

Øyeblikkelig-hjelp-plikten, og pasienters rett til selvbestemmelse i prehospitalt arbeid

- Opplevs det en konflikt?



University
of Stavanger

Faculty of Health Sciences

Master in Pre-Hospital Critical Care

Master Thesis (30 ECTS)

Name of student

Jon Richard Figenschou

Name of supervisor

Halvor Nordby,
professor i filosofi

Date

28.05.2020

MASTER IN PRE-HOSPITAL CRITICAL CARE

Master thesis

Semester: Høsten 2019 - våren 2020

Author(s)/Thesis candidate(s): Jon Richard Figenschou

Supervisor: Halvor Nordby

Thesis Title

Nordisk tittel (Norwegian title): Hvordan opplever ambulansepersonell at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig- hjelp- plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse?

English title: How do paramedics experience it challenging to assess the duty of emergency care with the patients' right to self-determination?

KEYWORDS/SEARCH WORDS:

Prehospitalt, ambulanse, etisk, juridisk, konflikt, øyeblikkelig hjelp, samtykkekompetanse, kvalitativt, intervju

NUMBER OF WORDS: 17.992

STAVANGER 28.05.2020

Forord

Det har vært krevende, men også svært givende å få jobbe med denne masteroppgaven ved Universitetet i Stavanger. Forfatteren har gjennom utdanningen fått god kompetanse og kunnskap som har bidratt inn oppgaveprosessen, og med utarbeidelsen av besvarelsene.

En stor takk rettes til veileder som har bidratt med utfyllende kunnskap om temaet for problemstillingen. Veileder har også tilført dypere innsikt og kunnskap når det kommer til intervju, analyse av innsamlet data, og ikke minst hvordan dette skal presentere på en mest mulig korrekt og presis måte. Det har vært mange lærerike og gode samtaler underveis på telefon i en periode hvor landet har vært i en situasjon noe utenom det vanlige.

En stor takk rettes også til familie som har gitt forfatteren tid og rom til å kunne jobbe med denne oppgaven over et lengre tidsrom, Det foreligger utvilsomt noen skjevheter i fordeling av husarbeidet, og ivaretagelse av barn, i denne perioden.

Arbeidsgiver fortjener stor takk for tilrettelegging av arbeidstid i en krevende periode, og forståelse for den betydning forskning har når det kommer til utvikling og kompetanseheving i ambulansetjenesten i fremtiden.

Sammendrag

Bakgrunn

Helsepersonell plikter å yte øyeblikkelig hjelp der denne er ansett påtrengende nødvendig. Samtidig sier pasient- og brukerrettighetsloven at all helsehjelp skal bygge på samtykke fra pasienten. Det foreligger en spenning i lovverket som kan oppleves å være utfordrende prehospitalt når en pasient med behov for nødvendig helsehjelp motsetter seg dette.

Problemstilling

Hvordan opplever ambulansepersonell at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig hjelp plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse?

Metode

Det ble foretatt en kvalitativ fenomenologisk studie med semistrukturerte intervjuer, en-til-en. Data fra intervjuene ble videre knyttet til teori innen feltet.

Resultat

Prehospitalt er det funnet at ambulansepersonell kan oppleve en konflikt i lovverket, og mellom etiske prinsipper, der en pasient motsetter seg nødvendig helsehjelp. Det foreligger usikkerhet hos ambulansepersonellet rundt tolkning av lover og viktige begreper, og det kan fremstå som konflikten i størst grad er til stede der det ikke foreligger en livstruende situasjon. Momenter som er funnet vanskelige å vurdere er samtykkekompetanse, kommunikasjon, og hvem som har beslutningsansvaret.

Konklusjon

Usikkerhet rundt tolkning av lover og begreper blant ambulansepersonell kan lede til misforståelser som kan medføre feil rettslig grunnlag for den helsehjelp som gis. Dette kan medføre utilsiktet og uriktig bruk av makt. Det foreligger manglende kunnskap på området, både i utdanningen og fra arbeidsgiver. Magefølelse og sunn fornuft er funnet å være noe av det som styrer ambulansepersonellens vurderinger og avgjørelser. Det bør trolig være mer fokus i undervisningen på bevisste og systematiske valg basert på kunnskap om blant annet lovverket.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	s. 1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	s. 1
1.2	Problemstilling.....	s. 1
1.3	Avgrensinger.....	s. 2
1.4	Valg av metode, og oppgavens oppsett.....	s. 2
1.5	Begrepsavklaringer.....	s. 3
1.6	Oppgavens struktur.....	s. 4
2	Teoretisk rammeverk.....	s. 5
2.1	Juridiske bestemmelser.....	s. 5
2.1.1	Øyeblikkelig hjelp, og forsvarlighet.....	s. 5
2.1.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	s. 7
2.2	Etikk.....	s. 9
2.2.1	Etikkens rolle i lovverket.....	s. 9
2.2.2	Konsekvensetikken.....	s. 10
2.2.3	Selvbestemmelse og autonomi.....	s. 10
2.2.4	Juridiske og etiske spenninger.....	s. 11
2.2.5	Viktigheten av informasjon og kommunikasjon.....	s. 13
2.3	Profesjonen.....	s. 13
3	Litteratursøk og funn.....	s. 15
3.1	Øyeblikkelig hjelp og samtykke.....	s. 15
3.2	En hendelse fra praksis.....	s. 17
3.3	NOU 2017:16.....	s. 18
4	Metode	s. 20
4.1	Forskningsdesignet.....	s. 20
4.1.1	Utvalg.....	s. 20
4.1.2	Intervjuguide.....	s. 21

4.2	Gjennomføringsfasen.....	s. 22
	4.2.1 Intervjuene.....	s. 22
	4.2.2 Saturasjon.....	s. 22
4.3	Transkriberingen.....	s. 23
4.4	Analysefasen.....	s. 24
	4.4.1 Analysemetoden.....	s. 24
4.5	Analysering av datamaterialet.....	s. 25
5	Etiske avveielser.....	s. 27
	5.1 Forfatterens bakgrunn.....	s. 27
	5.2 Validitet og reliabilitet.....	s. 28
	5.3 Bias og begrensinger.....	s. 29
6	Resultater.....	s. 31
	6.1 Opplevs det en konflikt mellom lovbestemmelsene?.....	s. 31
	6.2 Tolkning av begreper.....	s. 32
	6.2.1 Påtrengende nødvendig og fare for liv.....	s. 32
	6.3 Selvbestemmelse og samtykkekompetanse.....	s. 33
	6.4 Samarbeid med lege, og beslutningsansvaret.....	s. 34
	6.5 Kommunikasjon.....	s. 35
	6.5.1 «Ladet» kommunikasjon og muntlig tvang.....	s. 36
	6.6 Samarbeid.....	s. 37
	6.6.1 Kollegaer.....	s. 37
	6.6.2 Pårørende.....	s. 37
	6.6.3 Hjemmesykepleien.....	s. 38
	6.7 Magefølelsen.....	s. 39
	6.8 Utdanning og kompetanse.....	s. 40
	6.9 Hvordan ble oppdragene løst i praksis?.....	s. 40
7	Drøfting.....	s. 42
	7.1 Tolkning av begrepene.....	s. 42
	7.2 Kjernen i dilemmaet.....	s. 44

7.3	Samtykkekompetanse og selvbestemmelse.....	s. 46
7.4	Hvem har ansvaret?.....	s. 47
7.5	Kommunikasjon.....	s. 49
7.6	Utsiktet maktutøvelse.....	s. 49
7.7	Magefølelsen og profesjonen.....	s. 52
7.8	Utdanning og kompetanse.....	s. 53
8	Konklusjon.....	s. 55
	Litteraturliste.....	s. 56
	Vedlegg I: Intervjuguide.....	s. 58
	Vedlegg II: Informasjonsskriv deltagere.....	s. 61
	Vedlegg III: Godkjenning av prosjektoppgave.....	s. 64

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I 2001 ble det iverksatt fire nye lover i det som ble kalt helselovreformen. Bakgrunnen var et utbredt politisk ønske om å styrke pasients rettigheter på helsehjelp (Befring & Ohnstad, 2010). Dette skal ivaretas blant annet gjennom bestemmelser om krav til forsvarlighet, og en plikt for helsepersonell til å yte nødvendig øyeblikkelig hjelp i form av helsepersonelloven (1999).

Under samme helselovreform kom også pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I §1 som omhandler lovens formål heter det blant annet at loven skal ivareta respekten for den enkelte pasient sitt liv, integritet, og menneskeverd. Hovedregelen i dette lovverket er at helsehjelp kun kan ytes med utgangspunkt i pasientens samtykke.

«Kravene til samtykke kommer ikke i konflikt med helsepersonells hjelpeplikt i akutte situasjoner» skriver (Befring & Ohnstad, 2010, s. 36). Det virker allikevel å foreligge en spenning i lovverket som i hvert fall kan fremstå som problematisk for ambulanspersonell når de skal vurdere plikten til å hjelpe opp mot pasientens rett til samtykke. Det foreligger lite forskning innen temaet prehospitalt, og formålet med denne oppgaven å belyse hvordan ambulanspersonellet selv kan oppleve dette som utfordrende.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er rettet mot situasjoner hvor ambulanspersonell finner at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er til stede, men hvor pasienten ikke ønsker denne hjelpen. Noe av utfordringen kan være at det foreligger usikkerhet i hvordan oppdraget skal løses. Dette kan være rundt tolkning av de aktuelle begrepene i lovverket, eller etiske verdier og prinsipper. Det skal gis nødvendig helsehjelp samtidig som det skal vurderes både juridiske og etiske aspekter. Det må vurderes hva som er påtrengende nødvendig, og samtidig skal pasientens rettigheter ivaretas.

Resultatet av studiet kan forhåpentligvis bidra til refleksjon og fokus rundt temaet, samt eventuelt synliggjøre behov for videre studier og tiltak.

Problemstillingen er som følger:

«Hvordan opplever ambulanspersonell at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig-hjelp-plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse?»

1.3 Avgrensinger

Oppgaven fokuserer på situasjoner der pasienten er ansett å være samtykkekompetent. Det er ikke her tatt med situasjoner som inkluderer vurdering av barn, eller personer med psykisk sykdom. Der kommer flere andre lovverk og paragrafer til anvendelse, og slike situasjoner anses som for omfattende for oppgaven. I helsepersonellovens (1999) §7 er det angitt at enkelte grupper av pasienter kan motsette seg helsehjelp i samsvar med pasient- og brukerrettighetslovens §4-9 (1999). Denne oppgaven har ikke et spesielt fokus på disse pasientgruppene, og går ikke dypere i vurderingen av denne bestemmelsen utover det som er beskrevet i kapittel 2 om det teoretiske rammeverket.

Oppgaven fokuserer på balansen mellom konsekvensetikken og pliktetikken, som er de to etiske prinsippene som hovedsakelig ligger til grunn for blant annet bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp og pasienters rett til selvbestemmelse. Det finnes flere etiske retninger og prinsipper som også kan være styrende for ambulanspersonellets hverdag, men de blir ikke nærmere omtalt i oppgaven.

1.4 Valg av metode, og oppgavens oppsett

Et mål med oppgaven er å forstå konflikten i lovverket fra ambulanspersonellets eget perspektiv. Når menneskers erfaringer er utgangspunktet for forskningen benyttes kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2018). Ved en slik forskningstilnærming er intervju funnet å være en grunnleggende datainnsamlingsmetode (Ellingsen & Drageset, 2008). Intervjuer gir mulighet til å gå i dybden og til å få innsikt i informantens tanker, følelser, og erfaringer i en mye større grad enn ved bruk av spørreskjemaer (Kvale & Brinkmann, 2018).

For å belyse problemstillingen er det valgt ut fem forskerspørsmål som forfatteren ut fra egen kunnskap og praksis mener kan være av betydning. Fokuset er på kjennskap til

lovverket, hvordan sentrale begrep tolkes, hvor informantene har lært det, kommunikasjon, og samarbeid med helsepersonell, og pårørende. Det er også blitt spurt etter eksempler fra praksis for å stimulere til refleksjon rundt erfaringene og opplevelsene ambulanspersonellet har ved slike hendelser.

1.5 Begrepsavklaringer

Autonomt valg og selvbestemmelse: autonom stammer fra to greske ord: autos (selv) og nomos (lov, styring og regulering). Dette er både en juridisk og etisk rettighet. Betingelsen for at en avgjørelse skal være autonom er at valget må være fritt. Det vil si uten påvirkning fra andre personer, eller fra eksterne faktorer som angst og smerter (Silva, 2012). Begrepet selvbestemmelse blir også anvendt om det å ta autonome valg (Slettebø, 2016). For at en selvbestemmelse skal være autonom må pasienten være mentalt skikket, og i stand til å ta imot, bearbeide, og forstå den informasjonen som blir gitt (Slettebø, 2016).

Samtykkekompetanse: For å være samtykkekompetent i juridisk forstand må pasienten være over 18 år. Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. For at et samtykke skal være gyldig er det viktig at pasienten er gitt tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand, og betydningen av den helsehjelp som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Kort fortalt er samtykkekompetanse evnen til å kunne foreta et autonomt valg (Nordby, 2014).

Dilemma: Å velge mellom to eller flere verdier der begge alternativene er uønsket, eller der begge gir uønskede konsekvenser. Det er gjerne en fundamental konflikt mellom etiske plikter eller prinsipper. Det er nødvendig å foreta et valg, og det er usikkert hva som er det rette valget (Slettebø, 2016). Et eksempel kan være når en samtykkekompetent pasient som motsetter seg det som ambulanspersonellet anser å være påtrengende nødvendig helsehjelp.

1.6 Oppgavens struktur

Først presenteres teori innen det juridiske og etiske feltet. Teorien diskuteres i korte trekk før det beskrives et litteratursøk. Aktuelle funn blir presentert som en del av den teoretiske forankringen. Det foreligger lite studier innen temaet og funnene representerer ikke empirisk forskning, men primært artikler fra fagtidsskrifter.

Videre beskrives metoden som er benyttet i studiet, og beskrivelse av prosessen rundt analyse av innsamlet data fra intervjuene. Data fra intervjuene presenteres under de temaene som ble funnet å være mest fremtredende. Etter dette tas teorien og funn fra litteratursøket med inn i drøftingen av innsamlet og analysert data fra intervjuene. Oppgaven avrundes med konklusjon, og anbefaling for videre arbeid.

2 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Juridiske bestemmelser

Lovverket inneholder føringer for hvordan ambulanspersonell skal forholde seg til pasientens rett til samtykke, og plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Det foreligger også rundskriv fra blant annet helsedirektoratet som skal gi veiledning og føringer på hvordan lovene er ment å skulle tolkes. Et av de sentrale temaene i oppgaven er i hvilken grad ambulanspersonell er kjent med bestemmelsene, og tolkninger av begreper. Her presenteres aktuell teori innen det juridiske området som er aktuelt for oppgaven.

2.1.1 Øyeblikkelig hjelp og forsvarlighet

I Helsepersonellovens § 7 (1999) heter det at helsepersonell straks skal gi den hjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Hensikten med denne plikten er å gi trygghet til befolkningen ved at de får nødvendig helsehjelp i situasjoner der hvor det kreves livreddende innsats. Plikten gjelder selv der en samtykkekompetent pasient motsetter seg behandlingen. Det finnes noen få unntak fra dette som er definert i pasient- og brukerrettighetsloven §4-9 (1999). Blant annet at kan en døende pasient motsette seg livsforlengende behandling.

Som Befring og Ohnstad (2010) skriver så er hovedregelen at helsepersonell har plikt til å gripe inn i akutte situasjoner selv om pasienten motsetter seg slik helsehjelp.

«Hjelpeplikten begrunnes i lovforarbeidene med at samfunnet har en særlig interesse av å opprettholde respekten for livet, og at dette legitimerer innskrenkinger i den enkelte pasients autonomi» (Befring & Ohnstad, 2010, s. 94). Helsedirektoratet (2018) skriver i sin kommentar til helsepersonelloven at det skal ganske mye til for at hjelpeplikten inntre, med den begrunnelse av at det skal være påtrengende nødvendig. Det skal da foreligge akutt fare for liv eller helse.

I helsepersonelloven §4 (1999) står det blant annet at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra blant annet personellet sine faglige kvalifikasjoner. Helsedirektoratet (2018)

mener at under kravet til forsvarlighet ligger en forventning om at helsepersonell opptrer i tråd med egen faggruppe sine normer, nasjonale veiledere og retningslinjer. Herunder ligger også et krav til informasjonen som gis til pasienten. «Unnlatelse av å innhente samtykke eller å gi pasienten opplysninger på en måte som pasienten kan forstå og nyttiggjøre seg, kan være uforsvarlig» (Helsedirektoratet 2018). Det er helsepersonellet sitt ansvar å tilpasse informasjonen, samt sikre at pasienten er tilstrekkelig informert til å kunne være samtykkekompetent. Under tidspress synker kravene til informasjon noe tilsvarende den tid som er til rådighet (Helsedirektoratet, 2018).

Befring og Ohnstad (2010) skriver at ved vurdering av hva som er forsvarlig helsehjelp må det tas utgangspunkt i de enkelte yrkesgruppene sin faglige kompetanse. Når pasientens behov tilsier, skal bistand innhentes fra annet kvalifisert personell. Ved samarbeid mellom helsepersonell skal primært legen ha beslutningsrett når det kommer til diagnostikk og behandling. Ifølge Befring og Ohnstad (2010, s. 62) har leger «generelt mer kompetanse til å vurdere symptomer, samt stille diagnose og vurdere behandlingsalternativer enn andre helsepersonellgrupper». Derfor er det ved mange sykdomstilstander forbeholdt legene å ta de endelige beslutningene. Dette hindrer eller fritar allikevel ikke annet kvalifisert personell fra å kunne foreta enkel diagnostikk, og ta beslutninger om pleie og omsorg.

Når det foreligger en akutt situasjon med fare for liv foreligger det en personlig plikt hos helsepersonellet til å ta stilling til om nødvendig helsehjelp skal og må gis (Befring & Ohnstad, 2010) Der det er tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendige plikter helsepersonellet å gjøre de nødvendige undersøkelser (Helsepersonelloven, 1999). Ved situasjoner hvor hjelpen er ansett påtrengende nødvendig er det et spørsmål om det er tid nok i situasjonen til å konsultere lege. Det vil ikke alltid være mulig eller gjennomførbart, og ambulanspersonell må ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne vurdere selv om plikten faktisk gjelder. Det er derfor viktig med kompetanse som omhandler forståelse og anvendelse av relevant lovverk, kommunikasjon, og vurdering av samtykkekompetanse hos pasienten.

2.1.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Det foreligger klare rettigheter i dagens lovverk for pasienter når det gjelder medbestemmelse og samtykke. I pasient- og brukerrettighetslovens § 1 (1999) står det at helsepersonell skal ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd. Bestemmelsen setter fokus på pasientenes behov og autonomi (Helsedirektoratet, 2015). Grunnlaget for all behandling av pasienter er samtykke. Det motsatte av samtykke eller tillatelse er tvang, og slike handlinger krever rettslig grunnlag i form av lover (Befring & Ohnstad, 2010). Å yte helsetjenester innebærer også et inngrep i pasientens liv og integritet. Dette kan i mange tilfeller dreie seg om inngrep som ellers kunne blitt rammet av strafferettslige sanksjoner. Det er derfor viktig at det ytes adekvat og forsvarlig helsehjelp som er i pasienten sin interesse.

Helsedirektoratet (2015) skriver i sine kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven at som hovedregel kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger et gyldig rettsgrunnlag som går foran dette kravet. §7 i helsepersonelloven (1999) er nettopp en slik lovhjemmel som kan gå foran kravet til samtykke. Befring & Ohnstad (2010) hevder i sin bok at kravene til samtykke ikke kommer i konflikt med helsepersonellet sin hjelpeplikt i akutt situasjoner. Det gjelder særlig der det ikke foreligger nok kunnskap eller tid til å innhente informasjon om hva som er pasientens interesse.

Det er heller ikke alltid mulig med tanke på tid til rådighet å gi pasienten nok informasjon til at denne kan anses å være samtykkekompetent. Kravet til informasjon i en akutt situasjon anses å måtte være lavere enn ellers, og det er ikke alltid det er gjennomførbart. Der hvor helsepersonell mener akutt hjelp er påtrengende nødvendig blir kravet til informasjon lavere (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan igjen påvirke hvorvidt samtykket fra pasienten kan sies å være gyldig ved at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand, og konsekvensene av egne valg.

Foreligger det en situasjon som ikke er så akutt eller alvorlig at § 7 i helsepersonelloven (1999) kommer til anvendelse kan det være nødvendig å vurdere andre bestemmelser som kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999)¹. Her omtales helsehjelp

¹ Pasient- og brukerrettighetsloven er opprinnelig fra 1999, men kapittel 4A ble tilføyd ved lov 22 des 2006 nr. 99

som kan eller må ytes når pasienten risikerer vesentlig helseskade ved å ikke ta imot tilbudet om behandling, men hvor situasjonen ikke er ansett å være akutt.

Anvendelse av lovbestemmelsen betinger at pasienten ikke er samtykkekompetent (Syse, 2013). Slik helsehjelp kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen. Det er primært tillagt lege å gjøre slike vurderinger, noe som er begrunnet med at den som foretar vedtak etter denne bestemmelsen må kjenne til pasientens situasjon og alle konsekvensene av eventuelle tvangstiltak (Syse, 2013). Pasienten kan miste status som samtykkekompetent for en bestemt periode, men da etter en utredning av personell med reell vedtakskompetanse. Per i dag har ikke ambulanspersonell fullmakt til å fatte slike vedtak, men det er ikke noe prinsipielt i veien for at de også kan få dette i fremtiden. Det betinger at de opparbeider seg relevant kompetanse, og de faglige forutsetningene, til å kunne vurdere alle konsekvenser av et slikt vedtak (Nordby, 2014).

Syse (2013, s. 328) skriver at «helsepersonell som yter helsehjelp er selv forpliktet til å sørge for et gyldig rettsgrunnlag for denne» Dette innebærer at de må ha kunnskap om lovbestemmelsene, og kjenne til hvordan jussen kan og er ment å brukes i praksis. §7 i helsepersonelloven (1999) gir helsepersonell en plikt til å handle der det foreligger behov for påtrengende nødvendig helsehjelp, og denne vil gå foran pasientens rettigheter til samtykke. Konsekvensene ved å ikke yte helsehjelp er da ansett så alvorlige at pasientens liv og helse settes foran retten til selvbestemmelse. I øyeblikkelig-hjelp-situasjoner er det ikke nødvendig med samtykke (Syse, 2013).

Det foreligger noen unntak i plikten til helsepersonell som er definert i pasient- og brukerrettighetsloven §4-9 (1999). Her kan enkelte pasientgrupper motsette seg også helsehjelp som er antatt påtrengende nødvendig. Denne bestemmelsen begrenser da i noen grad helsepersonellens hjelpeplikt. I bestemmelsen står det blant annet at en døende pasient kan motsette seg livsforlengende behandling. Dette åpner for at øyeblikkelig-hjelp-plikten heller ikke er absolutt, men at det også ved akutte tilstander kan foreligge enkelte tilfeller der pasientens rett til samtykke skal gjelde.

For at pasienter angitt i §4-9 skal få bestemme selv må helsepersonellet forsikre seg om at pasienten er myndig, og er gitt tilfredsstillende informasjon. Pasienten må være innforstått med konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen.

Helsepersonellet må samtidig ha innhentet tilstrekkelig informasjon til å vite at

pasienter har en alvorlig overbevisning. «Dersom helsepersonell er i tvil om dette, kan de ikke unnlate å gi helsehjelp etter helsepersonelloven §7» (Syse, 2013, s. 339).

Dette gjelder akutte situasjoner hvor det kan være forstyrrende momenter som stress og redusert tid til rådighet. Det er da spørsmål om hvor mye kunnskap ambulanspersonell kan innhente for å i tilstrekkelig grad kunne synliggjøre at pasientens ønske er autonomt, og samtidig begrunnet i alvorlig overbevisning. Vurdering av samtykkekompetanse er sentralt også her. «I prehospitalt arbeid vil det nesten alltid være tvil om pasienten er tilstrekkelig autonom» (Nordby, 2014, s. 107). Slik sett kan det være vanskelig prehospitalt å la være å yte øyeblikkelig hjelp, selv der §4-9 i pasientrettighetsloven (1999) i utgangspunktet kan være gjeldende.

2.2 Etikk

2.2.1 Etikkens rolle i lovverket

Juss og etikk er to sentrale fagområder for helsepersonell sin yrkesutøvelse. Begge fagene skal hjelpe med å avklare hva som er rett, og hva som er galt. Etikk har hatt en sentral plass helt fra den profesjonelle sykepleiens begynnelse (Lunde, 2016). Jussen har ikke den samme historiske forankringen, men dagens helselovgivning er i stor grad bygd på grunnleggende menneskerettigheter og kulturelle verdier. Slik sett er lovene basert på etiske prinsipper som er anerkjent av samfunnet (Lunde, 2016). Et hovedmål juridisk er å styrke pasientenes rettigheter, samt å sørge for kvalitet i helsehjelpen.

Lover og forskrifter regulerer yrkesutøvelsen, og det vil være en grunnleggende kunnskap hos alt helsepersonell å kjenne til hvordan de er styrende for yrkesutøvelse og praksis. I tillegg kommer også rundskriv og veiledninger som inneholder anbefalinger fra Stortinget på hvordan de mener lover og regelverk bør tolkes (Lunde, 2016).

Formuleringene i lovverket har en spesiell egenskap ved at de ikke bare er ment å skulle være etisk riktige – de er så fundamentale at en kan bli straffeforfulgt ved å ikke handle etter dem. Lovformuleringene kan slik forstås til å være den mest grunnleggende delen av etikken (Nordby, 2014).

Når jussen gir føringer for hva som skal eller kan gjøres, blir helsepersonellet nødt til å forholde seg til denne (Lunde, 2016). Der lovbestemmelser gir klare løsninger kan ikke etiske retningslinjer eller overveielser brukes som grunnlag for å bestemme seg for andre løsninger. Etisk ståsted og vurderingsevne kommer derimot til sin rett når jussen ikke gir de helt klare svarene, og hvor det kan finnes en konflikt i lovverket. Det er slik at lovverk og yrkesetiske retningslinjer ofte samsvarer, og overskrides etiske retningslinjer og prinsipper krysses også de juridiske grensene for hva som er lov (Nordby, 2014). Helselovgivningen vil aldri klare å omfatte enhver tenkelig situasjon med fasitsvar, slik at sterk yrkesetikk kombinert med gode fagkunnskaper vil være en forutsetning for å kunne utøve forsvarlig pasientbehandling (Lunde, 2016). For å kunne gjøre både gode juridiske og etiske vurderinger må dette være en del av helsepersonellet sin profesjonelle kompetanse (Sneltvedt, 2017).

2.2.2 Konsekvensetikken

Bakgrunnen for blant annet § 7 i helsepersonelloven (1999) som omhandler plikten til å yte øyeblikkelig hjelp finner vi i konsekvensetikken. Hovedmålet er at pasienter skal få den hjelpen de trenger når det er påtrengende nødvendig, nettopp fordi dette er antatt å gi best konsekvens for pasientens helse (Nordby, 2014). Ivaretagelse av livet ble ved utarbeidelsen av § 7 i helsepersonelloven ansett til å være det viktigste, og gi de beste konsekvensene (Befring & Ohnstad, 2010). Det foreligger flere retninger innenfor konsekvensetikken, blant annet hva pasienten selv mener er den beste konsekvens eller det beste valget. I oppgaven omtales den etiske modellen som er brukt i helsepersonellovens forarbeid hvor ivaretagelse av livet, og opprettholdelse av helse, gir den beste konsekvens.

2.2.3 Selvbestemmelse og autonomi

Kant sin pliktetikkk legger vekt på den frie viljen, og at mennesket har en grunnleggende plikt til å respektere andre personers frie og selvstendige ønsker. En betingelse for pliktetikken er at pasientens avgjørelse er autonom. Det vil si at pasienten har fått gjøre et fritt og tilregnelig valg basert på en tilfredsstillende mengde informasjon og

kunnskap. Pasienten må samtidig i rimelig grad være innforstått med konsekvensene av sine handlinger eller ønsker. Ifølge Kant sin pliktetikkk har ambulanspersonell plikt til å respektere pasientens valg, forutsatt at dette vurderes å være autonomt (Nordby, 2014). I lovverket blir pasienten ansett å være samtykkekompetent når denne vurderes til kunne foreta en autonom avgjørelse. Samtykkekompetanse er et juridisk begrep som bør være kjent av helsepersonell (Lunde, 2016).

Et spørsmål som kan melde seg i denne sammenheng er hva som må til av informasjon for at pasienten i tilstrekkelig grad kan forstå konsekvensene av eget valg? Der hvor pasienten er i stand til å ta til seg og forstå informasjonen i stor grad kan også bedre avgjørelser tas, og det er viktigere å respektere de valgene (Nordby, 2012). I den andre retningen så kan det sies at når mindre tid er tilgjengelig, jo mindre er også muligheten for at pasienten kan foreta et velinformert og autonomt valg. I prehospital sammenheng, særlig i situasjoner hvor en skal yte øyeblikkelig hjelp, vil det være kort tid tilgjengelig til både å gi tilstrekkelig informasjon, samt vurdere samtykkekompetanse.

Prehospitalt kan det også foreligge forstyrrende faktorer som stress, smerter, eller annet som kan påvirke i hvor stor grad pasienten evner å ta til seg tilstrekkelig kunnskap til å kunne gjøre et fritt valg. Samtidig er det at pasienten har tilstrekkelig forståelse av situasjonen et krav for samtykkekompetanse. Samtykke fra pasient er ikke nødvendig der ambulanspersonellet finner det nødvendig med påtrengende nødvendig helsehjelp. Det vil da foreligge et gyldig rettsgrunnlag som setter til side pasient- og brukerrettighetsloven (Syse, 2013).

2.2.4 Juridiske og etiske spenninger

Handlinger som ikke er basert på gyldig samtykke fra pasienten kan innebære brudd på pasientens lovfestede rettigheter (Befring & Ohnstad, 2010). Samtidig vil det å ikke yte nødvendig helsehjelp til en pasient bryte med helsepersonellens lovpålagte plikter. Det er en potensielt utfordrende situasjon ved at ambulanspersonell må kunne balansere øyeblikkelig-hjelp-plikten med pasientens rett til selvbestemmelse. Det kan foreligge et dilemma mellom vurdering av konsekvenser ved å ikke handle opp mot brudd på pasientens rett til en fri vilje, og frie valg.

Noe av bakgrunnen for §7 i helsepersonelloven (1999) er at konsekvensene ved å ikke handle anses som de viktigste. Respekten for livet er så sterk at den står over pasienters rett til å bestemme over eget liv og helse. Dette står som et sterkt prinsipp, og i så stor grad at plikten til å utøve helsehjelp gjelder selv om en samtykkekompetent pasient motsetter seg behandling. Etisk fremstår det da et dilemma mellom konsekvensetisk og pliktetisk tankegang. Lovverket bygger på etiske prinsipper, og er da vurdert som så fundamentale at helsepersonell kan bli straffeforfulgt hvis de ikke handler samsvar med dem. «Forstått på denne måten er lovformuleringene simpelthen den mest grunnleggende delen av etikken» (Nordby, 2014, s. 100). Det er allikevel ikke alltid lovtekster kan gi helt klare instruksjoner, og det kan blant annet forekomme usikkerhet når det kommer til å tolke de. Ved slike situasjoner kan etikken spille en betydelig rolle, og ambulanspersonell bør ha et reflektert forhold til både juss og etikk (Lunde, 2016).

Kant sin pliktetikk tilsier at ambulanspersonell har en grunnleggende plikt til å respektere pasientens frie valg. Dette samsvarer godt med pasientens rett til selvbestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Kants pliktetikk baserer seg på at pasienten kan foreta et autonomt valg som ikke ville vært annerledes i etterkant. «Selv ut fra et kantiansk pliktetisk perspektiv kan det være riktig å overstyre pasientens uttrykte vilje hvis denne ikke samsvarer med det som ville vært pasientens autonome valg» (Nordby, 2014, s. 80).

Fra et pliktetisk perspektiv kan det være berettiget å sette pasientens ønske til side så lenge pasienten ikke kan et foreta et fritt, rasjonelt, og gjennomtenkt valg som de også senere ville ment var riktig. Det kan være vanskelig å få frem nok informasjon til å vite om pasienten kan gjøre et tilstrekkelig autonomt valg i en nødsituasjon, da også med tanke på eventuelle valg pasienten ville ansett for å være de beste i etterkant. En slik usikkerhet som beskrives her kan medføre at det også etter pliktetikken syn kan være riktig å yte helsehjelp der hvor det foreligger et akutt behov.

Helsepersonell plikter å yte nødvendig helsehjelp selv der pasienten motsetter seg denne (Helsepersonelloven, 1999) Om pasienten blir vurdert til å være samtykkekompetent eller ikke endrer ikke på denne plikten. Det fremkommer større tvil der det ikke foreligger en situasjon med behov for akutt og påtrengende helsehjelp, og hvor pasienten motsetter seg hjelpen. Dette er ikke underlagt problemstillingen i oppgaven i utgangspunktet, men innebærer i mange av de samme elementene.

2.2.5 Viktigheten av informasjon og kommunikasjon

Helsepersonell skal hjelpe pasientene til å kunne foreta autonome og frie valg gjennom å gi de en objektiv vurdering av eventuelle konsekvenser, uforstyrret av ytre påvirkninger. Beauchamp og Childress (2009) angir at dette kan innebære å måtte respektere en avgjørelse som for fagpersoner kan virke ulogisk, men som for pasienten fremstår riktig, og i tråd med egne verdier. Kommunikasjon vil utgjøre et viktig element, og forekommer det misforståelser fra pasienten i tolkning av konsekvenser eller risiko kan ikke lenger valget anses å være autonomt. For å kunne gjøre velinformerte valg kreves det tid, ro, tillitt og mulighet til å avklare misforståelser. Er det mer tid til rådighet jo større muligheter for at et autonomt valg kan tas av pasienten. Når mindre tid er tilgjengelig, jo lavere er terskelen for at det kan være mulighet for selvbestemmelse (Nordby, 2012). Samtidig vil følelser som stress, angst, depresjon, og andre kognitive faktorer kunne påvirke pasientens muligheter for å ta et fritt valg. Kanskje ville pasienten valgt annerledes uten et slikt ytre press (Slettebø, 2016).

2.3 Profesjonen

Som beskrevet i teorikapittelet kan det være at helsepersonell må finne en balanse både i lovverket og etikken for å løse et dilemma. De må da kjenne godt til de etiske modellene som er en del av yrket og profesjonen (Silva, 2012). Helsepersonell sine handlinger styres i det daglige av blant annet respekt for lovverket, prosedyrer og etiske prinsipper. Studier har vist at høyere utdanningsnivå øker bevisstheten for at det faktisk er et dilemma, samtidig med økt fokus på pasientens rett til delaktighet og selvbestemmelse (Slettebø, 2016).

Situasjoner hvor pasienten motsetter seg helsehjelp er vanskelige, og lang yrkeserfaring kan være viktig i slike situasjoner. Det er nødvendig med god situasjonsforståelse og kunnskap. Å kunne fortolke lovtekstene slik de er ment fordrer en etisk dømmekraft utover bare det å følge regler og prosedyrer. Helsepersonell har et personlig ansvar, og en profesjons etisk plikt, til å inneha ideologisk handlingsberedskap (Nordby, 2014). Med dette menes blant annet evne til refleksjon over etisk ståsted, og kompetanse til å gjøre systematisk handlingsvalg basert på egne verdier.

Syse (2013) skriver at helsepersonell i sitt virke er forpliktet til å ha et gyldig rettsgrunnlag for sin yrkesutøvelse. Utførelse av handlinger som for eksempel ikke er basert på gyldig samtykke kan innebære brudd på både lovfestede profesjonsnormer, og etiske normer. Det foreligger i teorien liten tvil om at ambulanspersonell skal utøve sitt arbeid forankret i kunnskap om både etiske og juridiske prinsipper. Særlig bruk av tvang for å gjennomføre helsehjelpen setter store krav til tiltakets faglige og etiske fundament (Syse, 2013).

Slik det kommer frem i teorikapitlet er det nødvendig med en etisk handlingsberedskap, og kunnskaper om de lovbestemmelsene som styrer både plikten til helsepersonell og pasientens lovfestede rettigheter. Dette er en profesjonsetisk plikt som må være til stede for å kunne utøve forsvarlig pasientarbeid. «Å ha en god etisk beredskap kan ikke løsrives fra generelle krav til forsvarlighet» (Nordby, 2012, s. 94). For å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig fremkommer det også som viktig med god kompetanse og gode evner til nøytral kommunikasjon, tilpasset til den enkelte situasjon og pasient. Dette igjen for å kunne i størst mulig grad gi pasienten mulighet til å være samtykkekompetent. Selv i stressende situasjoner skal informasjon gis i den utstrekning det praktisk er mulig (Syse, 2013).

3 Litteratursøk og funn

Det ble foretatt et søk i databasene Medline, Pubmed, Cinahl, Embase og Orio.

Søkeordene som ble brukt i forskjellige kombinasjoner er angitt under. Det forelå lite funn, og 5 artikler ble tatt med videre til grundigere gjennomgang. 1 artikkel fra Iran ble senere tatt ut på grunn av kulturelle forskjeller i den prehospitale tjenesten. Det var da igjen 4 aktuelle artikler hvorav 3 er skrevet innen det juridiske fagfeltet med tolkning av helselovene, og en er direkte relatert til ambulanspersonell. Ved gjennomgang av litteraturlister i artiklene ble det funnet ytterligere en artikkel av interesse.

Søkeordene:

P – Patient, autonomy, self-determination

I – Care, Emergency care, intensive care, prehospital care, nursing care, prehospital

C – Treatment refusal, ethical dilemma, medical ethics

O – Ethical dilemma, denial, coercion

Flest funn ble gjort ved kombinasjon av søkeordene; patient, denial, care og patient, autonomy, care og prehospital. Ingen andre kombinasjoner gav ytterligere eller relevante funn.

3.1 Øyeblikkelig hjelp og samtykke

I en artikkel publisert i Tidsskrift for Den Norske Legeforening i 2001 omtales legers plikt til å hjelpe, og pasienters rett til å nekte. Befring (2001) skriver her at hovedregelen må være at all hjelp baseres på pasientens samtykke. En pasient med kompetanse til å samtykke har rett til å frasi seg behandling, også der hvor det kan få alvorlige konsekvenser. Å behandle pasienten uten et slikt samtykke kan gi grunnlag for reaksjoner fra tilsynsmyndighetene, og kan også rammes av strafferettslige bestemmelser. Et samtykke som det refereres til her betinger at pasienten har fått den informasjonen som er nødvendig slik at pasienten kan forstå konsekvensene av eget valg.

I samme artikkel skriver Befring (2001) at pasientens mulighet til å nekte behandling er normalt liten i akutte situasjoner. Hjelpeplikten til legen som stammer fra tradisjonell legeetikk anses da å være sterkere. Dette begrunnes med at respekten for livet og plikten til å hjelpe andre i nød står sterkere enn pasientens rett til å nekte behandling. Hjelp kan ytes blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner. Befring (2001) mener det kan medføre rettslig ansvar å ikke hjelpe i slike situasjoner, noe som innebærer at det kan være bedre å hjelpe enn å unnlate å handle.

Halvorsen (2002) skriver i sin artikkel «Pasienter som nekter behandling» som også er utgitt i Tidsskrift for Den Norske Legeforening at det finnes svakheter ved lovgivningen. De vanskelige tilfellene er der pasienten nekter å motta behandling, og nektelsen fremstår som irrasjonell for legen. Hun understreker at det som for legen virker irrasjonelt kan være rasjonelt fra pasientens synspunkt, og dermed i utgangspunktet en velinformert og autonom avgjørelse.

Halvorsen (2002) mener at hva som vurderes å være påtrengende nødvendig etter §7 om øyeblikkelig hjelp i helsepersonelloven bør være strengere tolket når pasienten er bevisst og tydelig nekter behandling enn der pasienten har redusert bevissthet. Hun henviser til at §7 gjelder ved akutte situasjoner, og at det er en tidsavgrensning i når denne bestemmelsen gjelder. Er pasienten utenfor livsfare gjelder ikke lenger plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Konklusjonen til Halvorsen (2002) er at gjennomgangen av regelverket etterlater mange spørsmål av juridisk og etisk art.

Bahus, Friis og Mesel (2018) skriver innledningsvis i sin artikkel at «medisinsk behandling uten pasientens samtykke er i strid med den europeiske menneskerettighetsdomstolens artikkel 8, og pasient- og brukerrettighetslovens §4-1». Et sentralt etisk prinsipp er at mennesker ikke skal behandles mot sin vilje. Samtidig kan det ut i fra et profesjonsetisk grunnlag være gitte situasjoner hvor helsepersonell må ta ansvaret for å avgjøre rett behandlingsvalg for pasienten (Bahus et al., 2018). Samtykkekompetanse er sentralt i lovverket, og noen ganger kan det være strid mellom det legen mener er best for pasienten og pasientens egne interesser. Det kan for eksempel være en eldre person som kan ha flere gode leveår igjen objektivt sett, men som ikke orker mer behandling og sykdom.

Bahus et al. (2018) beskriver at det kan være vanskelig å balansere øyeblikkelig hjelp plikten med pasientens rett til å selvbestemme. Hva er det egentlige ønsket? Kan det

virkelig antas at pasienten har sett for seg at å nekte behandling vil kunne resultere i død? Det kan være enklere å ta avgjørelser der det åpenbart er fare for liv og pasienten ikke fremstår samtykkekompetent, opp mot de tilfellene der pasienten gjentatte ganger rolig og informert tydelig fremhever at behandlingen ikke er ønsket. Hvor grundig helsepersonell kan gå til verks for å avklare pasientens samtykkekompetanse avhenger blant annet av pasientens tilstand og tid til rådighet. Dette taler ifølge forfatterne for bruk av øyeblikkelig-hjelp bestemmelsen, men ikke utover den akutte situasjonen.

3.2 En hendelse fra praksis

Nordby (2013) beskriver en hendelse der ambulanspersonellet skulle undersøke og behandle en pasient med brystmerter. Med bakgrunn i undersøkelsene fant ambulanspersonellet at det var viktig at pasienten ble med til videre undersøkelser på sykehus, noe pasienten motsatte seg. Ambulanspersonellet ordla seg stadig sterkere, og sa til slutt at en konsekvens av manglende videre undersøkelse og behandling kunne være død. Pasienten ble da med til behandling, og hun var senere takknemlig for at det ble brukt så tydelig ordbruk.

Ambulanspersonellet anså her pasienten til å være samtykkekompetent. De har da i utgangspunktet plikt til å respektere pasientens autonome ønsker. Samtidig har ambulanspersonellet et fundamentalt ansvar for å avverge skade og fare for negative helsekonsekvenser hos pasienten. En faglig god begrunnelse til pasienten på nøytral og objektiv måte kan lede til at pasienten endrer valg i tråd med helsepersonellens anbefalinger. Å bruke teknikker som overtalelse, eller annen ladet kommunikasjon som ikke lenger er nøytral eller objektiv krever etisk begrunnelse. Når helsepersonell bruker slik verbal kraft til å eventuelt overtale pasienter er dette å anse som utøvelse av en type makt, og den bør således være forankret i etiske vurderinger (Nordby, 2013).

Det kan ofte være vanskelig å bestemme om pasienten er tilstrekkelig autonom. Stress kan være en faktor som påvirker pasientens evne til å ta til seg informasjon. Nordby (2013) foreslår at der det er usikkert om pasienten faktisk kan foreta en autonom avgjørelse i den gitte situasjonen er å se fremover i tid. Er det faktorer som påvirker pasienten her og nå som hvis de ikke var til stede kunne gitt et annet svar fra pasienten? Nordby (2013) skriver at det kan være bedre å være på den sikre siden, og forebygge

alvorlige konsekvenser, fremfor å akseptere at pasienten tok et valg som kanskje allikevel ikke ville fremstått som tilstrekkelig autonomt i etterkant.

3.3 NOU 2017: 16

Ved gjennomgang av referansene i artikkelen til Bahus et al. (2018) ble det funnet en utredning fra 2017 som er av interesse for oppgaven. Den ble foretatt av et utvalg som skulle utrede reglene om helsepersonells inngrepsplikt (øyeblikkelig-hjelp-plikten), og pasienters rett til selvbestemmelse NOU 2017:16 (2017).

Utvalget finner at det i det i forarbeidene til øyeblikkelig-hjelp-plikten er beskrevet at det skal foreligge en høy terskel for denne bestemmelsen skal inntreffe. Hensikten er å fange opp situasjoner som krever livreddende innsats, eller innsats for å avverge alvorlig helseskade. Når pasienten har fått tilstrekkelig hjelp, og faren er over, opphører plikten. Utvalget fant at øyeblikkelig-hjelp-bestemmelsen tilsidesetter alle samtykkebestemmelser i pasient -og brukerrettighetsloven, med unntak av §4-9 hvor blant annet døende pasienter kan nekte å ta imot livsforlengende behandling.

Utvalget skriver at selvbestemmelsesretten til enkeltmennesket kommer stadig sterkere frem i lovverk og gjennom domstoler, både i Norge og Europa. Det kom i 2014 en grunnlovsbestemmelse som i stor grad gjenspeiler Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 8. Denne bestemmelsen sier at samtykke skal være hovedregelen for behandling av pasienter. Om en pasient kan nekte viktig behandling eller ikke er relatert til pasientens samtykkekompetanse, og menneskerettighetsdomstolen uttrykker at slike vurderinger er utfordrende.

Sammenlignet med lovgivningen innen de andre nordiske landene når det kommer til øyeblikkelig-hjelp-bestemmelser er det noen forskjeller. I Finland fremgår det tydelig at det ikke skal påtvinges hjelp til pasienter som har uttrykt at de ikke ønsker slik hjelp, selv i akutte situasjoner. Dette gjelder også der pasienten ikke er samtykkekompetent, men tidligere har gitt et standpunkt. Det svenske lovverket ligner i hovedsak på de finske bestemmelsene, og pasientens rett til å samtykke står sterkt. Pasientene skal her få livsnødvendig behandling der de er bevisstløse, eller på annen måte ikke kan uttrykke sin vilje. Også alvorlig syke pasienter som ikke er døende vil få respektert et uttrykt

ønske om ikke-behandling i en øyeblikkelig-hjelp-situasjon. Utvalget finner at «en tradisjonell tolkning av helsepersonellovens §7 gir helsepersonell en sterk inngrepsplikt på bekostning av pasienters selvbestemmelsesrett som vi ikke finner igjen i tilsvarende grad i de øvrige nordiske land» (NOU 2017: 16, 2017).

Utvalget vurderer at øyeblikkelig-hjelp-bestemmelsene griper inn i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 8 når pasienter behandles mot egen vilje der det foreligger det de kaller «uegentlige» øyeblikkelig-hjelp-situasjoner. Dette kan være forventede medisinske kriser hos en pasient med progressiv dødelig sykdom. Samtidig finner utvalget at vilkårene i menneskerettighetenes kapittel 8 er oppfylt når det kommer til de de kaller «egentlige» øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Med dette begrepet menes uventede akutte situasjoner der pasienten ikke kan uttrykke et klart ønske, er bevisstløs, eller er i en annen unormal mental tilstand. Det må da foreligge umiddelbar fare mot liv og helse.

Utvalget fremhever også at bestemmelsene angående øyeblikkelig hjelp, og pasientrettighetene har stått uendret siden 2001. Det øvrige rettsbildet har i samme periode hatt en klar utvikling i retning av at det vektlegges en økt grad av selvbestemmelse for pasientene. Det kan være behov for endring i hvordan lovverket forstås, med da en innskrenket tolkning av §7 som omhandler øyeblikkelig- hjelp- bestemmelsene. Forslaget for veien videre er å tematisere balansen mellom inngrepsplikten og pasienters rett til selvbestemmelse i utdanningen av leger, og ved utvalgte spesialistutdanninger.

4 METODE

Denne oppgaven har til hensikt å utforske hvordan ambulanspersonell opplever eventuelle utfordringer i situasjoner der de må vurdere øyeblikkelig-hjelp-plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse. Det er informantenes egne perspektiver som er av interesse. Når informantenes forståelse og opplevelser er det som skal beskrives kalles det fenomenologi (Kvale & Brinkmann, 2018). Dette er et begrep innen kvalitative studier som har til hensikt å beskrive så presist som mulig essensen i informantenes forståelseshorisont (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016).

Når menneskers erfaringer skal innhentes og utforskes er intervjuer den mest brukte, og ofte den beste metoden (Kvale & Brinkmann, 2018). Intervju gir informantene en økt grad av mulighet til å dele av egne erfaringer, og samtidig er det mulighet for intervjueren med åpne spørsmål, oppfølgingsspørsmål, og andre teknikker som kan bidra til at informantene får frem ytterligere av sine opplevelser (Dahlen, 2013). Intervju er ansett å være en grunnleggende datainnsamlingsmetode ved kvalitativ forskning (Ellingsen & Drageset, 2008).

I denne oppgaven er det valgt å bruke semistrukturert intervju. Med dette menes det at noen av spørsmålene er valgt ut i forkant, men det tillates samtidig oppfølgingsspørsmål, og at rekkefølgen på spørsmålene kan endres underveis i tråd med informantenes svar. Det er med andre ord verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema (Kvale & Brinkmann, 2018). En-til-en intervjuer kan gi fyldigere og mer detaljerte beskrivelser enn der hvor intervjuene for eksempel foretas i grupper (Johannessen et al., 2016).

4.1. Forskningsdesignet

4.1.1 Utvalg

Erfaringer fra forfatterens egen ambulanspraksis tilsier at temaet kan føles vanskelig for ambulanspersonell. Det var derfor usikkert hvor stor responsen ville bli, og det ble sendt ut invitasjoner til alle ansatte i 3 store ambulansedistrikter på e-post. Invitasjonen ble så sendt videre til alle ansatte i respektive ambulansetjenester. Avgrensing var satt

til ambulanspersonell med fagbrev og bachelor paramedic. Dette er hovedsakelig utdannelsene til yrket per i dag. Det ble ikke satt avgrensinger til ansiennitet eller stillingsforhold.

De fleste som meldte seg til studiet gjorde dette ganske raskt, og samtlige utviste stor interesse for problemstillingen. Det positive med dette er at informantene ønsket å bidra med sine kunnskaper, opplevelser og refleksjoner. Det som kan mangle ved slik rekruttering er at de som er usikre eller vegrer seg for å snakke om temaet kan frastå fra å delta.

Totalt 10 informanter meldte interesse for deltagelse, 1 trakk seg tidlig i prosessen av ukjent årsak. Av de resterende 9 svarte cirka halvparten at de var usikre på om de hadde noe å bidra med, men at de ønsket å få belyst problemstillingen. Nesten alle hadde videreutdanning innen ambulansfaget, og alle hadde over 5 års ansiennitet. Målet med rekrutteringen til studiet var å få intervju med totalt 10 deltagere da dette var ansett som et tilstrekkelig antall informanter til å samle nok informasjon om temaet, samtidig som det ikke ville gå ut over rammene for oppgavens størrelse og omfang.

4.1.2 Intervjuguide

En intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes, og kan hjelpe til med å belyse fenomenet fra ulike perspektiver og vinkler (Drageset & Ellingsen, 2010). Ved utarbeidelse av intervjuguiden (vedlagt) ble spørsmålene utarbeidet bakgrunn i forskerspørsmålene angitt i kapittel 1.4. Intervjuguiden med forankring i forskerspørsmålene kan da også benyttes som mal når det settes opp temaer under analysen av innsamlet data i etterkant (Johannessen et al., 2016).

Intervjuet ble bygget opp slik at det startet med enkle fakta spørsmål før det gikk videre til nøkkelspørsmålene. Det kan som Dahlen (2013) beskriver være fornuftig å starte med lite ladede spørsmål, og heller sikte seg inn mot målet etter hvert for å starte tankeprosessen og gi grunnlag for refleksjoner. Det ble foretatt et prøveintervju med en kollega innen ambulansetjenesten. Spørsmålene og temaene ble funnet å være relevante. Lite oppfølgingsspørsmål ble funnet nødvendige, og temaene ble besvart. Det var behov for endring i rekkefølgen av noen av spørsmålene for å få mer logisk flyt i intervjuet. Intervjuet ble satt til å vare cirka 50 minutter.

4.2 Gjennomføringsfasen

4.2.1 Intervjuene

I første omgang ble det foretatt 5 intervjuer. Tre av disse ble foretatt per telefon på grunn av avstander. Etter dette ble det foretatt en kort gjennomgang av funn, og spørsmålenes relevans, med tanke på om mulige små endringer ville være nødvendige. Ingen endringer ble foretatt.

Intervjuene ble innledet med brief til informantene i tråd med anbefalinger fra (Johannessen et al., 2016). Denne inneholdt en kort presentasjon av forskeren, samt prosjektet og problemstillingen. Det ble så gjennomgått hvordan transkribering og behandling av datamaterialet ville foregå, og informantens rett til å trekke seg fra studiet. Varigheten av intervjuet ble presentert. Avslutningsvis ble det takket for deltagelse i studiet, og alle informantene ble forespurt om de hadde spørsmål eller andre ting de ønsket å komme med. En tilbakemelding som var gjentakende, var at informantene følte studiet var viktig for praksis.

4.2.2 Saturasjon

Som Dahlen (2013) skriver så skal ikke intervjustudier være verken for små eller for store. Det er et stort datamateriale som skal gjennomgås, og en ønsket å finne god dybde i det fenomenet som studeres. Blir det for mye kan det fort bli for bredt og vanskelig å finne den dypere meningen. I vanlige intervjuundersøkelser ligger antall intervjuer ofte på 15 +/-10. Det kan være flere årsaker til dette, blant annet hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelige. Få informanter kan gi grunnlag for mer tid til intervjuene med informantene, og en grundigere gjennomgang av dataene som samles inn (Kvale & Brinkmann, 2018). Ulempen med få deltagere kan være at studiet ikke finner noe som kan hevdes å presentere noe generelt. En måte å forsøke å løse dette på er å finne et metningspunkt eller saturasjon. Det er der det ikke lenger blir tilført ny informasjon eller nye svar på spørsmålene. Intervjuene kan gjøres et par runder til, men ved samme informasjon er metningspunktet nådd (Johannessen et al., 2016).

Metningspunktet for noen av forskerspørsmålene ble funnet innenfor de 5 første intervjuene. Dette dreide seg da i hovedsak om kjennskap til lovverket, og hvor informantene har lært om temaene. Der det kom frem variasjoner var i særlig grad rundt opplevelsen av situasjonene, tolkning av begrepene, og hvordan situasjonene ble løst. Det ble derfor utført ytterligere 4 intervjuer, men det ble ikke funnet noe videre resultat med tanke på metningspunkt utover det som allerede var funnet. Det forelå på dette tidspunkt ikke flere kandidater som hadde meldt seg til intervju. Med tanke på oppgavens størrelse, og omfanget av arbeidet, ble det ikke foretatt ny runde med invitasjoner.

4.3 Transkriberingen

Datamaterialet fra intervjuene ble samlet inn med lydopptak. Det ble gjort notater av egne refleksjoner ved siden av. Det kan ifølge Johannessen et al. (2016) være lurt å transkribere selv, da det vil være en god gjennomgang av innsamlet datamaterialet. Er ikke det mulig eller ønskelig må lydopptaket sammenlignes nøye med nedskrevet tekst i etterkant. Som Kvale og Brinkmann (2018) beskriver er det viktig at transkripsjonen gjøres likt for alle intervjuene når de skrives ned til tekst. Det etiske må også følges ved at konfidensialiteten til deltagerne beskyttes gjennom prosessen.

I dette studiet ble det benyttet et profesjonelt firma som til vanlig skriver diktater fra helsepersonell til tekst. Årsaken var at forskeren ikke hadde tid til å ta alt dette arbeidet selv. Transkriberte tekster ble over flere omganger sammenlignet med lydfilene som var sendt for å verifisere at de var i overensstemmelse. Dette var også nyttig for å få med tonefall og lignende som kunne ha betydning i tolkning av blant annet usikkerhet hos informantene.

Det etiske aspektet ble overholdt ved at det kun ble sendt over lydfiler som var nummerert, og uten noen annen informasjon utover dette. Ingen elementer i lydfilene inneholdt personlig informasjon som opplysninger om arbeidssted, utdanning, eller annet som kunne identifisere informantene.

4.4 Analysefasen

4.4.1 Analysemetode

Braun og Clarke (2006) har utarbeidet et analytisk verktøy som kan brukes ved gjennomgang av data fra intervjuer. Gjennom 6 faser identifiseres meningsfulle og repeterende mønstre, som videre analyseres og rapporteres så presist som mulig. Også Kvale og Brinkmann (2018) beskriver viktigheten av systematisk koding og kategorisering for å få frem temaer og konkrete meningsenheter. Det er viktig å få frem funnene i materialet uten å miste informantenes historier og fortellinger på veien.

En dataanalyse slik Braun og Clarke (2006) beskriver kan enten være «forsker-drevet» eller «teori-drevet». Med førstnevnte metode betyr det at analysen tar utgangspunkt i forskerspørsmålene når materialet skal kodes. Med «teori-drevet» er det mer åpent, og dataene er grunnlaget for videre koding og tematisering.

Fase 1: Lese gjennom, og bli kjent med det innsamlede materialet. Formålet er å finne meningsinnhold i tekstene som er transkribert, og tekstene må leses flere ganger. Her skal transkriberte tekster sammenlignes med lydfile, noe som er viktig der forskeren selv ikke har foretatt transkripsjonen. En slik gjennomgang skjerper sansene, og gir et overblikk over datamaterialet.

Fase 2: Her skal de aktuelle tekstene kodes. Dette kan gjøres med bruk av markør med farge i teksten, understreking, nummer, post-it lapper, notater i tekst, og lignende.

Dataene skal også settes inn i meningsfulle grupper. Det vil nå komme frem en lang liste med aktuelle koder og tanker og ideer for videre behandling av teksten.

Forskjellige segmenter med data identifiseres, og disse kan for eksempel legges på separate filer på en pc. Et råd fra Braun og Clarke (2006) er å ta med noe av teksten rundt aktuelle segmenter for å ikke miste konteksten. Et segment kan ha flere koder, og initialt tilhøre flere grupperinger. Etter fase to skal alt datamaterialet være kodet, og aktuelle mønstre som er viktige for videre tematisering skal komme frem.

Fase 3: Her begynner utarbeidelsen av temaer, og eventuelt under-temaer. I en «forsker-drevet»-analyse vil noen av temaene allerede foreligge ved benyttelse av forskerspørsmålene i arbeidet. Alle koder blir lest, og disse grupperes i større temaer med en bredere betydning. Kodene skal nå etter hvert befinne seg under et enkelt tema

hvor det søkes sammenhenger. Temaene må trolig redefineres i flere omganger, slås sammen, og kanskje også forkastes.

Fase 4: Her sorteres og revurderes temaene. Svarer temaet for eksempel på det forskerspørsmålet spør om? Er det en sammenheng i det kodede materialet og temaet som beskriver det? Det er også viktig at det er helhet i alt som beskrives under det aktuelle temaet. Her kan det være nødvendig å revidere, slå sammen og kanskje slette temaer. Det kan også være at noe kodet materiale tilhører andre temaer. Som en del av prosessen anbefales det at den originale teksten leses på nytt. Det er viktig å ikke miste informasjonen og dataene fra intervjuene, og at innholdet gjengis korrekt.

Fase 5: Her analyseres temaene og innholdet i de enkelte temaer i seg selv. Hvordan stemmer de opp mot spørsmålene oppgaven ønsker å besvare. Hvordan er sammenhengen med de andre temaene. Er det behov for oppdeling i undertemaer? Nå skal etter hvert temaene være så konkrete at det skal være mulig å gjengi hovedinnholdet i temaet med en setning eller to. Temaene skal få navn som er slående, og som med få ord klargjør hva de besvarer eller handler om.

Fase 6: Temaene skal nå fremstille hovedinnholdet i tekstene og funnene på en presis, sammenhengende, og logisk måte. Forskeren skal vise evne til å fremstille mer enn bare å beskrive dataene ved å kunne gå dypere i materialet. Argumenter bygges med bakgrunn i data med blanding av beskrivelse og tolkning, i lys av teoretisk rammeverk. Braun og Clarke (2006) mener det er en god ide å velge ut konkrete eksempler fra analysert tekst som viser essensen i temaene, og som reflekterer de data som er innhentet fra informantene under intervjuene. Sitater kan bevise eller fange noe essensielt, kan være eksempler på vegne av mange, eller noe sjeldent (Dahlen, 2013).

4.5 Analysering av datamaterialet

Gjennomgangen av innsamlet datamateriale startet med fase 1 fra Braun og Clarke (2006), og tekstene ble lest flere ganger. Det var også i denne fasen at tekst ble sammenlignet med lydfiler. Det bli ikke funnet noen noe nytt på lydfilene ved gjennomgang, og de samsvarte i sin helhet med nedskrevet tekst.

Spørsmålene som var utarbeidet til intervjuet ble ansett til å være aktuelle av alle informantene. Forskerspørsmålene som danner bakgrunnen og forankringen til spørsmålene i intervjuguiden ble derfor funnet å være relevante til temaene i analysen. Dahlen (2013) mener også at forskeren allerede i intervjuguiden har begynt noe av prosessen med å tematisere gjennom nettopp forskerspørsmålene. Samtidig er det viktig å se etter andre aktuelle temaer som eventuelt ligger i datamaterialet, blant annet variasjoner og ytterpunkter. I denne oppgaven ble det benyttet en blanding av «forsker-drevet» og «data-drevet» analyse.

Koding ble gjennomført ved å lese gjennom data flere ganger, og bruke markeringspenn og notater underveis. Koder ble opprettet fortløpende, og revidert ved de neste gjennomgangene. Noen mønsteret begynte etter hvert å danne seg.

I fase 3 skal koder settes inn i aktuelle temaer. Flere av kodene passet her under de allerede definerte forskerspørsmålene. Resterende koder ble nå satt under nyopprettede temaer. Temaer som kom til var blant annet kommunikasjon, utilsiktet muntlig tvang, og magesfølelse. Fase 4 kom naturlig inn i denne prosessen, da det var tidlig behov for å redefinere temaene, samt flytte på noe av innholdet eller kodet materiale som lå inn under de enkelte temaene. Flere av kodingene lå under flere temaer, og det dannet seg etter hvert muligheter for å slå temaene sammen. Koder som angikk samarbeid med pårørende, leger og helsepersonell lå for eksempel under mange overskrifter innledningsvis. Ved gjennomgang av materialet på nytt kom det også frem flere aktuelle koder, og forslag til nye temaer. Etter mange gjennomganger tilkom ikke ytterligere funn av særlig interesse, og det forelå god oversikt over materialet.

I fase 5 ble temaene lest grundig gjennom. Det ble vurdert om data under hvert tema besvarte det aktuelle forskerspørsmålet, eller hadde god sammenheng med temaets tittel og mening. Temaer ble satt opp mot hverandre og ble sammenlignet. De enkelte temaer ble konkretisert ytterligere, og det ble laget undertemaer. Titler ble endret og noen temaer ble slått sammen. Når temaene ble ansett for å ha et sammenhengende, konsistent, og logisk innhold ble de tatt med videre til presentasjon i resultatdelen.

5 Etiske avveielser

Det ble tidlig søkt Norsk senter for forskningsdata om godkjenning av prosjektet. Vedlegg i søknaden inneholdt intervjuguiden og informasjonsbrevet som ble sendt ut til aktuelle informanter. Informasjonsskrivet som ble vedlagt invitasjonen til aktuelle informanter er laget på Norsk Senter for forskningsdata (2019) sin template. Den ble funnet svært nyttig da den inneholder tydelig informasjon angående samtykke, dataoppbevaring, konfidensialitet, og hvilke rettigheter deltagerne har. De samme rettighetene ble også lest opp for informantene i forkant av intervjuet. Godkjenningen fra Norske Senter for forskningsdata (2019) er vedlagt denne oppgaven sammen med intervjuguiden og informasjonsskrivet.

5.1. Forfatterens bakgrunn

Forfatteren av oppgaven er selv utdannet ambulansesarbeider, og jobber i offentlig ambulansetjeneste i det daglige. Jeg har selv gjennom egen praksis opplevd flere situasjoner som kommer inn under problemstillingen i denne oppgaven. Gjennom videreutdanning er jeg kjent med lovverket og de etiske modellene som er aktuelle i min hverdag.

I og med at jeg selv har erfaringer i temaet for oppgaven, er dette noe som kan påvirke dialogen med informantene, og eventuelt gi føringer i intervjuet. Jeg hadde derfor fokus på nøytral atferd, og på hvordan jeg ordla meg i telefonintervjuene. Fokuset var på informantene og deres opplevelser, og som forsker ønsket jeg å komme med et nysgjerrig fokus på hvordan de opplevde problemstillingen i sin praksis.

Det forelå antagelse om at dette kan være et tema flere kan finne det vanskelig å snakke om. Dette reflekterte seg nok også i at få ønsket å delta i studien. Forfatteren har gjennom egen praksis, kunnskap og erfaring dannet seg et inntrykk av at temaet kan være utfordrende for ambulansepersonell. Inngående kjennskap til feltet kan bidra til å unngå mulige etiske krenkelser i intervjusituasjonen skriver (Kvale & Brinkmann, 2018). Med bakgrunn i forfatteren sine egne erfaringer var det trolig også lettere å legge til rett for at informantenes integritet ble ivaretatt.

At forfatteren selv hadde kunnskap og erfaring innen området ble ansett som positivt, og bidro til at det var lettere å utarbeide målrettede forskerspørsmål i intervjuguide. Det gav også bedre muligheter for å stille aktuelle oppfølgingsspørsmål underveis. God teoretisk kunnskap om feltet er nødvendig for å kunne stille relevante spørsmål, og viktig i oppbyggingen av intervjuguiden (Drageset & Ellingsen, 2010).

5.2 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet kan bety pålitelighet, og omhandler hvilke data som brukes, datainnsamlingen, og bearbeidingen i form av analysen. Forskeren kan styrke påliteligheten til studiet gjennom å gi en detaljert beskrivelse av forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016).

En av forskjellene mellom kvalitative studier og kvantitative studier er den viktige rollen som forskeren har ved at det foregår analyse og tolkninger av innsamlet data. Det bør fremkomme klart hvilken førforståelse forskeren har, og hvordan innsamlet data tolkes objektivt (Dahlen, 2013). Det vil være hensiktsmessig med en presentasjon av forskeren, og tydelig beskrivelse av prosjektet. Forskerens integritet og ærlighet spiller en betydelig rolle, og det er viktig med åpenhet i oppgaven (Dahlen, 2013).

Troverdigheten til studiet ses i sammenheng med om samme resultat ville kunne bli reproduisert av en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2018). I intervjusituasjonen stiller dette krav til objektiv atferd i den forstand at forskeren er nøytral, og forsøker å unngå påvirkning på informantens besvarelser. De fleste intervjuene i denne oppgaven er utført via telefon, og kun et intervju ble utført ansikt-til-ansikt. Det var lettere å være objektiv der telefon ble benyttet. Bare det å nikke på hodet under samtale en-til-en kunne få det til å fremstå som enighet mellom intervjuer og informant, selv om det i hovedsak var ment kun som oppmuntring.

Flere av informantene var usikre angående temaet, og ønsket tilbakemeldinger underveis. De tolket aktivt både stillhet og ja eller nei til om de hadde rett i sine svar. Informantene ble påminnet at det er deres tanker, erfaringer og tolkninger det var ønsket innblikk i, og dette virket å gi de større tilfredshet med egne opplevelser, tolkninger og forståelser.

Validitet kan ses på som sannhet eller riktighet, og omhandler behandlingen av innsamlet data (Drageset & Ellingsen, 2010). Spørsmålet ved kvalitative fenomenologiske studier er om innsamlet data faktisk reflekterer det fenomenet som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2018). Et sentralt spørsmål er om funnene representerer virkeligheten og samsvarer med informantene sin informasjon. Et annet ord for validitet vil være troverdighet. Hvor troverdig er det at studiet faktisk gjenspeiler virkeligheten (Johannessen et al., 2016). For å få frem troverdigheten i studiet er beskrivelse av prosessen viktig. Leseren skal kunne følge hele prosessen, og studiet skal kunne være reproduserbart av andre forskere hvis de følger samme «oppskrift».

Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget og konteksten studiet er foretatt i, og om dette er relevant og anvendbart også i andre situasjoner. I kvalitativ forskning kan overførbarhet knyttes til om meninger gjenkjennes, eller om meningene som er funnet gir innsikt av betydning (Drageset & Ellingsen, 2010).

5.3 Bias og begrensinger

En begrensing med studiet er at det ved invitasjon til deltagelse ble sendt ut en generell henvendelse. De som responderte på invitasjonen fremstod som meget opptatt av temaet, og samtlige gav uttrykk for at det var et tema de savnet studier rundt.

Antagelsen er at det kan være kandidater som var usikre rundt egen deltagelse, og som lot være å melde interesse. Disse kunne kanskje ha kommet med andre vinklinger eller synspunkter enn de som ble intervjuet. Det kan da stilles spørsmål ved om data innhentet i dette studiet i tilstrekkelig grad er representativt for ambulansetjenesten, og ambulanspersonell generelt.

En annen faktor er at invitasjonene ble sendt ut til aktuelle kandidater i kun 3 av landets ambulansedistrikt. Av erfaring er det kjent at det kan forekomme ulikheter i kulturer og prosederer mellom enkelte regioner og ambulansedistrikt i Norge. Det kan derfor synes vanskelig å generalisere funnene til å gjelde hele landet. Dette studiet hadde også en innleveringsfrist, og en ramme på størrelse og innhold, som medførte at det ville vært for omfattende å invitere flere kandidater fra øvrige ambulansedistrikt.

Å være objektiv i intervjusituasjonen kan være vanskelig. Det kan forekomme et asymmetrisk maktforhold som igjen kan påvirke intervjusituasjonen, og informantens grad av åpenhet eller ærlighet (Kvale & Brinkmann, 2018). Forskeren var bevisst på dette i forkant, og søkte å forebygge slike hendelser med en god samtale før intervjuet startet. Forskeren tilstrebet å være en nøytrallytter, og fremhevet at det er utelukkende informantens egne opplevelser og tolkninger som var ønsket. Der hvor det kom frem i intervjusituasjonen at informantene søkte etter bekreftelser ble samme informasjon gjentatt. Det ble også foretatt en debrief i etterkant av intervjuene hvor informanten kunne komme med spørsmål.

Erfaringer fra intervjuene var også at det var langt lettere å oppnå objektivitet ved telefonsamtale hvor informanten ikke kunne se bevegelser som å nikke på hodet. Samtidig var telefonintervjuer utfordrende der ønsket var å få frem mer informasjon. Innlærte teknikker som kan motivere for videre samtale innebærer blant annet å fysisk vise nysgjerrighet, noe som kan innebære nettopp å nikke bekreftende med hodet. Å intervju via telefon gav også noen episoder hvor informantene ble avbrutt av intervjuer etter en kort pause da det ikke var lett å tolke hvorvidt de var ferdige med sitt svar, eller rett og slett tenkte. Det kan fremstå som noe vanskeligere å bringe frem enda mer dybde i besvarelsene med telefon som metode relatert til utfordringene angitt her.

6 Resultater

Formålet med denne studien var å få dypere kunnskap om hvordan ambulanspersonell opplever at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig-hjelp-plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse. Det kan foreligge et dilemma mellom to lovbestemmelser, og også etiske prinsipper, når plikten til å hjelpe tilsynelatende kommer i konflikt med pasientens egne ønsker og valg. Sentrale temaer for intervjuene var:

- I hvilken grad har ambulanspersonell opplevd en konflikt mellom plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og pasientens rett til selvbestemmelse?
- Hvordan tolker og forstår ambulanspersonell lovbestemmelsene og sentrale begrep?
- Hva var det vanskeligste å vurdere? Hvilke faktorer var mest fremtredende?
- Hvem hadde beslutningsansvaret?
- Forelå det tilstrekkelig kunnskap om temaet i forkant?

6.1 Opplevs det en konflikt mellom lovbestemmelsene?

Alle informantene hadde erfart situasjoner i praksis hvor de mente at øyeblikkelig-hjelp-plikten var i konflikt med pasientens rett til selvbestemmelse. Noen betegnet at denne konflikten ofte forekom i praksis, mens andre kun hadde opplevd det ved et par anledninger. Det forelå enighet i at det er et dilemma, eller en problemstilling, som er forholdsvis vanlig. Samtidig var det variasjoner i hva som opplevdes som det vanskeligste å vurdere i situasjoner der hjelpeplikten skulle vurderes opp mot pasientens rett til å bestemme over egen helse. Vurdering av samtykkekompetanse ble sammen med kommunikasjon beskrevet som mest utfordrende av alle informantene.

Fire av informantene anså konflikten mellom plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og pasientens rett til selvbestemmelse som et problematisk tema. Disse informantene betegnet både lovverket og etikken som et vanskelig materiale, og at det var utydelig hvordan lovverket skulle tolkes. Følelsen som ble beskrevet var at det er to lovverk som «stanger mot hverandre». To av informantene fremhevet at det var flere faktorer til

stede når de opplevde denne type juridiske motsetninger. En av de var hvem som skulle ha beslutningsansvaret ved tvilstilfeller.

6.2 Tolkning av begreper

Alle informantene svarte at de hadde kjennskap til lovbestemmelser om øyeblikkelig hjelp og pasienters rett til selvbestemmelse. Det var en gjennomgående tone at dette var noe de ikke følte seg trygge på når det kom til ordlyden, og at det var et tema det kunne være ønskelig med repetisjon på. Samtidig så mente de fleste av informantene at temaet er med i arbeidsdagen som en del av kunnskapen på det ubevisste nivået, som en magefølelse. Alle mente kunnskap om bestemmelsene var sentrale i arbeidshverdagen.

Når det kom til forståelsen av paragrafene, var det mer sprikende funn i hva informantene svarte. Samtlige måtte slå opp lovene på telefonen sin under intervjuet når det kom til spørsmål rundt teksten og innholdet. Ingen kjente til ordlyden i særlig grad uten å gjøre dette først. Det var usikkerhet hos alle informantene i hvordan de tolket lovverket, og flertallet gav også uttrykk for det. Flere av informantene var spørrende når de skulle svare på spørsmål rundt kjennskap til lovverket, og de søkte faktisk dialog på temaet i intervjuet.

6.2.1 Påtrengende nødvendig og fare for liv

Det var variasjoner rundt tolkningen av begrepene «påtrengende nødvendig» og «fare for liv», spesielt når det kom til vurderingen av tidsperspektivet. Flertallet av informantene fant at påtrengende nødvendig ikke nødvendigvis måtte være relatert til en akutt situasjon med behov for umiddelbare tiltak. Informantene la vekt på at dette også kunne foreligge der pasientens helsesituasjon kunne utvikle seg videre til å bli livstruende, hvis pasienten ikke tok imot den helsehjelpen som ble ansett nødvendig.

«Påtrengende nødvendig trenger ikke være noe som er akkurat nå, men ved mistanke om forverring innenfor noen timer eller et døgn så vil jeg si at det er nødvendig»

Kun to av informantene tolket påtrengende nødvendig til å være innenfor et begrenset tidsrom, og da noe som gjaldt umiddelbart. Der de fant behandlingen å være

påtrengende nødvendig i form av å være livstruende så svarte samtlige av informantene at pasienten ikke hadde noe valg, men måtte akseptere helsehjelpen.

Videre var det også forskjeller i hvor stor grad informantene tolket at pasienten måtte ha en livstruende situasjon med svikt i vitale funksjoner for helsehjelpen skulle være påtrengende nødvendig. Pasienten kunne ha et behov for hjelp som ikke nødvendigvis var livstruende, og som kanskje også kunne avhjelpes ved et legetilsyn hjemme hos pasienten, eller med transport til fastlege eller legevakt.

Også med begrepet «fare for liv» var dette noe som ikke trengte å ligge i umiddelbar nærhet ifølge halvparten av informantene. En av informantene tolket at dette begrepet lå noe høyere enn påtrengende nødvendig; «Fare for liv, da har du på en måte svikt i vitale funksjoner». To andre informanter mente også at fare for liv betegnet en livstruende tilstand, og at begrepet beskriver en pasient som kan dø innen kort tid hvis det ikke ytes helsehjelp. Videre var det også forskjeller i hvor stor grad informantene tolket at pasienten måtte ha en livstruende situasjon med svikt i vitale funksjoner for at det skulle fremstå som påtrengende nødvendig.

6.3 Selvbestemmelse og samtykkekompetanse

Alle informantene var samstemte i tolkningen av begrepet selvbestemmelse ved at hovedregelen er at pasientene har rett til å bestemme over sin egen helse. En av informantene tolket det slik at pasientene kan bestemme selv, så lenge det ikke går utover egen eller andres helse, men at det begrenses der. En annen forsto det dithen at pasienter kan velge å være igjen hjemme med alvorlig sykdom, selv om at dette vil kunne gi alvorlige konsekvenser. Dette ble støttet i et annet intervju der informanten mente at pasientene kan ta valget selv, så lenge de forstår hva det innebærer å ta det valget de skal ta. Dette betinget at de har fått framlagt hvilke konsekvenser begge valg kan føre til. Alle informantene fremhevet i sin tolkning av begrepet selvbestemmelse at pasienten må være samtykkekompetent, eller autonom, for å kunne gjøre et eget valg. Begrepet autonom ble benyttet av de fleste informantene, og de virket trygge på definisjonen og bruken av ordet. Det samme gjaldt for begrepet samtykkekompetent.

«Hvis du på en måte er samtykkekompetent, og du er på en måte ved dine fulle fem, så har du jo rett til å bestemme over ditt eget liv».

Det var tydelig enighet i data fra intervjuene at med rett til selvbestemmelse eller autonomi i forhold til egen helse så forelå det visse betingelser som måtte være til stede. Det ble blant annet nevnt at pasienten måtte være ved normal bevissthet, kunne redegjøre for egen helsetilstand, være klar og orientert, og ha fått tilstrekkelig informasjon om konsekvensene av sitt eget valg. Samtidig var det å beskrive en samtykkekompetent pasient noe informantene i stor grad følte som utfordrende.

«Det er jo absolutt det mest vanskelige ved alt; å vurdere når er pasienten er samtykkekompetent, og når er den ikke det?»

Ved vurdering av samtykkekompetanse var det flere fellesnevner hos informantene. For at slik samtykkekompetanse skulle foreligge måtte pasientene ikke være demente, psykotiske, rusa eller være påvirket av sykdommer som igjen påvirket beslutningsevnen.

6.4 Samarbeid med lege, og beslutningsansvaret

Samtlige av informantene fant det vanskelig å vurdere hvem som hadde beslutningsansvaret når en pasient motsatte seg antatt nødvendig helsehjelp. Det var to typer helsepersonell det stod mellom, en selv - eller lege. Der fastlege er tilgjengelig var alle informantene enige i sine uttalelser om at denne burde konsulteres der det er tid og muligheter. De kan da komme med informasjon og kunnskap rundt pasienten, og dennes situasjon. Fastlegen kan da bidra til å overtale pasienten der dette fremstår nødvendig, ved at de kjenner pasienten gjennom flere år. Det ble også ansett som mindre krevende for pasienten å bli med til fastlege sammenlignet med transport til sykehus.

«Kanskje er det mindre skummelt å dra til fastlege enn til sykehuset».

Samarbeidet med andre leger i vakt ble også i hovedsak beskrevet som bra. Så langt det var mulig ønsket informantene selv å få til en avtale med pasienten. Men var situasjonen fastlåst kunne det å konferere med en legevaktslege for samtale og vurdering hjelpe. Det

gjaldt også der ambulanspersonellet var usikre på egne vurderinger. Legen kunne da komme med innspill, og ble av de fleste informantene sett på som en ressurs. I samtlige eksempler som kom frem gjennom intervjuene ble lege kontaktet for dialog. Dette kunne da være for konsultasjon i tidlig fase angående alternative behandlingsvalg, eller senere i forløpet for å hjelpe til der pasienten motsatte seg ambulanspersonellets råd om behandling.

Det er i intervjuene utelukkende ved tidkrevende situasjoner det forekommer størst usikkerhet hos informantene om hvor ansvaret lå. Der det var åpenbar fare for liv kom nesten alle informantene frem til at det i slike situasjoner er ambulanspersonellet selv som er nødt til å ta beslutningen. Som en av informantene beskrev så er det ambulanspersonellet som ser pasienten, og som opplever det totale bildet i situasjonen. Var legen på stedet hadde den ansvaret, men der dialog kun var tilgjengelig på telefon så fant informanten det vanskelig å skulle si at legen hadde beslutningsansvaret. Ambulanspersonellet kan ved telefonkonsultasjoner velge hva de ønsker å si, eller finne nødvendig å gi av informasjon til legen.

«Ærlig talt så kan vi jo til en viss grad lede legen også»

Flere av informantene beskrev også at legene ved noen tilfeller hadde altfor dårlig tid til å sette seg inn i situasjonen, eller hadde for lite kunnskap om området og lovverket.

«Det er jo vi som ser, opplever, og føler på oss pasienten sin situasjon»

6.5 Kommunikasjon

Det var tydelig enighet blant informantene om at kommunikasjon var et viktig tema, og samtidig et område de ønsket mer kompetanse på. En av informantene beskrev at ambulanspersonell kan bli flinkere til å forklare pasienten grunnlaget for sine avgjørelser og handlinger. Ved å legge dette frem for pasienten på en forståelig måte kan det lettere oppnås aksept for de vurderinger som tas. Flere av informantene etterlyste mer kurs og fordypning innen temaet kommunikasjon, og mente det var mye å hente der når det kommer til løsning av dilemmaer og konflikter i praksis. Dette gjaldt særlig i dialog med pasient, pårørende, lege og annet helsepersonell.

«Utfordringen er å ordlegge seg på korrekt måte».

Innenfor temaet kommunikasjon var det et særlig fokus på hvordan ambulanspersonell ordla seg når de ønsket å få frem sitt syn til pasienten. Med andre ord forklare pasienten på en god måte hva vurderingen av helsetilstanden er, og bakgrunnen for videre anbefalinger og handlinger. Det ble betegnet som spesielt viktig å kommunisere farene og konsekvensen for pasienten ved å ikke imøtekomme ambulanspersonellet sine anbefalinger. To av informantene hadde et tydelig fokus på erfaring når det kommer til kommunikasjon. De vektla at med erfaring blir det enklere å gjenkjenne situasjoner fra tidligere, og dette kan bidra til finne flere alternative vinklinger på den kommunikasjonen som gis.

6.5.1 «Ladet» kommunikasjon og muntlig tvang

Ord som ble funnet ofte gjentatt i analysen av datamaterialet var spesielt; «overtalelse», «overbevisning», og «gods snakke». Dette var ord som ble brukt i alle eksemplene hvor informantene beskrev situasjoner fra praksis der pasienten motsatte seg nødvendig helsehjelp. I alle tilfellene var informasjon om konsekvenser til pasienten forsøkt først. Det kom ikke tydelig frem hvor objektiv og nøytral informasjonen som først ble gitt var, og dette ble det heller ikke spurt om på intervjuet. Det som fremstod tydelig ved alle tilfellene var at øyeblikkelig-hjelp-plikten var vurdert å være til stede, slik at det berettiget bruk av «ladet kommunikasjon». En slik muntlig makt kunne være å utdype konsekvensene for pasienten om hva som i verst fall kunne være utfallet ved å unnlate å ta imot helsehjelpen.

Der ambulanspersonellet ikke fikk pasientens aksept gjennom å informere om konsekvenser ble eksempel pårørende benyttet til å komme med innspill og råd, og på den måten overtale pasienten til å godta videre behandling. Å kommunisere med pårørende, og å bruke de til å overtale pasienten var en metode som ble benyttet av alle informantene i studiet. Slik det fremkom i alle situasjonene var da dialogen med pasienten allerede gått over til å «overtale», og det fremstår som også som kommunikasjonen med, og informasjonen til, pårørende var i tråd med at ambulanspersonellet nå var tydelig på hva som ville være det beste valget for pasienten.

En annen mulighet kunne være å kontakte annet helsepersonell for hjelp med å «påtvinge» pasienten helsehjelpen. Det kunne være å ringe vakthavende lege for å få denne med seg i sin vurdering, og dermed med på å overtale pasienten til å akseptere den behandlingen ambulanspersonellet mente var nødvendig. Alle informantene beskrev situasjoner der de prøvde å finne vinklinger også ved hjelp av lege eller sykepleier, og på den måten forsøkte å overtale pasienten til å godta videre hjelp.

6.6 Samarbeid

6.6.1 Kollegaer

Samarbeidet med kollegaer ble beskrevet av informantene som svært godt i de aller fleste tilfellene. Det ble beskrevet som en stor fordel å ha samme makker over tid, eller samme gruppe med kollegaer å forholde seg til. De har da blitt kjent med hverandre sin tolkning av regelverket, og eventuelt etiske ståsted. Å jobbe med nye og mer ukjente kollegaer ble beskrevet til å kunne være utfordrende ved enkelte oppdrag. Det kunne virke som dette er på grunn av relasjoner i arbeidet, og at de da ikke har ikke fått diskutert eventuelle problemstillinger tidligere. Å ha gode relasjoner kan således virke å gi større trygghet inn i situasjoner der det kan foreligge usikkerhet rundt tolkning av lovverk, bestemmelser og etiske konflikter. Kommunikasjon med kollegaer ble betegnet som vært viktig der begge kunne komme med tilbakemeldinger. Da kunne de spille hverandre gode i situasjoner hvor for eksempel en pasient motsatte seg antatt nødvendig behandling ved å forsøke forskjellige innfallsporter, som å bytte på hvem av ambulanspersonellet som hadde pasientkontakten.

6.6.2 Pårørende

Det forelå noe variasjon i erfaringene til informantene når det kom til samarbeidet med pårørende. To av informantene mente det var særlig viktig å informere pårørende om grunnlaget for behandlingstiltakene som var funnet nødvendige. Ved å informere godt var det svært sjelden at informantene ikke hadde med seg pårørende som en ressurs. Pårørende var også en ressurs ved at de kjente pasienten fra tidligere, noe

ambulanspersonellet sjelden gjør. De kan se endringer hos pasienten av mindre grad enn det som er målbart, og dette kan også være nyttig ved vurdering av samtykkekompetanse.

Pårørende kunne som en av informantene beskrev i intervjuet være den sterkeste pådriveren for at pasienten må med til sykehus, også der pasienten selv ikke ønsket dette. Det kunne være i situasjoner der pårørende verken følte seg trygg eller kompetent nok til å ha pasienten hjemme.

«dessverre synes jeg kanskje veldig ofte at vi tar ham med oss mot sin egen vilje da ja»

«Men det er klart vi kan jo ikke la folk være igjen hjemme f.eks. når det sitter noen hysteriske der og ikke tør å ha dem hjemme».

Dette betegnet besvarelsene fra flesteparten av informantene når det kom til det negative rundt samarbeidet med pårørende i situasjoner hvor pasienten selv ikke ønsket videre behandling, men pårørende av andre grunner som for eksempel utrygghet ikke ville eller ønsket at pasienten skulle være igjen hjemme.

6.6.3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien var den yrkesgruppen som oftest ble beskrevet når det gjaldt samarbeidet med annet helsepersonell. Samarbeidet ble beskrevet som gjennomgående bra, men det var variasjoner. De som hadde ambulansvakter i bygdestrøk, betegnet hjemmesykepleien som en kjemperessurs. Her hadde hjemmesykepleien god kunnskap om sine pasienter, og kunne være aktive i diskusjon og dialog som gjaldt nødvendig behandling, og den enkelte pasient sine ønsker.

I bystrøk mente informantene at samarbeidet med hjemmesykepleien var «svært varierende». Det var stor bruk av vikarer, og ved flere tilfeller kjente ikke sykepleieren pasienten fra tidligere. Noen hadde reist før ambulanspersonellet kom til stede, og en etterlyste kommunikasjon og ikke minst informasjon som var nødvendig for å vurdere samtykkekompetanse. Det varierte mellom at hjemmesykepleien kunne fremstå som svært nyttige ressurser i dette arbeidet, til at de var fraværende og lite delaktige.

Også ansatte fra hjemmesykepleien kunne oppleves som et ytre press mot ambulanspersonellet der de ikke selv fant grunnlag for å påtvinge pasienten videre behandling. To av informantene fortalte at de kunne føle seg presset av en sykepleier som kanskje var alene på jobb med mange pasienter å ta seg av. Det kunne være at vedkommende pasient også krevde mye behandling eller tilsyn hvis ikke vedkommende ble med på sykehuset. Det tryggeste for hjemmesykepleier eller sykepleier på sykehjem kunne da kanskje være at pasienten ble med i ambulansen. Samtidig så beskrev begge informantene at en nesten alltid kom til enighet.

«når vi får snakket litt sammen går det nesten alltid greit»

6.7 Magefølelsen

Over halvparten av informantene beskrev erfaring som et bidrag til at de følte seg tryggere på å ta avgjørelser i situasjoner der de opplevde etiske og juridiske dilemmaer. Med erfaring bygges det opp evne til å bedre forklare pasienten hva som bør gjøres, og hvorfor. «Dette gjør også at en kan føle på seg om pasienten trenger mer informasjon enn andre i starten av oppdaget, slik at mer målrettet informasjon kan gis tidligere» som en av informantene sa. Dette støttes av ytterligere to til som også beskrev hvordan magefølelsen både styrte hvordan de informerte og kommuniserte blant annet med pasienten, i tillegg til at det også lå bak avgjørelsen om pasienten var i behov av ytterligere undersøkelser og behandling.

«Det ligger litt sånn i bakhodet, vi kan kalle det sunn fornuft»

Resterende av informantene brukte ikke begrepene erfaring og magefølelse, men heller sunn fornuft. Med det mente de at kunnskap de hadde fra utdanning og kurs var blitt til en ubevisst tankegang. En av informantene beskrev sunn fornuft som en blanding av faglig tyngde, verktøy og kunnskap som bidro til en helhetlig vurderingsevne. Der det var beskrevet at magefølelsen tilsa at pasienten var i behov av hjelp var det også tydelig at ambulanspersonellet anså behovet som helt nødvendig. Ingen av informantene ønsket at pasientene da skulle få velge bort helsehjelp, og slik sett kan magefølelse og lignende virke å være en viktig del av avgjørelsen som foretas.

«Vi følte bare at det ikke var noe alternativ, han måtte være med!»

6.8 Utdanning og kompetanse

Alle informantene har fagbrev i ambulanséfaget. Flertallet har også tatt videreutdanning i etterkant. Under halvparten fortalte at de hadde lært om de aktuelle bestemmelsene i lovverket på ambulanséfaglinjen. De som hadde hatt dette i utdanningen fortalte at det var lite om det i undervisningen;

«vi var litt innom temaet, men ikke så veldig djupt».

De som hadde videreutdanning i yrket fortalte at de der fikk god repetisjon innen lovverket, samt mer grunnleggende dybdeforståelse. En av informantene beskrev videreutdanningen i kombinasjon med økt erfaring fra praksis som en åpenbaring. En annen fortalte at det hadde vært lærerikt med nytt fokus, og dypere forståelse av etiske og juridiske prinsipper. En informant beskrev at det var så lite i grunnutdanningen angående temaet er det meste ble lært gjennom egne erfaringer og interesse.

Det er funnet noen forskjeller når det kommer til hvorvidt egen arbeidsgiver har gitt innføringer eller føringer rundt tolking av aktuelle lovverk og bestemmelser. To informanter henviste til at det foreligger en prosedyrebok der tjenesten har skrevet noen føringer for hvordan ambulansepersonell skal håndtere situasjoner når pasienten motsetter seg anbefalt helsehjelp. Alle informantene svarte nei på spørsmålet om deres tjeneste hadde gitt de noen kurs eller annen undervisning i temaet på noe tidspunkt etter ansettelsen.

6.9 Hvordan ble oppdragene løst i praksis?

Alle informantene mente at det kan være utfordrende og tidkrevende å løse oppdrag der øyeblikkelig-hjelp-plikten er i konflikt med pasientens rett til selvbestemmelse. Samtidig så ble alle oppdragene det ble snakket om under intervjuet tilsynelatende løst tilfredsstillende for alle parter. I nesten alle tilfellene ble pasienten med til videre behandling, og uten bruk av fysisk tvang. Kun en av pasientene ble igjen hjemme, etter at ambulansepersonellet hadde konsultert lege. Det var en eldre pasient som var vurdert samtykkekompetent, og hvor tvang trolig ville vært for krevende for pasienten. I de andre oppdragene ble det brukt det informantene beskrev som «svært lang tid» til å få pasientene til å godta videre behandling. Lege ble konferert i alle tilfellene, og da etter

at ambulanspersonellet selv hadde forsøkt å informere pasienten om potensielle konsekvenser ved å avstå fra helsehjelp.

Slik det kommer frem hadde ambulanspersonellet i alle eksemplene en bestemt oppfatning av at pasientene var i behov av nødvendig helsehjelp. Ved over halvparten av tilfellene ble det beskrevet at det var en dårlig magefølelse rundt pasientens tilstand. Der de beskrev dette var det ingen av informantene som mente at pasienten kunne være igjen hjemme. Slik det fremstår ble det benyttet ladet kommunikasjon i alle tilfellene, med gradvis økning av alvorligheten i innholdet. Det kommer ikke frem om det først ble benyttet nøytral informasjon, men alle pasientene ble etter kort tid vurdert til at de hadde behov for påtrengende nødvendig helsehjelp slik at det trolig tidlig forelå en beslutning hos ambulanspersonellet om at pasienten måtte være med. Der ambulanspersonellens argumenter ikke førte frem ble hjemmesykepleie, lege eller pårørende benyttet til å informere, og eventuelt overtale pasienten.

7 DRØFTING

Problemstillingen i denne oppgaven er hvordan opplever ambulanspersonell at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig-hjelp-plikten opp mot pasientens rett til selvbestemmelse. Alle informantene som ble intervjuet fortalte at de har opplevd situasjoner i praksis der prinsippene var i konflikt. Fire av informantene betegnet det som vanskelig å finne løsninger, og at det var svært vanskelig å tolke lovverket og begrepene. NOU 2017:16 (2017) skriver at vurdering av om en pasient trenger øyeblikkelig helsehjelp er utfordrende. Pasienters rett til selvbestemmelse står stadig sterkere, samtidig som helsepersonell har en lovbestemt plikt til å verne om livet. Vurdering av samtykkekompetanse står sentralt.

Det kommer frem at informantene finner det å vurdere samtykkekompetanse som utfordrende. Det kommer også frem usikkerhet rundt tolkning av begreper, og om hvem som har beslutningsansvaret der det foreligger en konflikt mellom plikten til å hjelpe og pasienters rett til å bestemme over eget liv og helse.

I denne delen av oppgaven blir funn og data fra intervjuene drøftet i sammenheng med teori på feltet. Først drøftes tolkning av begreper, så kjernen av hva som er den egentlige konflikten, før oppgaven ser på selvbestemmelse og samtykkekompetanse. Andre viktige funn som diskuteres er hvem som har beslutningsansvaret, og om det foreligger utilsiktet maktutøvende kommunikasjon. Profesjonen, utdanning og bruk av magesfølelse utgjør de siste punktene som drøftes i oppgaven.

7.1 Tolkning av begrepene

Under intervjuene oppsto det usikkerhet hos alle informantene når det kom til tolkningen av lovverket. Alle hadde noe kjennskap til bestemmelsene, men ingen husket ordlyden direkte. Alle var kjent med bestemmelsene, og deres innvirkning på arbeidshverdagen. Ved spørsmål om forståelsen av begreper ble det funnet noe variasjon, særlig innenfor vurderingen av tid og nødvendighet av å yte påtrengende nødvendig helsehjelp.

Undersøkelsen avdekket at påtrengende nødvendig ble tolket slik at det ikke trenger være her og nå, men innenfor timer eller døgn. Der hvor informantene ble spurt om

meningen bak «fare for liv» ble det heller ikke avdekket at dette nødvendigvis var helt nære i tid eller, utgjorde en umiddelbar fare for pasientens liv og helse. Ved alvorlige og livstruende funn hos pasienten var samtlige av informantene enige om at pasienten trengte umiddelbar behandling, og at pasienten da ikke hadde noe eget valg.

Helsedirektoratet (2018) utdypet i sitt rundskriv slik det er beskrevet i kapittel 2.1.1 at hensikten med øyeblikkelig-hjelp-plikten er å sørge for trygghet til at befolkningen om at de får nødvendig helsehjelp når det kreves livreddende innsats. En slik behandling skal være påtrengende nødvendig ved at det er akutt og umiddelbar fare for liv og helse, og helsedirektorat skriver at de skal ganske mye til for at denne plikten inntreffer. Det er med andre ord beskrevet en høy terskel for at en slik situasjon skal foreligge .

Det foreligger her noen motsetninger mellom funn fra undersøkelsen og lovverkets bestemmelser. Begreper som brukes i lovverket, og hvordan disse er ment å skulle tolkes, var i varierende grad kjent for ambulanspersonellet. De ble tolket ulikt av informantene, og det kunne gi forskjellige vurderinger av om øyeblikkelig-hjelp-plikten inntraff eller ikke.

Utvalget som skrev NOU 2017:16 (2017) kommer med begrepene «egentlige» og «uegentlige» øyeblikkelig hjelp situasjoner. Med «egentlig» beskriver de situasjoner der pasienten ikke kan uttrykke et klart ønske og er bevisstløs eller i annen unormal mental tilstand. Hva som legges i begrepet unormal mental tilstand begrunnes ikke ytterligere fra utvalget. Det som er tydelig, er at det skal foreligge en umiddelbar fare mot liv eller helse. Med «uegentlige» øyeblikkelig hjelp situasjoner henvises det til forventet forverring, også akutt, hos en pasient med en dødelig sykdom uten muligheter for helbredelse (NOU 2017:16, 2017).

Det kan se ut som over halvparten av informantene hadde det som betegnes å være en utvidet tolking av øyeblikkelig-hjelp-bestemmelsene opp mot den egentlige hensikten slik den er funnet i teorien i kapittel 2.1. Dette kan medføre at pasienter påtvinges behandling mot deres samtykke uten at det er hjemmel i lovverk for handlingene, eller at det henvises til feil lovbestemmelse. Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre respekt for pasientens egen integritet og autonomi. Dette er grunnregelen, og det skal være en hjemmel i lov for å behandle en pasient mot sitt samtykke (Helsedirektoratet, 2015).

Syse (2013) skriver at helsepersonell som yter helsehjelp er selv forpliktet til å sørge for et gyldig rettsgrunnlag for dette. Formuleringene i lovverket bygger på etiske prinsipper som pliktetikken og konsekvensetikken ifølge Lunde (2016). Grunnleggende kunnskap hos helsepersonell om både lovene og de etiske prinsippene er en forutsetning for å utøve god og forsvarlig pasientbehandling. Evner og kunnskapen til å kunne foreta faglige gode, juridiske og etiske vurderinger er et personlig ansvar. For å unngå handlinger som ikke har hjemmel i lovverk er det en forutsetning at ambulanspersonellet har kunnskaper om bestemmelsene, og begrepene som benyttes.

7.2 Kjernen i dilemmaet

Der informantene fant at det forelå umiddelbar fare for liv og helse var de ikke i tvil om at pasienten var i behov av hjelp, uavhengig av samtykke. Dette er tilfeller hvor den «egentlige» plikten er til stede slik NOU 2017:16 (2017) beskriver det i sin utredning. Der hvor det ikke forelå noen umiddelbar hast i situasjonen, kom også usikkerheten. Det var da ingen «egentlig» øyeblikkelig hjelp situasjon, og det var da tid til for eksempel konferering med lege, grundig informasjon til pasient, og vurdering av samtykkekompetanse. Det kan fremstå som i det praksis ikke er et dilemma mellom plikten til å yte helsehjelp og pasienters rett til selvbestemmelse, men at dilemmaet inntreffer der det ikke foreligger umiddelbar fare mot pasientens liv og helse. Det vil ikke da lenger være øyeblikkelig-hjelp-plikten som er styrende for videre vurderinger og handlinger, men eventuelt kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Det kom ikke frem i undersøkelsen i hvilken grad informantene skilte mellom det som i kapittel 3.3 kalles egentlige og uegentlige øyeblikkelig-hjelp-situasjoner i sine besvarelser. Undersøkelsen og spørsmålene i intervjuet hadde fokus på øyeblikkelig-hjelp-plikten og kan ha vært styrende inn mot at informantene holdt seg til dette temaet. Samtidig var alle eksemplene som kom frem fra praksis rundt situasjoner der det var tid og rom for konsultasjoner og lang tidsbruk. Ved direkte spørsmål til noen av informantene om hva de ville gjort hvis pasienten var alvorlig syk var svaret at da måtte pasienten ha hjelp. Det kan igjen virke som konflikten mellom plikten til å yte hjelp og pasienters rett til selvbestemmelse i hovedsak er der det ikke egentlig foreligger et behov for umiddelbar helsehjelp. I hvilken grad informantene var bevisst på dette skillet er noe usikkert, men gjennom beskrivelsene fra praksis og tolkningen av begrepene kan

det virke som hovedparten av informantene også innbefattet situasjoner der det ikke forelå umiddelbar fare for pasientens liv og helse. Det vil da kunne foreligge en utvidet tolkning av §7 i helsepersonelloven (1999).

Det å vurdere riktig valg av lovbestemmelse kan fremstå som viktig i denne sammenhengen. Har pasienten behov for påtrengende nødvendig helsehjelp vil ikke vurdering av samtykkekompetanse tilsynelatende være like vesentlig da plikten til å yte øyeblikkelig hjelp uansett står sterkere enn pasientens rett til selvbestemmelse. Har pasienten derimot ikke et umiddelbart behov for hjelp er det et strengere krav til samtykke fra pasienten, og det er ikke samme muligheten til å overprøve pasientens egne valg uten at det foreligger et sterkere beslutningsgrunnlag.

Utvalget som har utgitt NOU 2017:16 (2017) finner ikke behov for endring av eksisterende bestemmelser, men foreslår isteden i praksis å ha en innskrenkende tolkning av dagens §7 i helsepersonelloven (1999) for når øyeblikkelig-hjelp-plikten gjelder. Utvalget skriver i samme utredning at dette er i samsvar med hvordan lovverket egentlig var ment å skulle tolkes. Det blir da noen motsetninger i det utvalget finner med retning mot en mer innskrenkende tolkning, og hvordan plikten kan virke å tolkes heller noe utvidet av ambulanspersonell.

Kjerneriledemmet er i liten grad der det foreligger egentlige øyeblikkelig-hjelp-situasjoner hvor pasientens liv og helse er truet. Det er da funnet åpenbart at pasienten er i behov av hjelp. Der informantene i hovedsak fant konflikt mellom det å yte helsehjelp, og pasientens rett til selvbestemmelse, var der det var tid til å konsultere lege, prate med pårørende, og å prøve forskjellige tillitsvekkende tiltak hos pasienten. Ved disse situasjonene foreligger det ingen tydelig plikt i lovverket som overstyrer pasientens rett til selvbestemmelse. Det blir da en potensiell konflikt mellom etiske prinsipper som blant annet konsekvensetikken og pliktetikken, men også juridisk rundt om helsehjelp kan og skal gis sett i sammenheng med pasientenes rett til selvbestemmelse. Det fremkommer ikke her like tydelig hva som er den beste handling for pasienten, og dette kan fremstå som det egentlige dilemmaet for ambulanspersonell i sin praksis.

7.3 Samtykkekompetanse og selvbestemmelse

Med begrepet selvbestemmelse mente alle informantene at pasienten har rett til å bestemme over sin egen helse. Det var derimot variasjoner i hvor stor grad de mente pasientene kunne bestemme selv, noe ut ifra konsekvensene i valget, og ikke minst pasientens evne til samtykke. Samtykkekompetanse ble ansett for å være det vanskeligste å vurdere hos en pasient. Det kunne være vanskelig for ambulanspersonellet å få tilstrekkelig kunnskap rundt og om pasienten i en akutt situasjon, og de var da også avhengige av for eksempel pårørende for å få vite om endringer i atferd.

Det kan ofte være vanskelig å bedømme om pasienten er tilstrekkelig autonom i prehospitalt arbeid (Nordby, 2013). En av de viktigste grunnene til dette er at det i stressende situasjoner kan være vanskelig å tolke om pasienten har fått tilstrekkelig informasjon, og om pasienten kan ta til seg denne. Et viktig spørsmål som kan stilles er om pasienten er påvirket av stress, smerter eller andre ytre påvirkninger her og nå som gjør at de ville valgt annerledes dersom slike faktorer ikke var til stede. Det kan som Nordby (2013) skriver være bedre å være på den sikre siden, og forebygge negative konsekvenser, fremfor å akseptere et valg fra pasienten som i etterkant ikke synes tilstrekkelig autonomt.

Kommunikasjon vil være et viktig element, og foreligger det misforståelser vil det kunne gjøre at pasienten foretar et valg som ikke egentlig er tilstrekkelig autonomt (Beauchamp og Childress). Som Nordby (2014) skriver så vil det for ambulanspersonell stort sett alltid være en tvil om pasienten innfrir kravene til samtykke i prehospitalt arbeid. Særlig ved de egentlige øyeblikkelig-hjelp situasjonene er det lite som taler for at det er tid tilgjengelig til å gjøre en pasient sitt valg tilstrekkelig autonomt. Her synes det heller ikke å være like relevant da ambulanspersonell etter §7 i helsepersonelloven (1999) skal behandle pasienten uavhengig av samtykke så lenge plikten er ansett å være til stede.

Lovbestemmelsene baserer seg på etiske prinsipper. Ifølge konsekvensetikken skal en gjøre det som får best konsekvens for pasienten, og ivaretagelse av livet er det som står høyest (Lunde, 2016). Dette tilsier at øyeblikkelig-hjelp-plikten kan være styrende der det er vilkårene for å yte øyeblikkelig hjelp er funnet å være til stede. Ifølge Kant sin pliktetikkk har mennesket en grunnleggende plikt til å respektere andre menneskers frie

ønsker og valg (Nordby, 2014). En betingelse her er at pasientens avgjørelse er autonom. Med det menes at pasienten gjør et valg basert på tilfredsstillende mengde informasjon, og er innenfor rimelighetens grenser innforstått med konsekvensene av dette (Nordby, 2014).

Det foreligger liten grad konflikt verken etisk eller juridisk der det ikke er tid eller mulighet for at pasienten kan oppnå tilstrekkelig samtykkekompetanse. Hvorvidt pasienten kan bli i stand til å være det i en akutt situasjon er et godt spørsmål. Der det foreligger akutt fare for liv foreligger det også liten tid til undersøkelse, kommunikasjon og informasjon. Her vil det være vanskelig for pasienten å ta et velinformert valg med full oversikt over alle konsekvensene.

7.4 Hvem har ansvaret?

Ved spørsmål om hvem som har beslutningsansvaret var samtlige av informantene usikre. Om legen er ansett å være en ressurs avhenger av blant annet legens tid til rådighet, kunnskap og interesse. Alle informantene oppgav at de ønsker å konsultere lege der pasienten ikke ønsker den helsehjelp som de finner nødvendig. Dersom lege er på stedet anses denne å ha det totale ansvaret. Det foreligger større utfordringer der lege kun er tilgjengelig på telefon. Som en av informantene sa er det ambulanspersonellet som ser pasienten, og kan også velge selv hvilken informasjon som gis videre. En lege kan per telefon ikke ha det totale bildet. Ved oppfølgingsspørsmål om hva informantene valgte å gjøre der det stod om liv svarte litt over halvparten at de da selv måtte ta beslutningen.

Befring og Ohnstad (2010) skriver at legen er den som i utgangspunktet har best realkompetanse til å vurdere symptomer, diagnostikk, og valg av behandling. Dette verken hindrer eller fritar allikevel annet kvalifisert helsepersonell fra å kunne foreta beslutninger om pleie og omsorg. Helsepersonellovens § 4 (1999) om forsvarlighet sier at helsepersonell skal forholde seg til egne faglige kvalifikasjoner. Bistand skal innhentes der dette er funnet nødvendig, og er mulig. Spørsmålet som da kan stilles er om ambulanspersonellens egne kvalifikasjoner er ansett tilstrekkelig til å foreta de nødvendige undersøkelser, og ta beslutningen? Legen er sjelden på stedet, og må inviteres til dialog av ambulanspersonellet. Hva legen får av informasjon blir bestemt

av de som er i situasjonen og ser pasienten. Det bør derfor tilstrebes en objektiv og grundig informasjon så lege får mulighet for tilstrekkelig og fritt vurderingsgrunnlag.

Men hvor oppnåelig er det i en situasjon hvor det må ytes øyeblikkelig-hjelp?

Helsepersonelloven (1999) gir et klart ansvar til ambulanspersonell som en profesjon å følge lovverket, og de vil selv stå som ansvarlige der de foretar handlinger de bør eller skal vite er i strid med bestemmelsene. Som en del av den profesjonelle kompetansen skal ambulanspersonell være i stand til å gjøre gode etiske og juridiske vurderinger. Dette anses som grunnleggende for å kunne utføre forsvarlig pasientbehandling i tråd med lovverket (Lunde, 2016). Det foreligger ikke fritak fra denne plikten ved å konsultere.

Som det fremkommer i intervjuene, er det også forskjell på legene. Det er ikke sikkert vaktlegen har større kunnskap om pasienten, eller en dypere innsikt i tolkning av lover og etiske føringer enn ambulanspersonellet. Det kan være naturlig å tenke at ambulanspersonell bør ha tilstrekkelig kompetanse til slike vurderinger da dilemmaet er ansett å være vanlig i deres arbeidshverdag.

Der det foreligger en egentlig akutt situasjon med fare for liv og helse må ambulanspersonellet selv ta avgjørelsen om hjelpen er påtrengende nødvendig. Er de i tvil plikter de å foreta nødvendige undersøkelser (Helsepersonelloven, 1999) og (Befring, 2001). Det fremkommer noe mer usikkerhet der slik umiddelbar fare ikke foreligger, og det er mer tid til vurdering i situasjonen. Det kan da fremstå som at andre lovbestemmelser som kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven må legges til grunn. Med dagens situasjon vil det det ikke foreligge tilstrekkelig vedtakskompetanse hos ambulanspersonell til å kunne foreta en avgjørelse etter denne lovbestemmelsen. Det er da lege, og eventuelt sykepleier, som må utarbeide vedtaket (Syse, 2013).

Slik det kom frem fra informantene er trolig også legene usikre på slike vurderinger, og hvilke av lovbestemmelsene som gjelder i det aktuelle tilfellet. Det kan generelt fremstå som problemstillingen i for liten grad er belyst gjennom utdanninger og yrkessammenheng. Det foreligger heller ikke noen veiledere for dette ut fra det denne oppgaven erfarer per i dag.

7.5 Kommunikasjon

Å kunne kommunisere på en god måte ble ansett som svært viktig av alle informantene. Dette gjaldt ikke bare i kontakt med pasienter, men også når det kom til pårørende, leger, og annet helsepersonell. God dialog og kommunikasjon ble ansett som viktig med tanke på innhenting av informasjon angående pasienten, slik at det kunne være lettere å vurdere pasientens samtykkekompetanse. Det ble også ansett som viktig å kunne få frem ambulanspersonellets vurderinger og anbefalinger på en slik måte at alle involverte hadde samme situasjonsforståelse. Den viktigste delen av kommunikasjonen foreligger mellom ambulanspersonellet, pasient og pårørende.

Å kommunisere på en god måte betyr å få frem informasjon om ambulanspersonellets tanker og vurderinger på en slik måte at pasienten kan forstå konsekvensene av sine egne valg. Å kunne ordlegge seg riktig til pasienten ble beskrevet som krevende i nesten alle intervjuene, og alle fant det samtidig nødvendig for at pasienten kunne betraktes som samtykkekompetent. Der pasienten ikke har fått tilstrekkelig informasjon, eller det foreligger forstyrrende faktorer som for eksempel kan medføre misforståelser, kan kanskje ikke pasienten forstå konsekvensene av egne valg. I slike situasjoner finner heller ikke pliktetikken at pasienten nødvendigvis kan anses å være samtykkekompetent. Dette samsvarer godt med beskrevet teori inne både lovverket og pliktetikken slik den er beskrevet i kapittel 2, og det som i drøftingen er funnet å være de egentlige øyeblikkelig-hjelp-situasjonene.

7.6 Utsiktet maktutøvelse?

Ved analyse av innsamlet data kom det frem at hensikten med å gi pasienten informasjon ikke bare var for at de skulle kunne ta et velinformert valg, men også for at ambulanspersonellet kunne fortelle om bakgrunnen for sine vurderinger. Hensikten var at pasienten skulle ha en forståelse for ambulanspersonellet sine handlinger, og de begrunnelser for et vedtak som allerede var gjort.

Der pasienten ikke ønsket å ta imot helsehjelpen ble det forsøkt med forskjellige vinklinger og kommunikasjonsmåter slik at pasienten skulle forstå det som allerede var ansett å være deres eget beste. Dette står i noe kontrast med det Beauchamp og Childress (2009) beskriver som en objektiv vurdering av eventuelle konsekvenser.

Pasientens egen kompetanse skal bygges opp slik at de kan ta avgjørelser for egen situasjon og helse uten påvirkning. Der ambulanspersonellet allerede har en klar oppfatning om hva pasienten bør velge kan det fremstå som usikkert om informasjonen og kommunikasjonen er tilstrekkelig nøytral.

Slettebø (2016) skriver at det er viktig med kompetanse og evner til nøytral kommunikasjon for å bygge samtykkekompetanse hos pasienten. En god faglig begrunnelse lagt frem på en nøytral og objektiv måte kan også lede pasienten til å foreta et valg i tråd med ambulanspersonellens anbefalinger (Nordby, 2013). Det viktige er å være klar over hvordan kommunikasjonen med pasienten er, og om dette gjøres på en objektiv eller ledende måte. Kunnskap om dette er en viktig del av det å være profesjonelt helsepersonell, som igjen er en del av det å yte forsvarlig helsehjelp etter §4 i Helsepersonelloven (2001). Ambulanspersonell bør av denne grunn ha en formening om hvordan de ordlegger seg, og bakgrunnen for valget av ord. Foreligger det etter en vurdering et behov for maktbruk som muntlig tvang er det trolig grunnlag for avvik fra det nøytrale språket, men det er uheldig hvis dette forekommer utilsiktet.

Ord som finnes i data fra intervjuene er «overtale», «overbevise» og «gods snakke». Disse ordene går igjen i alle intervjuer. Det kan her fremstå et ønske om at pasienten skal foreta det valget ambulanspersonellet allerede har funnet nødvendig. I analysen er det funnet at ambulanspersonell ikke nødvendigvis mente at dette er å regne som bruk av makt, men heller som informasjon de mener pasienten bør forholde seg til. Ved egentlige øyeblikkelig-hjelp-situasjoner er terskelen for ladet kommunikasjon lavere, da det her foreligger fare for liv og helse. Det vil da alltid kunne være tvil om pasientens autonomi i akutte situasjoner ved at for eksempel stress og dårlig tid kan påvirke mulighetene for at samtykkekompetanse kan foreligge, jmfør kapittel 2.2. Utfordringen vil igjen trolig være der plikten til å yte øyeblikkelig hjelp ikke er til stede.

Der pasienten motsetter seg antatt nødvendig helsehjelp benyttes iblant hjemmesykepleier, lege, eller pårørende aktivt til å overtale pasienten. Ved god og tilstrekkelig informasjon til pårørende kan de være en ressurs når det kommer til å få med seg en pasient som i utgangspunktet ikke vil til videre undersøkelse og behandling. Det fremstår ikke som dette er ansett å være et tvangstiltak på linje med om ambulanspersonellet selv foretar en ledende dialog, eller er tydelige i sin anbefaling til pasienten om hva de skal velge

En annen løsning der ambulanspersonellet selv ikke kommer i mål med informasjon til pasienten er å konsultere lege. Flere av informantene beskriver hvordan lege da kan hjelpe til med å overtale pasienten til videre behandling. Det kan da stilles spørsmål rundt hvor objektiv informasjon legen får til å foreta sine vurderinger hvis allerede ambulanspersonellet har funnet at pasienten er i behov av helsehjelp. Metoden vil allikevel kunne bidra til at pasienten får tilbud om ytterligere faglig vurdering, og kanskje kan annet helsepersonell eller lege komme med ny informasjon som gjør at pasienten har et sterkere grunnlag og forståelse for egen situasjon, og eventuelle konsekvenser.

Grunnlaget for all pasientbehandling er samtykke. Det motsatte av samtykke er tvang, og krever et rettslig grunnlag (Syse 2013). Tvang bør så langt det er mulig unngås skriver Bahus et al. (2018). En velinformert pasient som ikke ønsker behandling, skal få valget sitt respektert. Å overtale pasienten, eller benytte seg av ladet kommunikasjon, krever også en etisk begrunnelse (Nordby, 2013).

Det er lite beskrevet om bruk av pårørende i slike situasjoner, og i hvor stor grad det kan anses å være tvang der de etter eget befinnende overtaler pasienten til videre undersøkelse og behandling. Det kan være pårørende også har informasjon i situasjonen som er viktig for pasienten for å ta et valg denne kan stå inne for også i etterkant. Der pårørende ønsker at pasienten skal videre til behandling er det allikevel ikke å forvente at slik informasjon gis objektivt. Så lenge pasienten har ytre faktorer som påvirker kan det igjen stilles tvil om denne avgjørelsen egentlig er autonom.

Der det foreligger et behov for øyeblikkelig hjelp etter §7 i helsepersonelloven (1999) vil trolig ambulanspersonellet være nødt til å være tydelige i sine meninger, og fremstå som fagpersoner med sine klare vurderinger av de eventuelle konsekvensene. Det er kanskje for lite tid tilgjengelig i situasjonen til å gi tilstrekkelig med informasjon og kompetanse til pasienten, og det er også mange faktorer som kan påvirke pasientens evne til å ta til seg informasjonen. Ved slike situasjoner er det heller ikke nødvendig med en vurdering av pasientens samtykkekompetanse for at ambulanspersonellet skal utøve nødvendig helsehjelp. Vurderes det at hjelpeplikten er til stede etter helsepersonellovens §7 hjemler det en inngripen også utover samtykkeitfellene (Syse, 2013). Her vil overtalelse og gode kommunikasjonsevner kunne være fornuftige, og trolig helt nødvendige. Med gode kunnskaper og ferdigheter kan unødig bruk av tvang

kanskje unngås. Informasjon skal gis i den utstrekning det praktisk er mulig, og det skal tilstrebes å bruke minste grad av tvang. Tillitsvekkende tiltak skal ha vært forsøkt først (Syse, 2013).

Slik det fremkommer i oppgaven er det et behov for økt kompetanse og kunnskap innen tolkning av lovverket. Ved misforståelse når det kommer til tolkning av lovverk og begreper kan det bli foretatt for eksempel muntlig tvang uten å ha tilstrekkelig etisk eller juridisk støtte. Dette kan medføre brudd på pasient- og brukerrettighetslovens §4 (1999), og eventuelt også at det ikke ytes forsvarlig helsehjelp etter helsepersonellovens §4 (1999). Det er et krav til en yrkesprofesjon å kjenne til de etiske modellene og juridiske bestemmelsene som er førende for sitt yrke (Silva 2012). Et sentralt spørsmål er da om dagens utdanning er tilstrekkelig for å gjøre ambulanspersonell godt nok kjent med aktuelle lovbestemmelser, og særlig tolkningen av disse?

7.7 Magefølelsen og profesjonen

Flertallet av informantene forteller at erfaring i form av magesfølelse blant annet er med på å styre hvordan de kommuniserer med pasientene, og hva som gis av informasjon. Erfaring og magesfølelse ligger også bak avgjørelsene om pasientens behov for helsehjelp. Over halvparten av informantene beskriver at erfaring gir trygghet der de opplever juridiske og etiske dilemmaer. Magefølelse er noe som kommer med erfaring etter noen år, og ses som en ubevisst del av erfaringer. Resterende av informantene brukte begrepet sunn fornuft. Dette er en blanding av kunnskap og erfaring som er blitt til en ubevisst tankegang. En slik sunn fornuft utgjør også en del av beslutningsprosessene der det foreligger etiske dilemmaer.

Slik det kommer frem er sunn fornuft, magesfølelse og erfaring noe som virker å ha innflytelse på de avgjørelser og vurdering som tas hos alle informantene. Som helsepersonell foreligger det en profesjonsetisk plikt til å inneha en ideologisk handlingsberedskap (Nordby, 2014). Med profesjonsetisk plikt mener Nordby (2014) at ambulanspersonellet har reflektert over eget etisk ståsted, og innehar kompetanse til å gjøre systematiske valg basert på egne verdier. Det er usikkert i hvor stor grad det kan foretas systematiske valg der disse baserer seg på magesfølelse eller erfaring. En slik blanding av kunnskap og erfaring kan være korrekt ved mange tilfeller, og fremstår som

viktig å ha med når det kreves vurdering utover svar som kan finnes i prosedyrer eller lovverk. Samtidig skal det tilstrebes lik behandling av pasienter både som personlig helsepersonell, og som yrkesgruppe, og det bør trolig foreligge et noe tydeligere beslutningsgrunnlag.

For å kunne utøve god pleie og forsvarlig pasientbehandling etter §4 i helsepersonelloven er det en forutsetning med gode kunnskaper om lovbestemmelsene, og samtidig en sterk yrkesetikk. Det fremkommer et personlig ansvar for egne handlinger som profesjonelt helsepersonell til å kunne foreta gode faglige juridiske og etiske vurderinger (Lunde, 2016). Slik kompetanse dannes gjennom utdanning og kontinuerlige refleksjoner over egen praksis. Etisk ståsted og vurderingsevne kan komme til sin rett der jussen ikke har de helt klare svarene. Helsepersonell må derfor kjenne godt til de etiske modellene som en del av sin yrke og profesjon (Silva, 2012).

Lang yrkeserfaring kan være både verdifull og viktig i situasjoner der det forekommer juridiske og etiske dilemmaer. Dette kan bidra til en god situasjonsforståelse. Skal det kunne ytes lik behandling i tråd med lovverket fremstår det allikevel klart at slike erfaringer ikke kan stå som førende for beslutningen, men heller som en del av denne i tillegg til bruk av lovverk, bestemmelser, etiske prinsipper og prosedyre. I helsepersonellovens krav til forsvarlighet er det krav om at helsepersonell opptrer i tråd med sin yrkesgruppes faglige normer, nasjonale veiledere, og retningslinjer, i tillegg til lovverket. Som Syse (2013) skriver forplikter helsepersonell seg til å ha et gyldig rettsgrunnlag for den helsehjelp som ytes.

Sunn fornuft skal samtidig ikke undervurderes, og dette kan være viktig å ha med seg i sin praksis. Skal dette hjelpe ambulanspersonell til en sterkere profesjon som yrkesgruppe kan det imidlertid virke som undersøkelsen her impliserer et behov for å få satt dette mer i system, og synliggjøre et klarere fokus på etikk og juss.

7.8 Utdanning og kompetanse

Ambulanspersonell ønsker mer kunnskap og kompetanse når det kommer til tolkning av lovbestemmelser, og etiske prinsipper. Det foreligger ifølge informantene lite føringer eller prosedyrer for dette fra arbeidsgiver. Ingen av informantene har heller vært på kurs etter ansettelsen i regi av arbeidsgiver. Under halvparten av informantene hadde

lært om lovbestemmelsene under utdanningen. De resterende hadde fått noe kunnskap, men ikke i dybden. En av informantene fortalte at det meste var lært gjennom egne erfaringer og interesse.

Situasjoner der det foreligger usikkerhet rundt øyeblikkelig-hjelp-bestemmelsene opp mot pasienters rett til selvbestemmelse er funnet å være noe som forekommer ofte. Slik sett bør det være et tydeligere fokus på dette som da er en vanlig del av ambulanspersonellens hverdag. Dette kan medvirke til at pasienten tilbys hjelp slik de har krav på etter lovverket, og samtidig blir beskyttet fra en utilsiktet bruk av tvang der det foreligger uklare tolkninger av lovverk og begreper. Det er klar enighet blant ambulanspersonellet om at det foreligger mangler i ambulansutdanningen på dette området.

Samtlige av informantene mener at ambulanspersonell har mye å gå på når det kommer til kompetanse på området. Særlig innen kommunikasjon og vurdering av samtykkekompetanse er det ønsket mer kunnskap. I oppgaven fremkommer det også tydelig usikkerhet rundt tolkningen av enkelte lovbestemmelser og begreper. Det kan også fremstå som at kommentarene til lovverket, og rundskriv fra blant annet Helsedirektoratet (2015) som skal tydeliggjøre forståelse av bestemmelsene i liten grad er kjent for ambulanspersonell.

Det er et grunnleggende krav i lovverket om at helsepersonell har kunnskap om lovbestemmelsene, og hvordan de er styrende for egen praksis. Dette innebærer også kunnskap om rundskriv, veiledninger og anbefalinger (Lunde, 2016). Dette er et krav som profesjonelt helsepersonell også må innhente kunnskap om i egen regi. Det er da ikke bare et tydelig behov for mer undervisning for ambulanspersonell, og mer kunnskap fra arbeidsgiver, men også at ambulanspersonell i større grad selv gjør seg kjent med dette.

Utvalget bak NOU 2017:16 (2017) finner i sin konklusjon at det i utdanningen av leger og utvalgte spesialistutdanninger er viktig å i sterkere grad tematisere balansen mellom helsepersonell sin inngrepsplikt og pasienters rett til selvbestemmelse. Da dette er et dilemma som også fremkommer i ambulanspersonell sin hverdag stilles det her spørsmål om det ikke burde vært fremhevet et slikt behov også i utdanningen av denne yrkesgruppen. Mer utdanning innen temaet fremstår som nødvendig, og trolig også betryggende, for ambulanspersonell i deres arbeidshverdag.

8 Konklusjon

Alle informantene i dette studiet har opplevd situasjoner der øyeblikkelig-hjelp-plikten og pasienters rett til selvbestemmelse tilsynelatende har «stanget» mot hverandre.

Denne oppgaven finner at det allikevel foreligger liten grad av konflikt der pasientens helse og liv er i umiddelbar fare. Dette funnet samsvarer med teori og artikler innen temaet, og det som omtales til å være den «egentlige» øyeblikkelig-hjelp-situasjonen. Den største spenningen mellom det å yte helsehjelp, og pasientens rettigheter til samtykke, synes å være der hvor plikten i lovbestemmelsene ikke er til stede.

Det var usikkerhet hos informantene rundt tolkningen av lovbestemmelsene, og de begrepene som er angitt i lovtekstene. Dette kan medføre misforståelser som videre kan føre til uriktig tolkning av lovbestemmelsene. Utfallet kan bli feil bruk av lovverket som støtte for sine vurderinger, med mulighet for uriktig bruk av for eksempel muntlig makt.

Det er også funnet at magesfølelse eller sunn fornuft er med på å styre ambulanspersonellet sine avgjørelser ved konflikter og dilemmaer. Med slike betegnelser kan kunnskap og erfaring være innbefattet, men det bør trolig kunne utdypes sterkere som et vurderingsgrunnlag med tanke på kvalitetssikring av arbeidet. Tydelig bevissthet rundt lovbestemmelser og etiske modeller er viktig ved vurdering av både hjelpeplikten og pasientens rettigheter.

Alle informantene i studiet etterlyste mer utdanning og kompetanse på området. Da problemstillingen er funnet å være vanlig forekommende for ambulanspersonell, anbefales et sterkere fokus på dette både innen utdanning og i jobbsammenheng.

Dette er en liten studie, og større studier er nødvendige for å se om funnene er representativt for ambulanspersonell generelt. Det kan være interessant med studier rundt håndteringen av pasienter der øyeblikkelig-hjelp-plikten ikke er til stede, og hvor pasienten samtidig motsetter seg antatt nødvendig helsehjelp.

Ambulanspersonell har ikke egne faglige normer eller yrkesetiske retningslinjer slik andre profesjoner som blant annet sykepleierne har. Utarbeidelse av lignende dokumenter kan muligens bidra til økt fokus på profesjonsetikk i praksis.

Litteraturliste

- Bahus, M. K., Friis, P. & Mesel, T. (2018). Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss*, 44(2), 56-78.
<https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02> E
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical ethics* (6. utg.). New York: Oxford University Press.
- Befring, A. K. (2001). Legers plikt til å hjelpe og pasienters rett til å nekte. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 11(121), 1408-1409. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/04/prisutdelinger/legers-plikt-til-hjelpe-og-pasienters-rett-til-nekte>
- Befring, A. K. & Ohnstad, B. (2010). *Helsepersonelloven: Med kommentarer*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dahlen, M. (2013). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332 - 335.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning - en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(3), 23 - 39.
- Halvorsen, M. (2002). Pasienter som nekter behandling. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 3(122), 323-324. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/01/rett-og-urett/pasienter-som-nekter-behandling>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunde, B. V. (2016). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 162-185). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordby, H. (2013). Should paramedics ever accept patients' refusal of treatment or further assessment? *BMC Medical Ethics*, 14(1), 44.
<https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-44>
- Nordby, H. (2014). *Samhandling i prehospitalt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Norsk Senter for forskningsdata. (2019). Mal til informasjonsskriv. Hentet 05.12 2019 fra <https://meldeskjema.nsd.no/5dd3ce30-0310-4565-bc02-62e4445460ae/utvalg-1>
- NOU 2017:16. (2017). *Balansen mellom helsepersonells inngrepsplikt og pasientenes selvbestemmelsesrett*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?ch=15>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient - og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Silva, A. B. d. (2012). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2016). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2017). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 147-161). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Syse, A. (2013). *Pasientrettighetsloven med kommentarer* (bd. 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg I Intervjuguide

Problemstillingen

Hvordan opplever ambulanspersonell at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig hjelp plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse?

Intervjuguide

Forskerpørsmål:

Hvordan forstår ambulanspersonell bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp og pasienters rett til selvbestemmelse (evt slik de er nedfelt i lovverket)?

Hvordan tolker eller forstår ambulanspersonell sentrale begrep i overnevnte bestemmelser?

Spørsmål i intervjuet:

Har du kjennskap til Helsepersonellovens bestemmelse som omhandler plikten til øyeblikkelig hjelp?

Har du kjennskap til pasientrettighetslovens bestemmelser angående pasientens rett til selvbestemmelse/krav til samtykke?

Hvordan tolker eller forstår du disse to bestemmelsene?

Hvordan tolke eller forstår du begrepet påtrengende nødvendig?

Hvordan tolker eller forstår du begrepene «fare for liv», eller «fare for alvorlig forverring»?

Hvordan tolker eller forstår du begrepet selvbestemmelse?

Hva mener du ligger i begrepet samtykkekompetent pasient?

Hvordan har ambulansepersonell lært om lover og eventuelt begrepene?

Hvor lærte du om tidligere nevnte bestemmelser, og begrepene?

Har din tjeneste gitt deg noen opplæring eller føringer i bruk av prinsippene?

Har det vært noe fokus på dette gjennom fagdager, kurs, seminar ol i regi av arbeidsgiver?

Diskuteres dette med makker, kollegaer eller andre på arbeidsplassen?

Hvordan opplever ambulansepersonell at disse situasjonene blir håndtert i praksis?

Har du opplevd noen situasjoner i praksis hvor du mente det var en uoverensstemmelse mellom de to bestemmelsene? Eksempel?

Hvordan ble denne situasjonen håndtert?/ Hvordan løste dere eventuelt situasjonen?

Var det utfordrende å finne en løsning på dilemmaet?

Ble det brukt noen spesielle prinsipper, metodikk eller lignende?

Hvem mener du har det endelige beslutningsansvaret ved slike situasjoner?

Hvordan opplever
ambulanspersonell samarbeidet
med andre?

Hvordan opplevde du samarbeidet
med kollega/makker i situasjonen som
er nevnt over?

Hvordan opplevde du samarbeidet
med annet helsepersonell som var
involvert?

Hvordan opplevde du samarbeidet
med pasienten?

Hvordan opplevde du samarbeidet
med pårørende?

Var det enighet om avgjørelsen?

Vedlegg II Informasjonsskriv deltagere

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvordan opplever ambulanspersonell at det kan være utfordrende å vurdere øyeblikkelig hjelp plikten opp mot pasienters rett til selvbestemmelse”?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie hvor formålet er å undersøke hvordan ambulanspersonell opplever situasjoner der en mener plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er til stede, men hvor pasienten ikke ønsker denne hjelpen. I dette skrivet får du informasjon om målene for studiet, og hva en deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiet ønsker å finne ut av hvordan ambulanspersonell både opplever situasjoner som nevnt over, og hvordan de håndteres. Det er ambulanspersonellens egne erfaringer en ønsker å sette søkelys på. Det kan for eksempel involvere faktorer og temaer som juridiske føringer, etiske prinsipper eller andre elementer som lokale prosedyrer og retningslinjer, samt eget faglig ståsted. For å få en dypere innsikt og forståelse er det valgt intervju som metode, og hovedinnholdet i studiet vil basere seg på innsamlet data fra disse. Intervjuene vil være semi-strukturerte, og en-til-en. Veileder for prosjektet kan være til stede ved enkelte av intervjuene. Det vil foretas en dataanalyse av intervjuene, som etter planen skal presenteres i en ferdig masteroppgave i juni 2020.

Prosjektet ser også på aktuell litteratur innen området, samt hva som foreligger av forskning fra tidligere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Studiet er en del av en masteroppgave i forbindelse med studieprogrammet Prehospital Critical Care ved Universitetet i Stavanger. Studiet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studiet henvender seg til ambulansarbeidere med fagbrev og/eller Paramedic. Målet er å inkludere ambulanspersonell med forskjellig ansiennitet for å speile bredden i målgruppen. Det er ikke krav om full stilling eller fast arbeidsforhold for å delta

Hva innebærer det for deg å delta?

Siden studiet søker å få en dypere innsikt fra ambulanspersonellet angående problemstillingen er det valgt intervju som metode. Dette utføres primært ved direkte en-til-en samtale mellom forsker/student og den frivillige ambulansarbeideren. Veileder kan være til stede ved enkelte av intervjuene.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du kontaktes for avtale om tid og sted for intervju. Intervjuene vil i hovedsak foregå i starten av 2020. Intervjuet vil ta cirka 30 minutter.

Opplysningene vil registreres både i form av notater og ved lydopptak. Intervjuet transkriberes så i etterkant. Lydopptak utføres for ikke å miste viktig informasjon og helheten i den informasjonen som samles inn. Alt vil foregå på norsk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studiet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil selvfølgelig ikke ha noen negative konsekvenser hvis du senere velger å ikke delta eller trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Det er kun de opplysningene om deg til formålene som er angitt i dette skrivet som brukes. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun student som vil ha tilgang til informasjonen. Studiet vil ikke inneholde personsensitiv informasjon, eller noen opplysninger som kan identifisere deltagerne verken direkte eller indirekte.
- All informasjon fra intervjuene lagres på låst pc med passord etter de er nedskrevet fra lydopptak. Alt materialet fra intervjuene er anonymisert. Deltagerne i studiet beskrives videre kun med eventuelt ansiennitet og tittel. Personsensitiv informasjon som kontaktinformasjon blir erstattet med en tallkode på annen pc med eget passord. Slik informasjon slettes fra pc etter innlevering. Lydfiler oppbevares av studenten, og slettes også etter innlevering av prosjektet.

Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven ved innlevering, eller i eventuelle senere publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Studiet skal etter planen avsluttes innen 01.06.2020. Alt datamaterialet er da anonymisert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Ønsker du å delta? Ta da kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Jon Richard Figenschou (student),
jonrfig@hotmail.com
Telefon 95035156

Har du andre spørsmål angående studiet kan du også kontakte:

- Personvernombudet ved Universitetet i Stavanger ved:
personvernombud@uis.no
- Universitetet i Oslo ved Halvor Nordby (veileder),
halvor.nordby@medisin.uio.no
Telefon 90135154
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost
(personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Jon Richard Figenschou

Vedlegg III Godkjenning av prosjektoppgave

Norsk senter for forskningsdata (NSD) sin vurdering

Prosjekttittel

Master i PHH,

Referansenummer

783458

Registrert

28.11.2019 av Jon Richard Figenschou - jr.figenschou@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Halvor Nordby, halvordby@hil.no, tlf: 90135154

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Jon Richard Figenschou, jonrfig@hotmail.com, tlf: 95035156

Prosjektperiode

15.09.2019 - 01.07.2020

Status

29.11.2019 - Vurdert

29.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.11.2019. Behandlingen kan starte. TAUSHETSPLIKT I intervjuguiden blir informanter bedt om å komme med eksempler på situasjoner i praksis. Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en

enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf.

PERSONVERNFORORDNINGEN art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Eva J B Payne Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)