

## FOAs hørings svar til bekendtgørelsen om generelt informeret samtykke

FOA bakker i høj grad op om den nye mulighed for et generelt samtykke. Der bliver i dag foretaget mange unødvendige opkald til pårørende for at indhente samtykke til selv små undersøgelser og behandlinger. Det kan fx være samtykke til at igangsætte behandling af øjenbetændelse og urinvejsinfektioner, selvom nogle borgere hyppigt har disse sygdomme.

Desværre frygter vi, at medarbejderne med dette udkast til bekendtgørelse fortsat vil have et unødvendigt stort tidsforbrug på at indhente samtykke. Det skyldes, at det med denne bekendtgørelse, og møderne i arbejdsgruppen forud for bekendtgørelsen, et blevet meget tydeligt, at der er store problemer med den nuværende samtykkelovgivning for varigt inhabile (eller tolkningen heraf). Listerne i Bilag 1 viser, at der er nogle grundlæggende problemer i den måde, som samtykkelovgivningen tolkes i forhold til mindre behandlinger og undersøgelser i ældreplejen. Fx vil medarbejderne med denne tolkning – som FOA læser det – skulle ringe til en pårørende kl. 1 om natten, før de tager temperaturen på borgeren, hvis de pårørende ikke har afgivet et generelt samtykke. Dette er hverken godt for borgeren, for de pårørende eller for medarbejderen.

Hvis medarbejderne skal overholde nogle regler, som slet ikke giver mening i en praktisk virkelighed, kan det desværre komme til at gå ud over både patientsikkerheden og den sundhedsfaglige kvalitet. Det er vigtigt, at lovgivningen understøtter medarbejderne i at gøre arbejdet så godt som muligt og ikke stiller dem i svære situationer, hvor de skal opveje lovgivningen over for borgerens behov. Der er derfor helt nødvendigt, at vi får kigget på denne lovgivning og tolkningen heraf.

Udover ovenstående er FOAs væsentligste bemærkninger til bekendtgørelsen følgende:

- **Tidsramme:** Tidsrammen på 9 måneder er uhensigtsmæssigt kort. Det kommer til at medføre meget unødvendigt bureaukrati, både for de pårørende og for medarbejderne.
- **Gælder ikke på tværs:** Et samtykke afgivet på plejehjemmet skal også gælde i almen praksis.
- **Kvalificering af listerne i bilag 1:** Der er behov for yderligere kvalificering af listerne. Fx er behandling af øjenbetændelse ikke med. Dertil er der behov for løbende opdateringer af listerne.
- **Definition af sundhedspersoner:** Det er meget positivt, at der er en bred definition af sundhedspersoner, så også de medarbejdere i ældreplejen, som kender borgeren bedst, kan indhente samtykke.
- **Praksisnær vejledning:** Der skal være en tilhørende vejledning, som giver mening i hverdagen, og som får afklaret tvivlsspørgsmålene i bekendtgørelsen.

FOAs kritikpunkter uddybes på de næste sider. Fra FOAs side stiller vi os selvfølgelig til rådighed til videre drøftelser, så vi får en så virkelighedsnær, ubureaukratisk og patientsikker lovgivning som muligt.

Venlig hilsen



Torben Hollmann  
Formand for social- og sundhedssektoren

## **Generelle problemer med samtykkelovgivningen**

Arbejdet med bekendtgørelsen vedr. generelt informeret samtykke har været med til at afdække nogle store problemer i den nuværende lovgivning. Faktisk er lovgivningen så langt fra virkeligheden, at medarbejderne ofte ikke følger den. Fx ringer sundhedspersoner ikke til varigt inhabiles pårørende for at få samtykke til en temperaturmåling, selvom det ifølge juristerne i Sundhedsministeriet strengt taget bør gøres. Når de pårørende ikke ringes op først, skyldes det i høj grad også et hensyn til den pårørende, som hellere vil vide, hvad temperaturen er – og dermed hvordan borgeren har det, og hvad personalet gør for at hjælpe borgeren – i stedet for først at blive forstyrret med et opkald for at sige ”ja” til en temperaturmåling.

Hensigten med den nye bekendtgørelse er at afhjælpe dette problem, fordi det med et generelt informeret samtykke ikke længere vil være nødvendigt at spørge den pårørende inden mindre undersøgelser og behandlinger som fx temperaturmåling. Til gengæld bliver problemet langt større for de borgere, hvor de pårørende af forskellige årsager ikke vil afgive et generelt informeret samtykke, eller hvor samtykke måske er udløbet. ”Større” fordi den lokale tolkning af den eksisterende lovgivning må forventes at blive strammere med denne bekendtgørelse. Konsekvensen bliver, at medarbejderne ikke kan igangsætte fx tryksårsforebyggelse eller måle blodtryk, før de har fået fat i borgerens pårørende, selvom det kan medføre flere smerter og dårligere forløb for borgeren. Hvordan stiller det fx den nattevagt på et plejehjem, som tilser en borger, der virker lidt varm? Skal medarbejderen kontakte borgerens pårørende midt om natten for at få lov til at tage temperaturen?

Det er vigtigt at pointere, at de pårørende selvfølgelig skal involveres og informeres om, hvordan det går med borgeren, herunder hvilke behandlinger der iværksættes. Den store forskel er rækkefølgen – om den pårørende forstyrres før undersøgelse af såret eller iværksættelse af tryksårsforebyggelse, eller om de bliver informeret kort tid senere, når medarbejderne faktisk kan fortælle, hvad der sker. Dette også for at sikre, at behandlingen kan iværksættes med det samme, fx for at undgå smerter og for at få et bedre behandlingsforløb. Derudover er der også i dag pårørende, som det kan være meget svært at få fat på, hvilket har meget negative konsekvenser for borgeren.

FOA anbefaler derfor, at der ses mere generelt på lovgivningen vedr. samtykke for varigt inhabile, så det fremover bliver sådan, at mindre undersøgelser og behandlinger ikke ses som særskilte ydelser, men som en del af den samlede ydelse, man modtager i ældreplejen. Så der ikke skal gives samtykke for fx temperaturmåling og tryksårsforebyggelse, men at det derimod ses som en del af behandlingen og plejen på plejehjemmet eller i hjemmeplejen. Dette vil følge den måde, som loven i dag tolkes på sygehuse, hvor man fx giver samtykke til at indlægge for lungebetændelse, men ikke derefter skal give samtykke til hver enkelt mindre undersøgelse af fx blodtryk.

## **Tidsramme bør gælde i mindst ét år**

FOA mener, at en tidsramme på 9 måneder er meget kort. Det er ressourcekrævende for både pårørende og medarbejdere at indhente et samtykke, fordi alle eventuelle virkninger og bivirkninger skal gennemgås, og fordi samtykket skal afgives skriftligt. Mange pårørende og medarbejdere vil opleve det som fuldstændig unødigt tidsforbrug at skulle genbekræfte samtykket så ofte. Derfor ser vi ingen grund til, at det ikke er muligt at lave et generelt samtykke, der varer i længere tid end 9 måneder, så længe der fortsat er en mulighed i lovgivningen for at lave et samtykke for en kortere periode.

## **Et samtykke skal gælde på tværs**

Ifølge bekendtgørelsens § 10 er et generelt informeret samtykke kun gældende for mindre behandlinger, der foretages på det behandlingssted, hvor samtykket er indhentet. Som FOA læser dette, vil det betyde, at et generelt informeret samtykke indhentet på et plejehjem ikke gælder, når borgeren kommer ned til sin egen læge – eller omvendt. Betyder det, at der vil skulle indhentes generelt informeret samtykke begge steder? Dette virker unødigt bureaukratisk og kommer bestemt ikke til at give borgeren en oplevelse af sammenhæng på tværs. Det er væsentligt, at reglerne er så simple som muligt, og det kan være meget forvirrende for både pårørende og medarbejdere, hvis det generelle

samtykke for fx behandling mod høfeber gælder på plejehjemmet, men ikke når borgeren sidder ved lægen. Derudover er det uklart for os, om det generelle samtykke indhentet på plejehjemmet vil gælde, når plejehjems-lægen er på besøg på plejehjemmet, men omvendt ikke vil gælde, hvis borgeren tager ned i almen praksis? FOA anbefaler i stedet, at et samtykke indhentet ét sted også vil gøre sig gældende andre steder, hvor det generelle samtykke kan være gældende.

### **Kvalificering af listerne i bilag 1**

FOA stiller spørgsmålstejn ved, om listerne til sidst er kvalificeret tilstrækkeligt. Vi har ikke set listerne før ved denne høring, da de er lavet meget om i forhold til forrige runde. Bl.a. kan vi se, at øjenbetændelse ikke fremgår af listen, selvom det er en af de behandlinger, som medarbejderne hyppigst indhenter samtykke til. FOA anbefaler derfor, at dette tilføjes på liste B, samt at der sker en yderligere kvalificering af listerne.

### **Løbende opdateringer af listerne i bilag 1**

Valget med at udarbejde lister indebærer nogle generelle udfordringer. Dels kan der være behov for løbende redigering, dels er det vanskeligt at præcisere opgaverne tilstrækkeligt "bag et skrivebord". Man kan således løbe ind i, at fx "kontinenspleje" tolkes forskelligt lokalt. FOA anbefaler derfor, at der udarbejdes en plan for, hvordan listerne løbende kan opdateres, så de giver mening i praksis. Særligt i begyndelsen er det nødvendigt med løbende evalueringer af, hvordan de fungerer i praksis, så listerne kan justeres til og præciseres.

### **Bred definition af sundhedspersoner**

Det er væsentligt for borgeren og de pårørende, at det er den person, der kender borgeren bedst, som indhenter samtykke. Det skal være en person, som borgeren og de pårørende har tillid til, og som de kan tale ligeværdigt med. Derfor er det meget positivt, at definitionen af sundhedspersoner indebærer, at også de medarbejdere i ældreplejen, som kender borgeren bedst, kan indhente samtykke.

### **Praksisnær vejledning**

Der er flere uklarheder i bekendtgørelsen, og det er derfor meget vigtigt, at der kommer en tilhørende vejledning, som kan give mening i en praktisk virkelighed, og som kan virke afklarende i forhold til tvivlsspørgsmålene i bekendtgørelsen. Hvis først medarbejderne bliver i tvivl om lovgivningen, kan det gå ud over både patientsikkerhed og kvalitet.