

## Eksempel 1:

### 1) Hva er fakta i saken?

En kvinne i 30-årene var innlagt på akuttavdelingen der jeg hadde min praksis. Hun var akutt psykotisk, og hadde vært innlagt i psykiatrien før. Nå var hun tvangsinnlagt for første gang. Hun hadde pårørende (mor og søster) som ga inntrykk av å bry seg mye om pasienten, men som på grunn av lovverket ikke fikk den informasjonen de ønsket om pasientens sykdom, prognose og behandling. Pasienten nektet at de pårørende skulle få informasjon, og da mente legen at hun selv ikke hadde lov til å gi slik informasjon. Pasienten ble overført til intermediæravdeling etter halvannen uke.

### 2) Hva er det etiske problemet?

Er det rett at pasienter under tvangsbehandling kan nekte at pårørende skal få informasjon om deres helsetilstand og behandling?

### 3) Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?

**Pasienten:** Ønsker at pårørende ikke skal få informasjon, men er selv under tvangsbehandling og har ikke innsikt i sykdommen. Forstår hun hvilke ulemper det er for pårørende at de ikke får informasjon, og hvilke fordeler hun selv kunne hatt av at de fikk informasjon? Kanskje er det i pasientens *interesse* at pårørende likevel skal bli informert, selv om dette går imot hennes *syn*. Hvor god relasjon pasienten og pårørende har hatt før, gikk ikke klart frem. (Det kan jo tenkes at pasienten har gode grunner for ikke å involvere pårørende.)

**Pårørende:** Ønsker informasjon, både for å forstå hva som foregår, og for å kunne ta seg best av pasienten når denne en gang utskrives. Pårørende skal antagelig spille en helt sentral rolle i omsorgen når pasienten kommer ut. Hvis pasienten har/er i ferd med å utvikle en kronisk psykoselidelse, er det helt nødvendig at de som gir omsorg har forståelse for sykdommen, medisiner, hva som gjør sykdommen bedre og verre, eventuell voldsfare, og så videre. Informasjon om tilstanden kan også være viktig for å kunne støtte pasienten best mulig mens hun er innlagt.

**Legen/annet helsepersonell:** Mener nok også at det er best for pårørende og for pasienten selv om informasjon blir gitt, men er ”bundet” av lovverket som angivelig sier at dette ikke er tillatt.

#### 4) Hvilke verdier, prinsipper og lover er viktige her?

*Pasientens selvbestemmelse* tilsier at informasjon ikke skal gis ut. Samtidig kan ikke selvbestemmelsen være ubetinget når pasienten er påvirket av psykoselidelse, og trolig ikke forstår fullt ut rekkevidden av beslutningen. *Velgjørenhet* tilsier at man skal gjøre det som best ivaretar pasientens velferd. Trolig vil det her være at pårørende likevel får informasjon. Men å gi informasjon mot pasientens ønske kan også oppleves som et tillitsbrudd som skader lege-pasientrelasjonen. *Pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.)* sier følgende: ”Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.”

Ut fra dette er jeg i tvil om legen har tolket loven riktig. Kan man si at “forholdene tilsier” at pårørende her bør ha informasjon selv om pasienten ikke har samtykket til det? Eller, kan man si at pasienten her “åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av ... psykiske forstyrrelser”? Det tror jeg. Betyr akutt psykose og tvangsbehandling nødvendigvis at man “åpenbart ikke kan ivareta sine interesser”, eller kan man fortsatt ha retten til å bestemme hvem som skal få informasjon selv i en slik sykdomssituasjon? Jeg tror det må gjøres en konkret vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Hvis sykdommen gjør at hun ikke er samtykkekompetent for beslutningen om å gi pårørende informasjon eller ikke, har legen lov til å gi slik informasjon.

#### 5) Hvilke handlingsalternativer er aktuelle?

A – respektere pasientens ønske og ikke gi informasjon.

B – gå imot pasientens ønske og gi helt nødvendig informasjon til pårørende, men da med sensitivitet og respekt for pasientens privatliv og integritet.

C – en mellomvariant – bruke god tid på å forklare pasienten, gjentatte ganger, hvorfor det er så viktig at pårørende får informasjonen. Når/hvis behandlingen gjør henne noe bedre, vil hun kanskje akseptere at informasjon gis.

#### 6) Hvilket handlingsalternativ foretrekker du, og hvorfor?

Dette kommer dels an på hva som er riktig tolkning av loven. Er det lov å gi informasjon? I så fall må det være riktig å gjøre det (B). Hvis det ikke er lov, mener jeg (C) er riktigst. Da forsøker man å bygge tillit med pasienten og tar vedkommende på alvor, ved å forklare grundig hvorfor pasienten selv har grunner til å tillate at pårørende informeres.

(767 ord)

\*\*

### **Eksempel 2:**

I min utplassering var jeg på en DPS. Her kom det en dag en ”akuttpasient” som jeg selv fikk ansvar for. Det var en kvinne midt i 20-årene, av utenlandsk opprinnelse. Hun var gravid og var i en akutt livskrise. Hun hadde ingen somatiske eller psykiske sykdommer, brukte ingen medisiner. Det viste seg at ektemannen (som også var utenlandsk) var midt i en rettsprosess på grunn av en kriminell handling. Hvis han ble dømt, ville han mest sannsynlig også bli sendt ut av Norge.

Pasienten var langt nede på grunn av denne situasjonen. Hun fortalte om ledsagende somatiske plager som hodepine, søvnløshet. Hun fortalte også om en hendelse der hun var på fortauet og hadde overveid å gå rett ut i gaten foran en trikk – fordi livet syntes helt håpløst for henne nå.

Når jeg tenker på denne konsultasjonen, finner jeg tre problemstillinger som var og er vanskelige for meg:

- 1) Pasienten var opplagt i en livskrise, men hun hadde nok ingen psykisk sykdom/diagnose. Hva kan og bør spesialisthelsetjenesten egentlig stille opp med i en slik situasjon? Vi verken kan eller skal ha innflytelse over rettsprosessen – for alt jeg vet kan ektemannen være i ferd med å få en rettferdig idømt straff, og utsendelse fra Norge kan også være rettferdig og rett, selv om det blir en svær belastning for hans gravide kone.
- 2) Pasienten lurte på om jeg kunne lage en legeattest som kunne hjelpe i rettsprosessen. Jeg var i utgangspunktet med på tanken om å lage en attest som bare listet opp hennes somatiske symptomer, og så ville hennes advokat kunne vurdere om en slik attest ville ha noen betydning, særlig ved at den fremhever hvilken belastning rettsprosessen – og

spesielt utsendelse – ville ha på den tiltaltes familie. Men jeg slo dette fra meg, fordi jeg raskt skjønnte at jeg var på dypt vann, med en rekke ubesvarte spørsmål: Har studenter lov til å lage slike attester? Hvilken kraft har egentlig legeattester av denne typen i en rettsprosess? Og: burde ikke egentlig hvilke psykosomatiske reaksjoner en tiltaltes ektefelle opplever være helt uvesentlig for en korrekt og rettferdig rettsprosess?

- 3) Jeg hadde, må jeg innrømme, ikke noe god personkjemi med denne pasienten. Vi snakket om hvor vanskelig hun hadde det og fakta i hennes situasjon. Men jeg følte ikke at en slik samtale egentlig hjalp henne, og hun møtte heller ikke opp til en oppfølgingssamtale som vi avtalte. Jeg spør meg: hvordan kan leger best hjelpe pasienter som ikke er syke, men som er i livskriser som denne? Jeg følte meg hjelpeløs med tanke på at det som virkelig hadde betydning her, nemlig rettsprosessen mot mannen og trusselen om utvisning, var noe jeg verken kunne eller skulle påvirke. Hva hadde jeg da å stille opp med for denne pasienten? I større perspektiv, var det at hun i det hele tatt kom til psykiatrisk poliklinikk et uttrykk for problematisk ”medikalisering” av et livsproblem som ikke har noe i medisinen å gjøre?

(490 ord).