
Ingen kan fritt råde over livet, verken sitt eget eller andres

REDAKSJONELT

HAFTING M

Om konflikten mellom pasientautonomi og hjelpeplikt

Spørsmålet om leger har plikt til å gi medlemmer av Jehovas vitner blodoverføringer mot deres vilje, dukker stadig opp i massemediene, fagpressen og i juridisk litteratur. Fortjener en sekt med 15000 norske medlemmer all denne oppmerksomheten pga. deres religiøst begrunnede motstand mot å ta imot blodoverføringer? Problemet vil tross alt bare aktualisere seg når medlemmer av sekten kommer i ekstreme, livstruende situasjoner der blodoverføring betyr skillet mellom liv og død, og utviklingen i medisinen har gjort disse situasjonene stadig mer sjeldne (1). For medlemmene av sekten ville det bety mye for deres tillit til helsevesenet dersom de visste at deres religiøst begrunnede standpunkt ble respektert i alle situasjoner (2). For de legene som blir stående med ansvaret og opplever at deres handlinger kan rammes av norsk lov, uansett hvilke valg de gjør, ville det være viktig om de juridiske uklarhetene hadde latt seg grydde av veien (3). Bedømt etter oppslagene i avisene, kan det se ut som om kombinasjonen religiøs fanatisme og dødsfall pga. at "leger lar pasientene dø" (4), selger godt.

Dette er et tema som bør interessere ikke bare medlemmer av sekten, de få legene som vil komme i direkte berøring med problemfeltet, og pressen. Spørsmålet om Jehovas vitner og blodoverføring er en ekstrem variant av et spørsmål vi leger ofte må forholde oss til: konflikten mellom pasientens rett til å nekte behandling og legenes (og samfunnets) plikt til å hjelpe. Vi kjenner det fra mange situasjoner der pasienter motsetter seg medisinske tiltak og derved risikerer livet på kort eller lengre sikt, og der det ikke er hjemmel for å bruke tvang etter lov om psykisk helsevern: kvinnen som nekter sykehusinnleggelse på tross av at hun har alle symptomer på akutt ileus (5), einstøingen som forkommer i sykdom og vanstell og låser døren for personalet fra pleie- og omsorgsavdelingen, eller den ekstremt overvektige unge kvinnen som legger på seg to kilo i måneden, men står på sin rett til selv å disponere sine penger og styre sitt matstell.

Pasientenes rett til med- og selvbestemmelse ved medisinsk behandling er noe nytt både juridisk og som yrkesetisk holdning hos legene (5, 6). Frem til langt ut i vårt århundre har det paternalistiske grunnsynet vært enerådende, dvs. at det er legens rett og plikt så langt hans kompetanse rekker å ta ansvaret for pasientens behandling. Retten til selvbestemmelse er bl.a. nedfelt i lov om leger, der det i §25 heter at legen skal gi pasienten de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling, og at pasienten selv så vidt mulig skal medvirke ved behandlingen. I §2 i etiskereglene for leger heter det bl.a. at samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke. I praktisk medisin begrenser denne retten seg i hovedsak til å nekte tilrådd diagnostikk og behandling.

Som motsats til prinsippet om pasientautonomi, står den lovfestede hjelpeplikten. Leger har etter legeloven og sykehusloven plikt til å gi øyeblikkelig hjelp, og straffelovens §387 nr. 1 pålegger alle borgere av landet plikt til å redde liv. Nødrettsparagrafen i straffeloven (§47), der det står at man under gitte forhold kan unngå straff for handlinger som er gjort for å redde personer fra "en på annen måte uavvendelig fare", kan også være aktuell her. Den enkelte kan faktisk etter norsk lov ikke disponere fritt over sitt eget liv.

I den juridiske diskusjonen om Jehovas vitner og blodtransfusjon er det nettopp forholdet mellom selvbestemmelsesretten og hjelpeplikten som er temaet. Stadig flere jurister tar nå til orde for at selvbestemmelsesretten i dette tilfellet går foran hjelpeplikten, og lovhjemmelen for tvangsbehandling er også uklar (7). Bl.a. tar Husabø til orde for at når medlemmer av Jehovas vitner nekter blodoverføring, er det et utslag av respekt for livet, fordi livet etter deres religiøse overbevisning ligger i blodet. Derfor bør deres selvbestemmelse respekteres fullt ut (8).

Lovavdelingen i Justisdepartementet har i to uttalelser fra 1987 gitt uttrykk for det motsatte synet. På bakgrunn av Husabøs doktorarbeid og et generelt inntrykk av at rettsoppfatningen i befolkningen på dette området er i endring, rettet Statens helsetilsyn våren 1995 en henvendelse til Justisdepartementets lovavdeling med spørsmål om lovtolkningen fra 1987 fortsatt bør legges til grunn (9). Svaret derfra er at hensynet til pasientens rett til selvbestemmelse fører til at en lege *normalt* ikke kan foreta blodoverføring mot pasientens vilje, men i de tilfellene som omfattes av §387 nr. 1, der pasienten er i "øiensynlig og overhengende livsfare", må hensynet til livet gå foran.

Ifølge rettsreglene i de andre nordiske landene, England, USA og Europarådets arbeid kan det se ut som om pasientenes selvbestemmelse står svakere i Norge enn i land vi liker å sammenlikne oss med (2, 7). I Sverige, Danmark og Finland vil det ikke under noen omstendighet være aktuelt å gi blodoverføring til kompetente pasienter som har nektet slik behandling.

Som leger kan vi frustreres av at lovgiverne og helsestyresmaktene ikke makter å skjære igjennom og gi klare anvisninger i dette juridisk uklare terrenget (10). Samtidig berører dette emnet prinsippet om at det å redde liv går foran andre hensyn, og da oppleves det som trygt at lovgiver henger etter folkemeningen. At de "avventer Straffelovkommisjonens arbeid" og "arbeidet med ny pasientrettighetslov" (11), slik byråkratier ofte uttrykker det når de tenker seg

om. Imens får vi leger bruke vårt medisinske og etiske skjønn slik det er nedfelt i etiske regler for leger, dokumentere våre tiltak og vurderinger og stole på riksadvokatens uttalelse referert til av lovavdelingen (9) og gjentatt med nødvendige forbehold på forespørsel fra Hordaland legeforening (10). Han sier at strafferettsapparatet er lite egnet for slike vanskelige etiske spørsmål, og at det ikke vil iverksettes strafferettslig forfølgning mot legeruansett om legen aksepterer pasientens nektelse eller velger å gi påkrevd livreddende blodoverføring på tross av pasientens syn.

Selv om de juridiske forholdene skulle bli avklart, vil legers møter med pasienter som velger døden fremfor livreddende behandling, være følelsesmessig like vanskelige. Legene har i tillegg en etisk plikt til å behandle dissepasientene med respekt, verdighet og effektive medisinske tiltak ut fra situasjonen uavhengig av lovgivningen.

Marit Hafting

LITTERATUR

1. Evensen SA. Blodbanktjenesten i forandring. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 16-7.
2. Lilletvedt HJ. Jehovas vitner og blodtransfusjon - rettslige forhold. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 190-2.
3. Øian P. Jehovas vitner - blodoverføring eller ikke? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 646-7.
4. Blomquist B. Åpen krangel om liv eller død. Leger bryter påbud - lar pasienter dø. Dagbladet 1.11.1995.
5. Førde R. Pasientautonomi. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2568-70.
6. Syse A. Informert samtykke. I: Kjønsstad A, Syse A. Helseettslige emner. Oslo: AdNotam, 1994: 99-132.
7. Warberg LA. Norsk helseett. Oslo: Tano, 1995: 157-67.
8. Kallevik SA. Erling Johannes Husabø: Vi har råderett over livet, men ikke rett til å velge døden. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 960-1.
9. Hafting M. Jehovas vitner og blodoverføring. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 649.
10. Resch F. Behandling mot pasientens vilje, eller ikke! Paraplyen 1995; 6: 14-5.
11. Alvik A, Sønderland K. Tvungen blodoverføring. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 109.

Publisert: 20. februar 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. mars 2026.