

ETIKK

Hva kan rettferdiggjøre tvangstiltak?

Ubehandlet urinretensjon kan i verste fall føre til døden. Hvordan bør sykepleieren forholde seg hvis pasienten nekter å få lagt inn kateter?

Berit Hofset Larsen

Forsker og stipendiat

Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus

Akuttsykepleie

Etikk

Sykepleierolle

Tvang

Sykepleien 2022;110(90856):e-90856

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.90856](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90856)

Hovedbudskap

Urinretensjon vil alltid kreve medisinsk hjelp. Ubehandlet kan tilstanden føre til infeksjon eller skade på urinveiene og nyrene, og i verste fall døden. Et akutt tiltak er å anlegge urinkateter for å avlaste. Noen pasienter med kognitiv svikt motsetter seg imidlertid dette. Hvordan bør sykepleieren forholde seg da? Jeg diskuterer hva som kan rettferdiggjøre tvangstiltak, når det er etisk akseptabelt, eventuelt påkrevd, å benytte tvang, og hvilken rolle vi har som sykepleiere i en slik situasjon.

For en stund siden var jeg på en fagkveld for sykepleiere ved en urologisk avdeling. Temaet var hvordan de kunne løse etiske utfordringer i arbeidshverdagen. Jeg ba dem fortelle om dilemmaer de ofte opplever, eller som de synes er spesielt vanskelige.

En problemstilling som gikk igjen, var hvordan man bør forholde seg til pasienter som motsetter seg tiltak som medisinsk sett er helt nødvendige. Et typisk eksempel er pasienter med kognitiv svikt som følge av demens eller en forvirringstilstand, og som kommer inn med urinretensjon, altså mangelfull tømning av urinblæren.

Pasienten kan motsette seg kateter

Urinretensjon vil alltid kreve medisinsk hjelp – noen ganger sykehusinnleggelse for behandling, symptomlindring og påvisning av underliggende årsak. Den akutte behandlingen vil være å legge inn et urinkateter for å avlaste. Ved forsøk på dette hender det at pasienten blir sint og/eller nekter.

Dersom man ikke legger inn urinkateter, får pasienten til slutt overfylt blære – noe som kan få alvorlige følger hvis det går for lang tid. Ubehandlet kan tilstanden føre til infeksjon eller skade på urinveiene og nyrene, og i verste fall ende med døden.

Legen er den som har ansvaret for medisinske beslutninger, men i praksis er det ofte sykepleieren som utfører behandlingstiltak. Innleggelse av urinkateter er en kompleks prosedyre som krever samarbeid med pasienten. Når pasienten motsetter seg å få satt inn kateter, må vedkommende holdes, kanskje av flere personer, for å få det til. Noen av sykepleierne fortalte at dette er svært ubehagelig for dem, at det føles som et overtramp.

«Man krysser pasientens intimgrenser og ‘urørlighetssone’ – og det med makt.»

Hvordan det oppleves for pasienten, kan vi bare forestille oss. Det er rimelig å tro at mange pasienter synes det er både skremmende og krenkende, særlig hvis de ikke forstår hensikten med at noen skal trekke ned buksene på dem og berøre et område som for de fleste oppleves som veldig intimt og privat.

Man krysser pasientens intimgrenser og «urørlighetssone» (1) – og det med makt. Enkelte pasienter kan ha vært utsatt for overgrep eller opplevd andre traumer, noe som åpenbart vil forsterke den negative følelsen. Sykepleierne var usikre på når man kan forsvare slik tvangsbruk.

Hva er til det beste for pasienten?

Sykepleiere skal handle til pasientens beste (2, kap. 2). Men hva vil være pasientens beste i en slik situasjon som er skissert ovenfor? Å legge inn urinkateter kan være velgjørende fordi det kan hindre alvorlig sykdom og skade – kanskje til og med død. Men det kan også skade.

Som regel vil det ikke påføre pasienten alvorlig fysisk skade, men det kan skade ved å krenke og skape utrygghet. For noen kan det reaktivere tidligere traumer og skade tilliten til helsepersonell. Når konsekvensene av ikke å legge inn kateter er så alvorlige, vil det som oftest kunne rettferdiggjøres å legge inn kateter fordi behovet for nødvendig helsehjelp vil veie tyngst.

Pasienten har rett til medbestemmelse

Hva så med pasientens rett til medbestemmelse? Behandling kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke (3, §4-1). Å gi behandling som pasienten motsetter seg, defineres som tvang. Det finnes situasjoner hvor dette kan rettferdiggjøres fordi det ut fra en helhetsvurdering fremstår som det klart beste alternativet for pasienten.

«Å gi behandling som pasienten motsetter seg, defineres som tvang.»

Ved vanlig somatisk helsehjelp kan man bare utøve tvang dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, og de øvrige vilkårene for tvang er oppfylt (3, kap. 4A).

Ved demens eller forvirring er det ikke gitt at pasienten mangler samtykkekompetanse – det må gjøres en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. I en øyeblikkelig hjelp-situasjon, derimot, hvor det står om livet eller er fare for alvorlig helsetap, har helsepersonell ikke bare en rett, men en plikt til å utføre nødvendige tiltak, selv når en samtykkekompetent motsetter seg helsehjelpen (4, §7).

Faglig forsvarlig helsehjelp er også sykepleierens ansvar

Hvorfor skal vi diskutere dette i et sykepleierforum når det er legen som bestemmer hvilke medisinske tiltak som er nødvendige? Det er det flere grunner til.

For det første har alt helsepersonell, også sykepleiere, et selvstendig ansvar for at helsehjelpen som utføres, er faglig forsvarlig og omsorgsfull (4, §4). Overgrepene som skjedde mot krigsfanger under andre verdenskrig, har lært oss hvor galt det kan gå hvis helsepersonell blindt utfører ordre uten å korrigeres av egne moralske kompass og etiske retningslinjer.

«I dag kan tvang normalt bare utøves når det er til det beste for den aktuelle pasienten.»

Formålet med noen av de medisinske eksperimentene den gangen var også i utgangspunktet god: De skulle bidra til medisinsk kunnskap til nytte for fellesskapet, men ble en tragedie for enkeltindivider. I dag kan tvang normalt bare utøves når det er til det beste for den aktuelle pasienten.

Sykepleieren kan ha annen informasjon enn legen

For det andre kan det være at sykepleieren innehar informasjon om pasienten som er relevant for beslutningen, for eksempel grad av utrygghet og motstand hos pasienten. Denne informasjonen kan det være viktig å kommunisere til legen, slik at beslutninger tas på et best mulig grunnlag.

For det tredje er det ikke bare spørsmålet om hvorvidt et kateter bør legges inn, som er etisk relevant. Viktige spørsmål er også når og hvordan det bør skje, hva som er den rette tiden og den rette måten.

Sykepleieren kan for eksempel spørre hvor mye det haster å få lagt inn kateter. Må det skje med én gang, eller kan man tillate seg å bruke litt tid på tillitsskapende tiltak? Kan man vente på at noen som pasienten kjenner og har tillit til, kan komme for å være en støtte gjennom prosedyren?

Det å gi tilpasset informasjon og unngå å holde pasienten på en unødvendig hard måte kan også ha stor betydning for pasientens opplevelse. Slike tiltak kan bidra til å redusere de skadelige effektene av tvangen.

Tvangsbruk må diskuteres i teamet

En fjerde grunn til å diskutere tvangsbruk blant sykepleiere er at det kan redusere moralsk stress. I utgangspunktet er det en god ting at det er ubehagelig for oss å gjøre noe mot pasienter som strider imot viljen deres. Vårt moralske kompass kan beskytte mot å begå overgrep. Det kan imidlertid bli problematisk dersom ubehaget hindrer oss i å gjøre nødvendige medisinske tiltak.

«Vårt moralske kompass kan beskytte mot å begå overgrep.»

Diskusjoner i det tverrfaglige teamet om både faglige og etiske aspekter kan gi større trygghet i vanskelige beslutninger og redusere belastningen for helsepersonell. Tvang vil imidlertid alltid ha potensial for å skade. Derfor bør tvang utøves i så liten grad som mulig, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår fast at «[s]ykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang» (2, kap. 2.8).

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



HELHETSVURDERING: Det finnes situasjoner hvor tvang kan rettferdiggjøres fordi det fremstår som det beste alternativet for pasienten. Men tvang bør utøves i så liten grad som mulig, så kortvarig som mulig og så skånsomt som mulig. *Illustrasjon: Monica Hilsen*

1. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
2. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 02.12.2022).
3. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 02.12.2022).
4. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 02.12.2022).