap om at pasienten ikke har skiftet mening. Alle mennesker kan jo forandre preferanser til en hver tid. Generelt gjelder det at hvis valgene våre av handlinger overfor andre skulle vært basert på hundre prosent sikkerhet om hvilke ønsker de har, så ville vi aldri visst nok.

I helsevesenet ville resultatet bli en uholdbar form for handlingslammelse i pasientarbeidet. Som det presiseres i paragraf 4.2 i pasient- og brukerrettighetsloven, foreligger det et tilstrekkelig handlingsgrunnlag hvis det er overveiende sannsynlig at pasienten gir et stilltiende samtykke:

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Dette gjelder også prehospitalt. Hvis ambulanspersonell måtte være hundre prosent sikre på at en pasient fortsatt mener det som er skrevet i en journal, før de handler i samsvar med ønskene som er uttrykt der, blir holdningen for defensiv. For å godta en skriftlig pasienterklæring som er nedfelt i pasientens journal i samråd med ansvarlig lege (og normalt pårørende), holder det at det ikke er god grunn til å tvile på om dokumentet representerte pasientens vilje da det ble skrevet, og heller ikke god grunn til å tro at pasienten senere har skiftet mening. Et typisk eksempel på en situasjon der det ikke er rimelig grunn til å tvile kan være følgende situasjon:

En 93 år gammel beboer i et sykehjem har fått hjertestans midt på natten. Når ambulanspersonellet ankommer pasientens avdeling og gjør i stand utstyr for HLR viser sykepleier frem pasientens journal og sier at det for ikke lenge siden ble innført HLR minus og en erklæring fra pasienten om at han ikke ønsker å bli gjenopplivet ved hjertestans. Hun forteller også at pasienten har en lang sykdomshistorie og mange plager. Ambulanspersonellet er kjent med at det er vanlig praksis i dette sykehjemmet å ha avklarende samtaler med pasienter om den avsluttende fasen av livet, og de har ingen grunn til å tvile på at dokumentet representerer pasientens vilje. Klinikken til pasienten tilsier at det ikke er helt utelukket at HLR kan bli vellykket, og for å være på den sikre siden starter ambulanspersonellet HLR etter prosedyre mens fartøysjef ringer legevaktslege. Han får kontakt med legen og forklarer situasjonen under pågående HLR. Legen spør hva de mener, og fartøysjefen forklarer situasjonen i mer detalj. Han forteller om erklæringen i journalen, om pasientens lange og alvorlige sykehistorie, og hvordan pasientens klinikk er nå. Han sier til legen at etter hans vurdering vil det å gjenopplive pasienten ikke være i pasientens beste interesser, og at alt tyder på at selv om pasienten blir gjenopplivet, så vil pasienten få en svært dårlig livskvalitet den lille tiden han har igjen. Han sier at han mener det ikke er riktig å forsøke ytterligere HLR. Legen sier seg enig. Dermed blir de enige om å avslutte, og dette blir gjort. Alle tilstedeværende mener dette er det beste handlingsvalget.

Dette er en type situasjon mange studenter fra paramedic utdanningene har beskrevet i oppgaver når de blir bedt om å diskutere egnerfarte etiske dilemmaer. Så å si alle sier at de mener det er riktig å avslutte. Mange sier samtidig at det kan være utfordrende å *handle* i samsvar med denne vurderingen når det ikke er mulig å få tak i lege, for eksempel på grunn av dårlig telefondekning fra et avsidesliggende område. Men denne type usikkerhet er ikke knyttet til ambulanspersonellets egne *vurderinger*. Ambulanspersonellets vurdering er at pasientens vilje om at det ikke skal igangsettes HLR skal respekteres, så lenge det ikke er rimelig tvil om at pasienten har forandret mening. En paramedic student gav en god beskrivelse av beslutningsgrunlaget i et arbeidsnotat:

I disse situasjonene forsøker vi å klarlegge pasientens vilje så godt det lar seg gjøre og det mener jeg er viktig. Det pasienten mener kan ha vært skrevet under press, men det blir lite realistisk å anta at det har skjedd. Det holder at det er rimelig sikkert at

pasienten mente det som fremkommer i journalen. Skal man være hundre prosent sikker på alt, er det egentlig lite man kan stole på her i verden.

En annen paramedic student brukte et godt uttrykk når han snakket om et mistenksomhetens filter: 'Noen fokuserer alltid på de verste mulighetene, for eksempel at HLR minus i pasientens journal er basert på en misforståelse, og at vi aldri skal handle i samsvar med informasjon om at pasienten ikke ønsker å bli gjenopplivet. Men det må ikke gå for langt. Da kan vi aldri lytte til pasienters ønsker, bare se på somatikk.'

3.2 Muntlige ønsker

En pasients tidligere ønsker må ikke være forankret i skriftlig dokumentasjon for å ha en viktig rolle i vurderinger rundt handlingsvalg. Det kan være tilstrekkelig at pasienten tydelig har tilkjennegitt sin mening i tidligere kommunikasjon med helsearbeidere. Et eksempel kan være en situasjon en student i paramedicutdanningen beskrev i et refleksjonsnotat:

Vi kjørte en svært svekket kreftpasient over en lang strekning til et sentralt sykehus. Pasienten hadde store plager og alt tydet på at han ikke hadde lenge igjen. Jeg satt sammen med ham i sykekupeen, og det ble etter hvert en samtale mellom oss. I begynnelsen snakket vi mest om praktiske forhold rundt transporten og litt om vær og vind, men etter hvert begynte han å fortelle om sykdommen og hvordan han hadde det. Han fortalte hvordan kreften hadde utviklet seg, om alle plagene og smertene han hadde, og at han var innforstått med at han ikke hadde lenge igjen. Han snakket om døden, han var opptatt av hvordan han ville dø. Han sa: 'Lov meg en ting. Hvis jeg får hjertestans, så vær så snill å ikke forsøk å få liv i meg igjen. Jeg har lidd nok og skal snart dø i alle fall'.

Pasienten var veldig opptatt av dette temaet og insisterte nærmest på å snakke om det. Det virket som han hadde et veldig reflektert forhold til døden. Det var ingen grunn til å tro at det han sa ikke var oppriktig ment. Det virket nesten som han hadde tenkt gjennom ulike måter å dø på, og at han nesten foretrakk å dø på denne måten [hjertestans]. Jeg kunne jo ikke akkurat si at jeg var enig med ham, men jeg forsøkte å berolige ham og uttrykke forståelse for at han hadde det vondt.

Pasienten fikk ikke hjertestans og transporten gikk nå etter forholdene greit. En tid senere fikk vi den samme pasienten på ny overflytning. Pasienten var nå enda mer svekket, det gikk helt mot slutten. Det gikk frem av journalen at pasienten bare fikk palliativ behandling, men det sto ingenting om HLR minus. Det var ikke mye kommunikasjon i sykekupeen. Pasienten var svak og påvirket av smertestillende. Han var døsig og sov det meste av veien, og det var lite vi kunne gjøre utover å gjøre kjøreturen så komfortabel som mulig. Mot slutten av den lange transporten merket vi at pasientens pust ble svakere og mer ujevn. Han ble stadig mindre kontaktbar. Så skjedde det. Han fikk hjertestans. Jeg husket godt hva han hadde sagt til meg under den tidligere transporten, men jeg hadde ikke tenkt noe særlig på det. Nå ble det plutselig aktuelt. Hva skulle jeg gjøre?

Igjen kan man ikke være hundre og ti prosent sikker på at pasienten gir et presumptivt samtykke til ikke å bli gjenopplivet, men igjen er det også et spørsmål om hvor sikker man må være. Pasienten hadde ikke blitt friskere, det hadde bare gått nedover, og det var ingen grunn til å tro at han hadde forandret mening.

Ambulansearbeideren som var i denne situasjonen opplevde den som et dypt etisk dilemma. Hans egen vurdering innenfra – det han selv mente var riktig – var at det ikke var riktig å starte HLR. Han syntes likevel ikke at dette var uproblematisk. Hvordan hadde pasienten kommet frem til ønsket han uttrykte under den første transporten? Var ønsket om ikke å bli gjenopplivet sagt i affekt? Var det noe som akkurat hadde skjedd før den første turen som gjorde ham akutt deprimert? Ambulansearbeideren sto overfor et vanskelig handlingsvalg, men noe måtte han gjøre. På grunn av usikkerhet, og fordi han ikke formelt var ansvarlig for pasienten, valgte han å starte HLR.

HLR var vellykket, og etter hvert kom pasienten til seg selv. Det ble etter hvert klart for pasienten hva som hadde skjedd, og det var i dette øyeblikket noe skjedde som ambulansearbeideren beskrev som den tøffeste mentale påkjenningen han hadde stått overfor i løpet av 25 år i yrket: 'Pasienten så på meg med et blikk jeg aldri kommer til å glemme. Så sa han: Hvorfor gjorde du dette mot meg?'

3.3 Tvil

Tvil var utslagsgivende i eksemplet over, og tvil er et sentralt begrep når helsearbeidere ikke har full oversikt over grunnlaget for pasienters ønsker. Det er alltid en prinsipiell mulighet for at det har skjedd noe som har gjort at pasienten har forandret mening. Men spørsmålet man må stille seg er om det er rimelig tvil. For at det skal være riktig å bryte med et tidligere uttrykt pasientønske, enten det er dokumentert skriftlig eller fremsatt muntlig, er det ikke tilstrekkelig å argumentere for at pasienten *kanskje* har forandret mening.

Dette kravet til rimelig tvil må ikke forveksles med plikten til å gjøre undersøkelser når det er rimelig tvil om nødvendig påtrengende helsehjelp er nødvendig. Denne somatiske plikten er strengt regulert av helsepersonellovens paragraf 7:

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Et viktig poeng er at denne plikten går lenger enn til å gi nødvendig helsehjelp. I andre ledd av paragraf 7 heter det at “ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.” Som Ohnstad påpeker, så er det dermed tilstrekkelig at pasienten kan ha alvorlig sykdom eller skade: ”I lovtekstens andre ledd er det inntatt at helsepersonell ikke kan unnlate å foreta nødvendige undersøkelser. Det innebærer med andre ord en undersøkelsesplikt som går lenger enn selve hjelpeplikten. Ved tvil om pasientens tilstand er livstruende eller svært alvorlig, foretas de undersøkelser som kan gi klarhet i dette” (Ohnstad 2010, s.93).

Pasienter som motsetter seg medisinske undersøkelser

Prinsippet om tvil blir, psykologisk sett, ofte relevant når ambulanspersonell står overfor pasienter som motsetter seg nærmere undersøkelser. Mange av disse situasjonene er kjennetegnet ved at tre betingelser er møtt:

- (i) Det er god grunn til å tvile på om pasienten er autonom, typisk på grunn av rus eller psykisk lidelse.

- (ii) Det å la pasienten velge selv kan ha alvorlige negative konsekvenser for pasienten.
- (iii) Det er en signifikant sannsynlighet for at disse konsekvensene kan inntreffe.

Når disse betingelsene er møtt, er det alltid et godt spørsmål om det er riktig å overstyre pasientens ønsker. Disse møtene med den 'vanskelige' pasienten er komplekse, og det er vanskelig å formulere enkle tiltaksprinsipper. En grunnregel gjelder imidlertid generelt: Jo mindre pasienten er autonom, og jo større sannsynligheten er for at alvorlige negative konsekvenser kan inntreffe hvis pasienten får bestemme, jo større grunn er det til å overstyre pasientens uttrykte ønsker. Når dette skjer utøves en form for genuin pasientpaternalisme – man overstyres ønskene til en person som ikke er vurdert som autonom.

En vurdering om at det er riktig å sette pasientens uttrykte ønsker til side, kan i virkeligheten forstås som en vurdering om at det ikke er usannsynlig at pasienten ville ha samtykket hvis han var mer autonom og hadde all relevant informasjon. En praktisk tommelfingerregel i møter med den 'vanskelige' pasienten er å tenke fremover i tid, til en tenkt situasjon der pasienten har fått mer informasjon og er mer innforstått med egen helsetilstand. Ville pasienten da ha samtykket til valgene som ble gjort? Hvis det er god grunn til å tro at svaret er ja, er det tilsvarende god etisk grunn til å overstyre pasientens ønsker der og da: Det er begrunnet å tro at det foreligger et presumptivt samtykke, ikke ut fra hva pasienten sier i den mentale tilstanden han er i nå, men ut fra den mentale tilstanden han ville vært i hvis han hadde vært mer autonom og hadde mer relevant informasjon. Man kan anta at pasienten ville ha samtykket fra en tenkt 'idealsituasjon'.

Veloverveide ønsker

I lovverket er noen pasientgrupper skilt ut som pasienter som skal få gjennomslag for egne ønsker, selv når den overnevnte paragraf 7 og plikten til å gi påtrengende nødvendig helsehjelp ellers ville slått inn. Men det må i så fall, som Syse (2010, s. 339) påpeker, være snakk om veloverveide rasjonelle ønsker: 'Helsepersonell må ha sikret seg tilstrekkelig informasjon til å vite at pasienten har en alvorlig overbevisning, og ikke har en begrunnelse som er forårsaket av en psykiatrisk tilstand. Dersom helsepersonell er i tvil om dette, kan de ikke unnlate å gi helsehjelp etter helsepersonelloven § 7.'

Både somatisk og psykologisk tvil skal komme pasienter til gode på en annen måte enn tvil i rettslige straffesaker. I retten er en mistenkt uskyldig inntil det motsatte er bevist. I prehospitalt arbeid må man heller satse på at det kan være noe alvorlig selv om symptomer er forenlige med at det ikke er tilfelle. Som vi pleier å si i paramedic undervisningen, 'Det er

bedre å kjøre en tur ekstra enn en tur for lite'. Underforstått: Det er bedre å sikre undersøkelse og helsehjelp enn at et liv går tapt fordi det likevel viste seg å være noe alvorlig.

Men igjen må ikke fokuset på tvil overdrives. Fra et ressursperspektiv ville det blitt et uforholdsmessig stort press på ambulansene hvis de skulle utkalles til alle pasienter som har opplevde plager som kan – i en snever forstand av 'kan' - være forårsaket av en underliggende alvorlig tilstand. Ressursbruken ville gått utover andre formål som også er viktige. Det er dessverre en kjensgjerning at hvis man styrker noe, så må det gå utover noe annet, så lenge de overordnede ressursene (penger eller kompetanse) er de samme. Det er nesten synd å si det, men man må faktisk godta at underbehandling og feilbehandling kan forekomme, fordi det krever enormt med ressurser å sikre seg hundre prosent mot at det absolutt aldri skjer.⁵ Å prioritere er derfor viktig, men prioritering handler (dessverre) om å forsømme i riktig rekkefølge, for å sette det litt på spissen.

På det personlige planet er det også viktig for hver enkelt helsearbeider å godta at man ikke kan sikre seg for alt. Det er lett å forstå at ryggdekning er viktig, og er det usikkerhet skal man holde igjen. I de aller fleste vanskelige situasjoner er det dessuten ansvarlig lege som har siste ord. Men det er ikke alltid mulig å få tak i lege akkurat i det en avgjørelse må tas. Det å bestemme seg for å igangsette HLR hjemme hos en pasient som får hjertestans må avgjøres med en gang, og det tar alltid *litt* tid å få tak i lege (og noen ganger går det ikke). I praksis blir diskusjonen derfor ofte om det er riktig å avslutte HLR, selv når det kanskje hadde vært bedre å ikke starte.

Det er heller ikke gitt at leger som får HLR dilemmaer presentert over telefon har bedre forutsetninger for å gjøre begrunnede vurderinger enn ambulanspersonell som er på stedet (Nordby 2014a). Ambulanspersonellet har det kliniske blikket på pasienten, og de får, i tråd med den generelle kompetanseutviklingen prehospitalt, stadig bedre kompetanse til å tolke pasientens klinikk. Dette er selvsagt stadig flere leger også klar over. Vi ser at leger oftere nå enn før spør ambulanspersonell om råd, og dermed blir ambulanspersonells egne vurderinger desto viktigere. Profesjonsetisk har de også plikt til å gjøre egne vurderinger i HLR dilemmaer, og disse vurderingene kan ikke avledes fra generelle regler. Dette kommer tydelig frem i tiltakskort rundt HLR, slik det for eksempel er formulert i medisinsk operativ manual (MOM) for ambulansetjenester i Oslo og Akershus: «Som helsepersonell er det opp til den enkelte utøver på bakgrunn av utdanning, realkompetanse og faglig og etisk refleksjon og

⁵ For dem som blir utsatt for underbehandling eller feilbehandling betyr dette forståelig nok lite. Dette er et av de store prioriteringsparadoksene i helsevesenet: Det er fullt ut forståelig at individuelle pasienter som har alvorlige helseplager ønsker optimal helsehjelp. Samtidig er det verken mulig eller riktig å gi dem optimal hjelp. Pasientkommunikasjon om prioriteringer og begrensninger kan derfor være svært utfordrende.

sunn fornuft å vurdere omfanget av HLR». ⁶ Vurderinger rundt det å avslutte HLR kan ikke operasjonaliseres på samme måte som medisinteknisk arbeid.

3.4 Samtykke og generelle samfunnsnormer

Når det gjelder den andre formen for pasientsamtykke jeg tok utgangspunkt i - samtykke som er basert på generelle samfunnsnormer, så er det mer utfordrende å nå frem til velbegrunnede oppfatninger om hva pasienten ville ha samtykket til. Som vi så at Beauchamp og Childress sa over, så kan antagelser om hva pasienter typisk mener være problematisk som handlingsgrunnlag. Grunnen er opplagt: Det er ikke alltid enkelt å forstå om en pasient slutter seg til vanlige normer for hva som er god helsehjelp.

Ofte er det riktignok greit. En typisk samfunnsnorm pasienter normalt vil slutte seg til, er ønsket om å bli så frisk som mulig. Det er så å si alltid berettiget å legge denne normen til grunn for handlinger – man kan regne med å ha et presumptivt samtykke om at en bevisstløs pasient ønsker best mulig helsehjelp så lenge situasjonen ikke er helt spesiell. Andre ukontroversielle normer er rask og effektiv behandling og det å få den beste kompetansen som er tilgjengelig. Pasienter flest vil også gi presumptivt samtykke til at helsearbeidere velger handlinger som har en dokumentert positiv effekt, slik at de får helsehjelp ut fra forskningsbasert kunnskap om hva som faktisk virker.

Det finnes også en del myke omsorgsbaserte verdier som må antas å være viktige for pasienter, selv om de ikke er i stand til å uttrykke egne preferanser. En bevisstløs person skal behandles med respekt og anerkjennes som et individ med en unik etisk integritet. Grunnleggende menneskerettigheter skal selvsagt respekteres og man kan anta at pasienter som ikke kan uttrykke egne meninger gir presumptivt samtykke til handlinger som er forankret i yrkesetiske retningslinjer.

Normalt er det greit å forstå hvordan pasienter ønsker at samfunnsverdier skal respekteres, men det finnes også gråsoner hvor det ikke er opplagt hvordan det er riktig å handle i samsvar med pasienters ønsker. En paramedic student fortalte om en situasjon der det ikke var så enkelt å forstå hvordan hun skulle tilpasse seg vanlige normer for hvordan pasienter bør bli møtt:

⁶ <http://www.app2.no/apps/akutt/Akutt.html>

En pasient som etter alt å dømme har en cerebral skade, skal transporteres med ambulanse fra eget hjem til sykehus en tidlig morgen. Pasienten er en ung kvinne, det er ektemannen som har ringt og fortalt om tiltagende hodesmerter og nedsatt bevissthetstilstand. Pasienten er nå nærmest bevisstløs og ligger i soverommet i parets seng. Soverommet er på et svært utilgjengelig sted, og ambulanspersonellet er nødt til å bære pasienten ned en vindeltrapp til bære som venter nedenfor. Kvinnen er naken, og ambulanspersonellet dekker henne til med et teppe så godt de kan. For å skåne ektemann og parets to mindreårige barn som også er til stede, ber de dem gå inn i et annet oppholdsrom, slik at de ikke skal se at pasienten bæres bevisstløs ned den bratte vindeltrappa. I det de kommer ned trappa skjer det to ting. Det ene er at teppet faller av, slik at de nå bærer en naken person mellom seg. Det andre er at familien likevel ikke er i det andre oppholdsrommet, men står i rommet de kommer ned i og bivåner det hele.

Ambulansearbeideren som beskrev denne situasjonen tenkte i ettertid at kommunikasjonen med familien kunne vært bedre. Familien kunne fått klarere beskjed om at det absolutt var best om de oppholdt seg i det tilstøtende rommet mens de la pasienten på bære. Ambulansepersonellet mente også selv at de kunne forklart tydeligere hvorfor de måtte bære pasienten på den måten de gjorde. Uavhengig av spørsmålet om hva som burde blitt gjort, kan man si at eksemplet understøtter et viktig poeng: Det er langt fra klart om pasienten ville samtykket til at oppdraget ble løst slik det ble gjort.

Omdiskuterte normer

I situasjonen over var det opplagt et godt spørsmål om pasienten ville samtykket til handlingene som ble valgt – spesielt når man tar i betraktning kommunikasjonshandlingene ambulanspersonellet valgte overfor resten av familien. Det er imidlertid ikke alltid så enkelt å forstå om det er grunn til å være skeptisk. Noen verdier som skal ligge til grunn for profesjonshandlinger er mer vage, slik at det er omdiskutert hvordan de skal forstås og anvendes i praksis. Helsevesenet er for eksempel tuftet på prinsipper om lik og rettferdig behandling. Dette er noe alle kan være enige i – på overflaten er prinsippene nærmest smilebegreper. Det kan like fullt oppstå utfordringer når prinsippene skal omsettes i praksis.

Hovedutfordringen kan knyttes til motsetningen mellom overordnede økonomisk-administrative verdier og pasienters individuelle preferanser. Fra et overordnet økonomisk-administrativt perspektiv må rettferdighet forstås innenfor New Public Management (NPM) –

ideen om at helsevesenet skal styres (og ledes!) effektivt mot definerte resultatmål, ut fra prinsipper fra det private næringslivet. En sentral grunnide i NPM-tenkningen er at begrepet om rettferdig behandling må forstås i lys av strukturelle begrensninger (som for eksempel avstander) og den totale ressursituasjonen. Dette kan ha en rekke konsekvenser pasienter opplever som urettferdige.

Et godt eksempel er spørsmålet om spisskompetanse i distriktene. Det koster mye å uteksaminere paramedicstudenter. Målet i antall behandlinger og kompetansekrevende tiltak er gevinsten ved et mindre sted liten i forhold til investeringen. Det er dessuten ressurskrevende - kostnads- og personalmessig - å vedlikeholde kompetanse gjennom simuleringstrening eller andre tiltak, for dem som ikke får tilstrekkelig kjøregrunnlag for prosedyrer gjennom vanlig praksis. Sett at man likevel gjorde disse investeringene for å spisse og vedlikeholde kompetanse i distriktstjenester. Det koster penger, og de kunne vært brukt et annet sted. Helseøkonomer vil hele tiden tenke på *alternativkostnader*, hvordan penger og ressurser kunne vært brukt på en *enda bedre* måte et annet sted.

Nå kan man jo si at kompetanseforskjeller går utover pasientene, og at konsekvensene av differensierte kompetanseplattformer er at behandlingen ikke er ensartet nasjonalt (og heller ikke regionalt). For pasienter som er opptatt av seg og sitt, er det ikke bare verdien rettferdighet som undermineres. Mange pasienter som er nærsynte på eget liv og helse vil også mene at ulike kompetanseplattformer bryter med prinsippet om likeverdig behandling. Problemet er bare at i en overordnet økonomisk målestokk, så er det ikke dette likhetsbegrepet som anvendes. Hvis man bruker mer penger på å sikre høy kompetanse et lite sted for å sikre god kvalitet til de (få) innbyggerne som bor der, så vil langt flere rammes andre steder.

Det er godt spørsmål pasienter i distrikter med store kjøreavstander bør gi samtykke til denne organiseringen. For dem er det viktig å ha et nært tilbud. De er ikke så opptatt av hvordan det går med pasienter de ikke kjenner i en storby langt unna. Man kan ikke forvente at pasienter skal være totalt altruistiske når de blir rammet av alvorlige helseplager. Fra et rasjonelt perspektiv er det likevel et ubønhørlig faktum at noen må ofre seg for fellesskapets interesser.

Det samme gjelder alle former for feilbehandling og underbehandling. Samfunnet har ikke råd til å overbehandle alle for å være på den sikre siden. Men pasienter gir selvsagt ikke

samtykke til underbehandling. De vil, forståelig nok, ha presis individtilpasset behandling. Dette paradokset, å godta at pasienter har legitime forventninger og samtidig skulle forsvare kollektivistisk tenkning overfor det uheldige enkeltindividet som dessverre fikk underbehandling, er en av de aller største kommunikasjonsutfordringene i dagens helsevesen.

Kommunikasjonsutfordringer

Det å kommunisere til allmennheten at rettferdighet dreier seg om prioriteringer, er komplekst og vanskelig. Man kan ikke forvente at pasienter og pårørende som har opplevd akutt tap av helse synes det er greit at de ikke får optimal behandling, fordi de må dele ressurser med andre personer de ikke har et personlig forhold til. Psykologisk sett er det forståelig at pasientene og pårørende ønsker 'alt', men samtidig må man skånsomt forklare dem at det er umulig.

Denne utfordringen har også en kunnskapsdimensjon. For å kunne gi fullt informert samtykke må pasienter ha god kunnskap om egen helsetilstand. Men å kommunisere all relevant kunnskap er ikke enkelt. Pasienter er lekmenn. De har begrenset kunnskap om egne plager, mulige utfall og konsekvenser (Nordby 2008). Dette har fått en del teoretikere til å uttrykke skepsis til hele ideen om informert samtykke. Veatch (2001, s. 644) skriver for eksempel at

There is no reason to believe that the process of consent will significantly advance the layperson's role in the medical decision making process. The concept of informed consent should be replaced with a more radical, robust notion of active patient participation in the choice among plausible alternatives.

Dermed mener Veatch at vi må tilbake til ideen om den velgjørende eksperten. Legen må presentere de valgene som er relevante for pasienten, ofte *ta* de valgene som er relevante for pasienten, og hele tiden tenke på hva som er i pasientens beste interesser.

Mange vil nok mene at ideen om velgjørenhet er mer problematisk enn det Veatch vil ha det til, og at et mer realistisk ideal og samtykke er bedre enn en bedrevitende velgjører.⁷ Det som i hvert er fall sikkert at kunnskapsgapene mellom behandlere og pasienten fortsatt eksisterer (og kommer til å eksistere) i dagens informasjonssamfunn, og at dette utgjør et stort

⁷ Man kan tenke seg en lege som holder tilbake informasjon om at en pasient har fått kreft, fordi han mener det er i pasientens beste interesser å ikke vite sannheten en stund til. Dette er en holdning som i dag blir sett på som en gammeldags form for paternalisme som strider mot moderne idealer om kunnskapsdeling og informasjonsflyt (Nordby 2014a).

kommunikasjonsproblem i forhold til idealet om informert samtykke. Og problemet er faktisk mer grunnleggende enn ulike kunnskapsnivåer om somatiske forhold. For at pasienter virkelig skal ta informert valg, må de også vite om strukturelle, organisatoriske og helseøkonomiske rammer de må velge innenfor. Men å gi dem denne administrative kunnskapen er utopisk. De har ikke forutsetninger for å ta inn over seg all informasjon om organisering og mulig valg. Dette har fått noen til å mene at hele ideen om valgfrihet er grunnleggende uriktig. Mol (2008, s.7) skriver at

The ideal of choice carries a whole world with it; a specific mode of organizing action and interaction; of understanding bodies, people and daily lives; of dealing with knowledge and technologies; of distinguishing between good and bad; and so on.

Ifølge Mol er det en illusjon at pasienter kan ha oversikt over alle faktorene som ligger til grunn for handlinger, og dette gjelder ikke bare i akutsituasjoner eller situasjoner der pasienten ikke har autonom evne til å velge selv (ibid). Helt generelt mener hun at istedenfor å velge fritt er pasienter i virkeligheten deltagere i praksiser de bare delvis har kontroll over. Handlinger påvirkes av mange faktorer pasienter ikke har kunnskap om eller kontroll over.

Det betyr ikke at pasienter er passive, men det innebærer at målet for helse- og omsorgsarbeidere ikke er å skape situasjoner der pasienter har full oversikt over alle relevante handlingsalternativer. Målet er heller å forklare hvordan handlinger skal utføres: «In care practices patients are not passive at all. They are active. However, they do not figure as subjects of choice, but as the subjects of all kinds of activities. The logic of care is not preoccupied with our will, and what we may opt for, but concentrates on what we do» (Mol 2008, s. 7). Dermed blir hovedmålet ikke å legge til rette for frie valg, men å gi praksisnær veiledning og informative forklaringer.

Verdier

En ytterligere utfordring i kommunikasjon som skal legge til rette for informert pasientsamtykke, er at man må få tak på pasienters verdier. Det er naivt å tro at det å forstå hva en pasient ønsker uelukkende dreier seg om forstå om pasienter har tilegnet seg informasjon. Det dreier seg om å forstå deres personlige preferanser: Det er ikke bare pasienters tanker og oppfatninger, og den kunnskapen de har, som styrer valgene deres. De velger også ut fra interessene de har og hva de vurderer som viktig og verdifullt. Tilrettelegging for valg må forankres i pasienters vurderinger om hva som er riktig og galt *for*

dem. Dermed er det nødvendig for helsearbeidere å forstå hvilke personlige verdier pasientene har.

Igjen må vi godta at informert samtykke blir et ideal – noe man kan strekke seg mot, men som vanskelig lar seg realisere innenfor de vanlige rammene for pasientarbeid. Det er ikke mulig for en helsearbeider å forstå en pasients oppfatninger om hva som er riktig og galt gjennom en kort samtale. Å avdekke pasienters verdier må skje gjennom en forståelsesprosess det ikke er mulig å gjennomføre innenfor rammene av et vanlig klinisk møte.

Man skal også huske at noen pasientgrupper har verdier som faktisk bryter med ideen om at alle pasienter vil ha mest mulig informasjon og ta individuelle valg. Macklin (2006, s.671) henviser for eksempel til japanske kollektive kulturer der beslutningsenheten er hele familien:

The Western concept of autonomy, which demands self-determination on the part of the individual, is incommensurable with the East Asian principle of autonomy, which requires family determination.

Noen pasientgrupper er faktisk enda mindre fokusert på individuell selvbestemmelse. I noen land er det (fortsatt) ikke praksis å fortelle pasienter om en alvorlig diagnose tidlig i pasientforløpet (typisk kreft), og dette er ikke nødvendigvis fordi leger er gammeldage velgjørere, men fordi pasientene selv ønsker det.⁸ Dermed er det å tilpasse seg dette ønsket også en måte å anerkjenne pasientens autonomi: «Respect for autonomy means, among other things, acting in a way that respects the values of individuals» (ibid, s.671).

Det sier seg selv at man er på ville veier hvis man legger opp til at en pasient skal bestemme alt, og egentlig står overfor en pasient som gir uttrykk for en ønsket styring. Wulff mfl. (2001,s.215) kaller det for ønsket paternalisme: «Paternalistisk handling overfor autonome personer er naturligvis også moralsk sett fullt ut akseptabelt når pasienten selv har uttrykt ønske om å bli behandlet paternalistisk.»

Ønsket om at den profesjonelle tar beslutningen er nok et langt mer utbredt ønske enn det mange tror. Ønsket står i tilsynelatende skarp kontrast til det generelle idealet som blir trykket ned over oss alle, om at vi skal ta styringen over vårt eget liv og finne våre egne veier i de kronglete gangene i helsevesenet.

⁸ Som Macklin observerer, er det grunn til å tro at dette ønsket blir overstyrt i en god del praksis der ideen om at sannheten skal på bordet til pasienten brukes som en firkantet regel: «Because respect for autonomy has become entrenched in ... medical practice, most physicians will probably not automatically comply with the family's wish not to reveal a diagnosis of cancer or other fatal or terminal illness» (Macklin 2001, s.671).

4. Kulturelle preferanser

Det siste poenget i den forrige delen om at noen pasientgrupper ikke ønsker å bestemme selv illustrerer et viktig poeng: utfordringer rundt verdier er ikke bare relatert til spenninger mellom individuelle pasientpreferanser, helsefag og økonomisk-administrative rammer. utfordringene kan også knyttes til kulturelle verdier, og spesielt problemet med å definere en helhetlig kulturforståelse som passer med den 'vanlige' pasientens preferanser. Vi snakker riktignok noen ganger om hva som er 'norske' verdier, i den grad det fortsatt er mulig å snakke om at noe er 'typisk norsk'. Det blir imidlertid stadig vanskeligere å avgrense kulturelle verdier som 'majoriteten' kan identifisere seg med (Hanssen 2009). befolkningen i Norge representerer et kulturelt mangfold. De kulturelle normene er mer heterogene. Det er ikke enkelt å gi en god beskrivelse av et helhetlig kulturelt fellesskap (ibid).

I alt pasientarbeid blir det stadig viktigere å ha *kulturforståelse* – kunnskap om hvordan ulike pasientgrupper har kulturelle verdier som gir føringer på hvordan de ønsker å bli møtt i helsevesenet (Nordby 2014a). Samtidig er hvert individ unikt. Det er ingen som passer helt inn i et definert mønster av kulturelle normer. Kunnskap om kultur må derfor balanseres opp mot *kultursensitivitet* – hvordan et individ i større eller mindre grad passer inn i en bakenforliggende kultur.

4.1 Å avdekke verdier

For å oppnå god forståelse og samhandling i multikulturelt pasientarbeid, er tre spørsmål sentrale. Det første handler om å være oppmerksom på at pasienter kan ha verdier som legger føringer på samhandlingen.

1. Har pasienten kulturelle verdier det er viktig å ta hensyn til?

Å oppnå denne type forståelse handler ikke bare om å vise respekt for andre mennesker. Det dreier seg også om å sikre smidig samhandling og å unngå misforståelser og konflikter som kan stå i veien for rask og effektiv helsehjelp. Pasienter opplever deres egne kulturelle verdier som en form for sosial kapital – verdier de er *berettiget* til å ha og handle i samsvar med, fordi verdiene er forankret i et sosialt fellesskap (Nordby 2014a). Og selv om fellesskapet ikke er samfunnet som helhet, så er den kulturelle tilhørigheten ofte så sterk at pasienter kan føle seg

ydmyket, eller til og med krenket, hvis deres kulturelle ståsted ikke blir respektert i samhandlingen. Dermed kan situasjonen låse seg, pasientintervjuet gir ikke grunnlag for god helsehjelp, og man kan ende opp i en situasjon der pasienten ikke gir presumptivt eller informert samtykke til noe som helst.

Et typisk eksempel der kunnskap om kultur er avgjørende, kan være en situasjon der en kvinnelig muslimsk pasient med brystmerter ikke ønsker å avdekkes av mannlige ambulanspersonell. Dette er ikke en verdi som er like viktig for alle pasienter, men for noen kan det å bli blottlagt oppleves som en ydmykende handling som bryter med grunnleggende normer de identifiserer seg med. For disse pasientene er det heller ikke bare det som skjer der og da som er avgjørende. Mange vil tro at det å bryte kulturelle eller religiøse påbud kan ha svært negative konsekvenser for dem i etterkant.

Samtidig er det ikke alltid enkelt å forstå hvor viktig en verdi om ikke å bli avdekket er for en pasient. I mange tilfeller gir pasienter selv uttrykk for hvilke verdier de har, men språkbarrierer eller lite direkte kommunikasjon med pasienten kan gjøre det vanskelig å vite akkurat hvor mye det betyr for pasienten at kulturelle normer blir ivaretatt (Hanssen 2009). I eksemplet over er det viktig å huske at selv om pasienten ikke direkte sier fra, så er det på ingen måte sikkert at hun vil akseptere at hun avdekkes, selv om ambulanspersonellet har klart å formidle at det er, fra deres profesjonelle ståsted, viktig å gjøre nærmere undersøkelser.

4.2 Fortolkning

I en del situasjoner er ikke spørsmålet bare hvilke verdier pasienter har, men også hvordan verdiene mer presist skal forstås. Ambulanspersonell kan ha generell kunnskap om verdier innenfor en kultur, uten at det er klart hvordan pasienten identifiserer seg med verdiene. Med andre ord, det er ikke tilstrekkelig å ha generell kulturforståelse. Det er også nødvendig å avklare hvordan kunnskapen skal omsettes i praksis der og da. Å klare dette handler i stor grad om å ha et reflektert forhold til spørsmål om fortolkning:

2. Hvordan skal pasientens verdier forstås, og hvordan ønsker pasienten at helsearbeidere respekterer verdiene i praksis?

Det faller selvsagt utenfor rammene her å presentere faktakunnskap om ulike preferanser pasienter fra kulturelle grupper har. Målet kan bare være å presentere noen eksempler på hvor

viktig det er å ha kulturkunnskap, slik at leseren blir interessert i å sette seg mer inn i tematikken. Det er skrevet mange bøker om kulturforståelse (det er bare å søke på nettet), og mange av disse kan gi ambulanspersonell viktig faktakunnskap om hvordan pasienter ønsker å bli møtt.

Møtet med den muslimske pasienten som ikke ønsket å bli avdekket er bare et eksempel på hvordan kulturforståelse er viktig. Et annet eksempel kan være pasientgrupper som ikke er vant til det somatiske fokuset på sykdom og skade i akuttmedisin. Det er for eksempel godt dokumentert at en del pasienter fra østlige deler av Asia har en mer helhetlig forståelse av årsaker til sykdom enn det som er vanlig i Norge: I større grad enn det som har vært vanlig i vesteuropeiske tradisjoner har pasientene en oppfatning om at kroppslige plager, også akutte, kan være forårsaket av relasjoner mellom individer og omgivelser (Macklin 2006). Hvis behandlingen blir for individsentrert, er det ikke gitt at de gir samtykke til helsehjelpen de får.

Et lignende eksempel kan være hinduistiske pasienter som ikke skiller mellom psykiske og somatiske plager på den måten som er vanlig i ambulansarbeid. Et snevert fokus på somatikk kan gjøre at informasjon om fysiske sammenhenger ikke passer til pasientenes oppfatninger om hvordan det mentale og det biologiske henger sammen. Oppfatningene kan også begrense informasjonsutvekslingen og muligheten pasientene har til å ta inn over seg informasjon. Som Hanssen (2006, s.205) observerer, ”Måten symptomer forklares på kan være vanskelig å forstå, fordi mange hinduistiske pasienter ikke skiller mellom det fysiske og det psykiske.” Dermed er forutsetningene for informert samtykke dårligere.

Det er heller ikke alltid enkelt å forstå om pasienten faktisk har gitt samtykke. Pasienters kroppsspråk og det de verbalt sier er ikke alltid en god kilde til innsikt i hva de mener. Hanssen har en god observasjon: ”Som hos en del andre folkegrupper utenfor den vesteuropeiske kulturkrets kan angst hos mange [hinduister] føre til en klagende holdning, bruk av høy stemme og dramatisk symptomforklaring. Det gjelder også hvis pasienten føler seg avvist og mistrodd” (ibid, s.205). Det som fortoner seg som klaging er ikke nødvendigvis misnøye med helsearbeidet. Pasientene kan være godt fornøyd med helsehjelpen de får selv om de uttrykker følelseladet frustrasjon over situasjonen de er i.

Et tredje eksempel på utfordrende kulturarbeid er situasjoner der ambulanspersonell står overfor jødiske pasienter som er døende. I den jødiske kulturarven er det, som Bonura (2011, s. 213) observerer, en sentral ide at ”man ikke engang skal bevege en døendes arm

dersom det vil forkorte hans eller hennes liv. Å fjerne en pute fra under en døendes persons hode kan forstyrre hans eller hennes velvære og fremskynde døden.” Dette kan vært et stort dilemma for ambulanspersonell. Man kan tenke seg et en situasjon der de er tilkalt til et sykehjem en tidlig søndag morgen, til en svekket jødisk pasient som ser ut til å være i livets siste fase:

Det er vanskelig å fastslå hvor lenge pasienten har igjen, men samtidig vet ambulanspersonellet at pustehjelp og andre støttetiltak kan forlenge pasientens liv. Kanskje pasienten med riktig helsehjelp til og med vil friskne til? Sykepleier som har ansvaret på avdelingen ønsker ikke å ha ansvaret for pasienten, men pårørende som er til stede forteller at jødiske skikker er viktige for dem, og at de ikke ønsker at pasienten skal flyttes hvis han er i livets siste fase. Problemet er bare at det ikke er så enkelt for ambulanspersonellet å vite hvor lenge pasienten har igjen, og om det virkelig er riktig å la pasienten være igjen. Sykehjemets lege er ikke tilgjengelig, og legevaktlege som får dilemmaet fremlagt blir selv usikker (rimelig nok). Han spør hva ambulanspersonellet selv mener. De må dermed komme frem til en begrunnet vurdering. Er det riktig å iverksette transport eller ikke?

Eksemplet viser ikke bare hvorfor kulturforståelse er viktig. Det illustrerer også hvordan kultursensitivitet er avgjørende: Hva ville den jødiske pasienten ønsket at ambulanspersonellet gjorde? Hva ville pasienten gitt samtykke til? I disse situasjonene er det helt avgjørende å sikre så god dialog med involverte parter som de praktiske rammene og tidspresset tillater. Å stå overfor døende jødiske pasienter der spørsmålet er om det er riktig å iverksette transport, er nok et av de aller vanskeligste etiske dilemmaene ambulanspersonell kan stå overfor i det operative arbeidet.

4.3 Handling?

Det tredje spørsmålet om kulturelle verdier er mer knyttet til handling enn forståelse. En ting er å avklare hva pasientens verdier er og hvordan pasienten selv ønsker å bli møtt, slik som spørsmålene 1 og 2 over fokuserte på. En annen ting er å velge konkret handling. Det er ikke alltid så enkelt å forstå om, og i så fall hvordan, det er riktig å tilpasse seg pasienters verdier i praksis. Utfordringen blir spesielt påtrengende når ambulanspersonell opplever å komme i

krysspress mellom egne verdier - systembaserte eller personlige - og pasienters kulturelle verdier.

3. Hvordan skal pasienters verdier balanseres mot ambulanspersonells egne etiske overbevisninger og regelbaserte retningslinjer?

Noen ganger er det ikke så vanskelig. I eksemplet over med den muslimske kvinnen som ikke ville avdekkes i forbindelse med overflytning fra seng til bære, kan det ofte være mulig å løse problemet ved å be ektemannen erstatte sykehusets dyne med teppet fra ambulansen, mens ambulanspersonellet går ut av rommet en liten stund. De kan spørre mannen om han kan gjøre dette mens de selv går ut for å ordne med utstyr de skal bruke under transporten.

Andre ganger kan det være vanskeligere å finne smidige løsninger alle parter er komfortable med. Et godt eksempel kan være følgende situasjon:

Ambulanse blir tilkalt til en pasient som har kollapse i en moske. Pasienten er i bønnerommet, den innerste og aller helligste delen av moskeen. Han er i følge tilstedeværende lite mobil. Ambulanspersonellet vet så lite om pasientens tilstand at de anser det som uforsvarlig å be andre hjelpe pasienten ut til moskeens inngangsparti. De må selv inn til pasienten for å gjøre primærundersøkelse. Det er en soleklar handlingsnorm i trossamfunnet å ta av seg på bena før man går inn i dette rommet. Det er midt på vinteren og ambulanspersonellet ankommer i (skitne) støvler. Skal de ta dem av før de går inn i bønnerommet?

Dette er en type situasjon som skaper debatt i paramedic undervisningen. Mange studenter mener at det må være greit å ta av seg støvlene, og at man i uforholdsmessig stor grad setter seg selv over pasienten hvis man ikke gjør det. Andre sier at de mener det er galt å ta støvlene av. Begrunnelsene disse gir er todelt. Noen er opptatt av at støvlene er en del av uniformen og sikkerhetsutstyret. Andre, riktignok et klart mindretall, er opptatt av egne verdier. Som en sa i klassen: 'Hvorfor skal jeg tilpasse meg andres meninger når det for oss er nedfelt som en profesjonell regel at vi skal ha fullt utstyr?'

De som ikke har innrettet seg etter kulturelle verdier i denne type situasjoner har beskrevet ulike konsekvenser av egne handlinger. Noen sier at de har opplevd nærmest hysteriske reaksjoner. Andre sier at de knapt har merket noe reaksjon. Ingen som har valgt å ikke innrette seg etter regler i moskeer har opplevd trusler eller aggressiv adferd. I den grad de

har følt misnøye på kroppen, har det vært frustrasjon og innstendige forsøk på å overtale ambulanspersonellet til å gjøre andre handlingsvalg.

Det faller utenfor rammene her å diskutere hva som er riktig og galt i situasjoner der pasienters kulturelle verdier erfares som uforenelige med forsvarlig praksis. Som et generelt poeng må man imidlertid kunne si at det er en stor forskjell på å begrunne handlingsvalg ut fra generelle retningslinjer, og det å gjøre det ut fra rent personlige holdninger. Den første formen for begrunnelse er i det minste systembasert, i og med at den er knyttet til den profesjonelle rollen ambulanspersonell har. På sett og vis har dette også en kulturell begrunnelse siden den er forankret i en faglig profesjonskultur - de normene og bestemmelsene som ligger til grunn for prehospital praksis. Det er jo faktisk en norm at støvlene skal være på, som en del av uniformen.

En personlig begrunnelse er derimot en ren subjektiv vurdering, og det må nok være lov til å si at denne type begrunnelse er mer betenkelig. Spørsmålet er om det er god praksis å tenke mer på seg selv enn pasienten. Skal man selv føle seg krenket fordi man må ta av seg støvlene? Det er vel kanskje ikke så lett å forstå hvordan det kan være en reaksjon som står i rimelig forhold til det 'offeret' man gjør. Det som i alle fall er sikkert, er at det er liten sannsynlighet for at pasienten *selv*, i eksemplet over, ville gitt presumptivt samtykke til at ambulanspersonellet beholdt støvlene på fordi de selv mente det var nødvendig.

Den systembaserte verdien om å tenke på egensikkerhet virker mer relevant, men også denne begrunnelsen virker kanskje litt søkt. Hvor stor er sannsynligheten for å bli angrepet slik at man må løpe så langt at det blir avgjørende å ha på støvler? (Og egentlig løper man jo fortere uten...) Sannsynligheten er minimal. En student som forsvarte praksisene med å ta av støvlene påpekte nettopp dette i en oppgave: 'Vi kan jo risikere noe, men det kan man jo alltid. Hvor defensive skal vi være? Skal vi være på vakt etter alt som kan skje må veldig mange oppdrag være skarpe'. Mange vil nok være enige i dette og mene at den beste måten å løse oppdraget på er å ta av seg på bena og gå inn i bønnerommet.

Situasjonen er mer utfordrende når det virkelig står mer grunnleggende systembasert verdier på spill. Et eksempel kan være en situasjon der ektemannen til en kvinne med rier og vannavgang ikke vil la henne være alene med mannlig ambulanspersonell i sykekupeen i ambulanse.

Ektemannen signaliserer at han helst vil være alene med sin kone bak i ambulansen. Hva skal ambulanspersonellet gjøre? På den ene siden kan det å etterkomme mannens ønsker gjøre at de kommer avgårde til sykehuset med en gang. På den annen side vil det oppstå

en svært vanskelig situasjon hvis fødselen starter i ambulansen, og hvis ektemannen er alene med sin kone bak i sykekupeen. En mellomløsning vil være å la mannen være sammen med en av ambulansearbeiderne i sykekupeen, men det er ikke sikkert denne løsningen vil være akseptabel for ektemannen (og pasienten?). Og spørsmålet gjenstår fortsatt om han vil tillate at de gir hans kone hjelp hvis fødselen starter på vei mot sykehuset.

Særlig i distriktene der det er lang kjøretid, kan dette være en skikkelig kompleks situasjon der det ikke er lett å finne enkle løsninger alle parter er rimelig komfortable med. Noen ganger er det mulig å finne kreative handlingsalternativer, som å sende jordmor eller andre kompetente kvinnelige helsearbeidere møte, slik at det ikke går så lang tid før ambulansen får assistanse. Men dette er jo heller ikke alltid så enkelt. Det er ikke alltid kompetent personell tilgjengelig innen rimelig tid, og det kan fortsatt være en risiko for at fødselen starter før de andre ressursene har rukket frem til møtested. Det som i alle fall er sikkert er at pasienten skal være i sentrum. Det er hele tiden viktig å tenke på hva pasienten ville samtykket til.

Dette og de andre dilemmaene jeg har beskrevet over, er selvsagt bare noen få eksempler på vanskelige situasjoner, og det faller utenfor rammene her å gå grundigere inn i ulike former for kulturutfordringer i prehospitalt pasientarbeid. Poenget er bare å illustrere et generelt poeng: Ved å ha kulturforståelse og kultursensitivitet i multikulturelt arbeid, har ambulanspersonell bedre forutsetninger for å gjøre gode handlingsvalg pasienter og pårørende samtykker til.

4.4 Unntakene i lovverket

Det er gjerne tradisjonelle kulturforskjeller som blir fremhevet i diskusjoner av utfordrende multikulturelt helsearbeid, men utfordringer kan også oppstå i pasientarbeid der ideologimotsetninger ikke er knyttet til tradisjonelle kulturforskjeller og innvandrere med minoritetsspråklig bakgrunn. Noen pasientgrupper har så fundamentale ideologiske overbevisninger at deres meninger, og rett til å nekte behandling, har blitt nedfelt i lovverket som rettigheter de har selv når helsehjelp vurderes som påtrengende nødvendig. Vi så over at paragraf 7 i helsepersonelloven begrenser helsepersonells plikt til å gi påtrengende nødvendig helsehjelp ved å henvise til paragraf 4-9 i pasient og brukerrettighetsloven. Paragraf 4-9 lyder som følger:

Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter eller til å nekte å avbryte en pågående sultestreik.

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjenner tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

De tre gruppene som fremheves her skal altså få lov til å reservere seg, selv mot påtrengende nødvendig helsehjelp etter paragraf 7 i helsepersonell loven. Kunnskap om denne reservasjonsretten er avgjørende relevant for ambulanspersonell. Paragraf 7 i helsepersonell loven er selve 'ambulanseloven', den man blir drillet til å lære og beherske, og da er det viktig å vite om de begrensningene som faktisk nevnes i paragrafen. Ambulanspersonell kan stå overfor pasientgruppene som nevnes i 4-9, og de skal altså få lov til å nekte, så lenge deres meninger er autonome.

Den siste betingelsen er selvsagt viktig. Som Syse (2010, 339) påpeker så må helsepersonell

...ha sikret seg tilstrekkelig informasjon til å vite at pasienten har en alvorlig overbevisning, og ikke har en begrunnelse som er forårsaket av en psykiatrisk tilstand. Dersom helsepersonell er i tvil om dette, kan de ikke unnlate å gi helsehjelp etter helsepersonelloven § 7.

Pasientene skal med andre ord få lov til å nekte helsehjelp, men bare hvis de er informerte og samtykkekompetente. Nå kan man jo si at det er ytterst vanskelig for ambulanspersonell å avgjøre om behandlingsnekt er basert på autonome ønsker, men det er egentlig et annet poeng. Poenget med paragraf 4-9 er at *hvis* behandlingsnekten virkelig er basert på et autonomt ønske, uavhengig av hva ambulanspersonell har forutsetninger for å finne ut av, så skal pasientgruppene som er nevnt i 4-9 få bestemme selv. Dermed har ambulanspersonell plikt til å gjøre en vurdering av hvor informerte pasientenes ønsker om behandlingsnekt er, og

de må i prinsippet være åpne for at de kan stå overfor pasienter som skal få lov til å bestemme selv.

Det betyr selvfølgelig ikke at ambulanspersonell *i praksis* ofte bør etterkomme ønsker om behandlingsnekt fra de gruppene som er nevnt i 4-9 i pasient- og brukerrettighetsloven. Tvert imot, det skal svært mye til for at ambulanspersonell har den type kunnskap om pasientens autonomi som Syse beskriver. Dermed blir tvil igjen avgjørende. så lenge det er tvil om pasienten er tilstrekkelig autonom, så må paragraf 7 være i førersetet.

5. Konklusjon

Målet med denne forskningsrapporten har vært å klargjøre hvordan ideen om presumptivt samtykke er relevant i prehospitalt arbeid. Utgangspunktet var at denne ideen ofte forstås som det motsatte av informert samtykke, og at informert samtykke også bør være idealet i prehospital praksis. Samtidig er distinksjonen mellom presumptivt og informert samtykke mer flytende i praksis. Selv når det gjelder planlagte inngrep kan det være ytterst vanskelig å skaffe fullt informert samtykke. Normalt vil pasienter innrette seg etter anbefalinger de får fordi de har tillit til at den profesjonelle parten har forutsetninger for å gjøre de beste valgene, ikke fordi de selv mener de har like mye kunnskap som medisinske spesialister.

Å få et så godt samtykke som realistisk mulig bør like fullt være et mål også i prehospitalt arbeid. Informert samtykke er noe å strekke seg etter, et grunnlag for å kommunisere så godt som mulig. Dette gjelder også i ambulansene: Det er rammene for transporten, alvorlighetsgraden av pasientens tilstand og pasientens evne til å gjøre autonome valg som avgjør hvordan det er riktig å forsøke å skaffe samtykke. Noen ganger er det mulig å få et samtykke som i stor grad er informert, i andre situasjoner er det ikke mulig eller passende å gi pasienter informasjon om helsehjelpen de får. Dyktige ambulanspersonell er flinke til å tilpasse seg situasjonen de er i og pasienten de står overfor, slik at de får et så godt samtykke som realistisk mulig.

Like fullt er det ikke til å komme fra at man i ambulansarbeid ofte må nøye seg med et presumptivt samtykke. Det vil si, man må anta at pasienten ville ha sagt seg enig i valgene som faktisk gjøres. Jeg har diskutert tre typer av begrunnelser for å tro at pasienten gir et presumptivt samtykke av denne typen. Den første og sikreste begrunnelsen foreligger når pasienten på et tidligere tidspunkt har uttrykt et rasjonelt ønske om å få den helsehjelpen som utføres. Når det foreligger skriftlig dokumentasjon på at dette er et ønske pasienten har fremsatt på autonomt grunnlag, normalt i samråd med leger og evet pårørende, så er dette den tryggeste formen for presumptivt samtykke helsearbeidere kan få.

Den andre formen for samtykke jeg fokuserte på, er samtykke forankret i generelle normer om hva slags helsehjelp pasienter typisk ønsker å få. Å vise til generelle normer for hva pasienter normalt ønsker når valg av handlinger gjøres, er stort sett en god begrunnelse. Man må imidlertid være var for at pasienter er ulike, og at noen pasienter har preferanser som ikke passer med vanlige oppfatninger om hva som er god helsehjelp.

Viktigheten av å være oppmerksom på at en pasient kan være 'unntaket fra regelen' kom spesielt til syne i den tredje formen for presumptivt samtykke, understøttet i sosiokulturelle preferanser grupper av pasienter i større eller mindre grad identifiserer seg med. Det kulturelle mangfoldet i Norge blir stadig større, for helsearbeidere er det derfor avgjørende å kunne forankre samtykke i kulturelle verdier. Stikkordene for å sikre god samhandling er kulturforståelse og kultursensitivitet, slik at helsearbeidere ikke bare evner å forstå hver enkelt pasients kulturelle verdier, men også klarer å gjøre gode vurderinger om hvordan det er riktig å tilpasse seg verdiene.

Til syvende og sist må vi ikke glemme at det å skaffe samtykke så godt det lar seg gjøre handler om å komme pasienten i møte, og å tenke på hva som er i pasientens beste interesser. Det dreier det seg om å være opptatt av å forstå, og å møte alle pasienter med den respekt og omtanke de bør møtes med. Ambulansepersonell som har disse grunnholdningene har gode forutsetninger for å gjøre valg pasienter ville ha godtatt, selv om pasientene der og da ikke kan gi informert samtykke.

Referanser

- Beauchamp T, Childress J (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Benjamin M, Curtis J (2013). *Ethics in nursing: Cases, principles and reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Bonura D mfl (2001). Culturally congruent end-of-life care for Jewish patients and their families. *Journal of transcultural nursing* 12, 3, 211-220.
- Buchanan A, Brock D (1989). *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen S (2013) Nudging and informed consent. *The American journal of bioethics*, 13,6, 3-11.
- Dalland O (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Eide T, Eide H (2008). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elliott C (1998). Patients doubtfully capable or incapable of consent. I: Kuhse H, Singer P (red). *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell.
- Faden RR, Beauchamp TL (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford: Oxford University Press.
- Føllesdal D, Walløe T(2003). *Språk og argumentasjonsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grisso T, Appelbaum PS (1998). *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*. Oxford: Oxford University Press.
- Hanssen I (2009). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Harman G (2006). *Reasoning, meaning and mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Harris J (2001). Micro allocation: Deciding between patients. I: Kuhse H, Singer P (red). *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell.
- Knobe J, Nichols S (2008). *Experimental philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Macklin R (2006). The doctor-patient relationship in different cultures. I: Kuhse H, Singer P (red). *Bioethics: An anthology*. Oxford: Blackwell.
- Malnes R (2012). *Kunsten å begrunne*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mol A (2008). *The logic of care*. London/New York: Routledge.
- Nordby H (2004). Ethics for paramedics: Consequences versus patients' autonomy, *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 3.

- (2008). Medical explanations and lay conceptions of disease and illness. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 6.
- (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- (2014a). *Samhandling i prehospitalt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- (2014b) *Etikk og kommunikasjon i ambulansesarbeid: 101 eksempler*. Oslo: Akademika/Bergen: Fagbokforlaget.

Nordby H, Nøhr Ø (2008). Communication in an emergency setting. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 5.

O'Neill O (2003). Some limits of informed consent. *J Med Ethics*, 29, 4–7.

Ohnstad B (2010). *Helsepersonelloven*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ringdal K (2012). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.

Syse A (2010). *Pasientrettighetsloven*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Taylor S (2013). Death posthumous harm, and bioethics. *J Med Ethics*, 40, 9, 636-637.

Veatch R (2006). Abandoning informed consent. I: Kuhse H, Singer P (red). *Bioethics: An anthology*. Oxford: Blackwell.

Wells E, Kaptchuk T (2012). To tell the truth, the whole truth, may do patients harm. The problem of the nosebo effect for informed consent. *The American journal of bioethics*, 12, 3, 22-29.

Wittgenstein, L (1953). *Philosophical investigations*. Oxford: Blackwell.

Wulff H, Pedersen S, Rosenberg S (2001). *Medicinsk filosofi*. København: Munksgaard.

Young R (2001). Informed consent and patient autonomy. I: Kuhse H, Singer P (red): *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell, 2001.

Høgskolen i Lillehammer / Lillehammer University College
Postboks/P. O. Box 952, 2604 Lillehammer, Norway
Telefon/phone: (+47) 61 28 80 00

www.hil.no