
Dialyse i belter – etisk forsvarlig behandling eller overgrep?

MEDISINSK ETIKK

WILLY AASEBØ

wiaa@ahus.no

Willy Aasebø (f. 1955) er overlege og avdelingsleder ved Nefrologisk avdeling, Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CARL ERIK HALVORSEN

Carl Erik Halvorsen (f. 1953) er overlege ved Nefrologisk avdeling, Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SVEIN STAFF

Svein Staff (f. 1955) er overlege ved Psykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bruk av tvang i form av beltelegging er en alvorlig frihetsberøvelse og autonomikrenkelse. I denne kasuistikken forteller vi om en pasient som ble beltelagt for å få gjennomført livsnødvendig dialyse.

Hvor langt kan man gå for å hjelpe en alvorlig syk pasient som motsetter seg behandling? Problemstillingen reiste vanskelige juridiske og etiske spørsmål.

Pasienten var en kvinne i 40-årene med en meget kompleks sykehistorie, både sosialt, somatisk og psykiatrisk. Hun hadde opplevd mange psykiske traumer både i oppvekst og som voksen. I årene før vi ble kjent med henne, hadde hun hatt flere innleggelser og polikliniske behandlingsserier. Fra tidligere hadde hun fått diagnosene emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og unnvikende og avhengig personlighetsforstyrrelse. Hun var blitt forsøkt behandlet med mange ulike psykofarmaka.

Det som var mest synlig for oss i somatisk avdeling, var voldsomme og utagerende anfall. Under disse anfallene var det ikke mulig å få kontakt med henne. Hun kunne slå rundt seg, rive i klær og personer, rope og snakke med barnslig stemme og diksjon. Som oftest hadde hun helt eller delvis amnesi for anfallene.

Den aktuelle historien startet for flere år siden da pasienten fikk akutt nyresvikt, og man måtte starte med dialyse. Peritoneal dialyse ble forsøkt, men på grunn av smerter ble det endret til hemodialyse. Pasienten ble også utredet for nyretransplantasjon.

Tvangsbehandling

I en periode gikk hemodialysebehandlingene bra med fire timers dialyse tre ganger ukentlig, og det ble anlagt arteriovenøs fistel i en underarm. Pasienten gikk gjennom vårt treningsprogram for å bli mest mulig selvhjulpen. Etter kort tid kunne hun selv stikke nåler i fistelen, og i en periode kunne hun gjøre hele dialysebehandlingen selv i vår avdeling. I denne perioden hadde hun noen få, men meget dramatiske, anfall.

Etter en tid ble hun stadig mer urolig i forbindelse med dialyse. Vi så oss nødt til å ta henne ut av selvdialyseavdelingen og over i den ordinære avdelingen der sykepleier setter opp maskinen, stiller inn behandlingsprogrammet og kobler på og av. Etter hvert fikk hun kraftige anfall, oftest mot slutten av dialysebehandlingene, hvor behandlingen måtte avbrytes. Resultatet var at dialysen ikke ble optimalt gjennomført.

Så fulgte en periode med dialyser av 2–3 timers varighet. Enkelte ganger møtte hun ikke frem til behandling. Anfallene kom oftere og tidligere etter dialysestart. I tillegg til ovennevnte anfallsbeskrivelse forsøkte hun å rive ut dialysenålene under pågående behandling. Blodstrømmen i fistelen var målt til ca. 900 ml/min. En ukontrollert fjerning av nålene kunne ført til livstruende blødning. Tidvis var det behov for at hun ble holdt fast i armer og ben, med opptil 4–5 personer til stede, for å unngå alvorlige komplikasjoner. Dessverre kunne disse hendelsene fremstå som rene basketak. Relativt store doser psykofarmaka, bl.a. diazepam intravenøst, ble forsøkt. Denne perioden var til stor fysisk og psykisk belastning både for pasienten, familien og personalet. Selv om hun ble behandlet på enerom var det ikke mulig å unngå at også medpasientene følte ubehaget.

På grunn av dårlig dialysekvalitet utviklet pasienten uremiske symptomer og metabolske forstyrrelser med betydelig acidose, hyperfosfatemi og hyperkalemi. Etter hvert var det ikke mulig å dialysere mer enn 5–10 minutter før dialysen måtte avbrytes. I forbindelse med et svært kraftig anfall ble hun vurdert som mulig psykotisk, med fare for selvskading. Hun ble innlagt til tvungen observasjon i henhold til psykisk helsevernlov kapittel 3, § 3–2. Innleggende lege la vekt på at det ikke lot seg gjøre å diskutere frivillig innleggelse på dette tidspunkt med pasienten. Hun ble utskrevet påfølgende dag fordi det ikke var holdepunkter for alvorlig sinnslidelse, med diagnosene alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dagen etter utskrivning kom hun til dialyse, men nektet å starte behandlingen. Hun ble innlagt på nytt i psykiatrisk avdeling, denne gang frivillig etter § 2–1 i psykisk helsevernlov.

På dette tidspunkt vurderte vi hennes uremi som så alvorlig at hun var i umiddelbar livsfare. For å kunne gjennomføre livsnødvendig dialysebehandling bestemte vi oss for å fatte tvangsvedtak etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A. Den endelige avgjørelsen ble tatt av behandlende nefrolog etter diskusjon med psykiatrisk avdeling og sykehusjurist. Personell, inkludert lege fra psykiatrisk avdeling, fordi hun var innlagt der, deltok ved belteleggingen.

I løpet av tiden med belter endret pasientens atferd seg. Også i den første tiden med beltelegging var hun som oftest rolig når hun var beltelagt, og forble rolig selv om hun «kjente at et anfall var nær forestående». Medikamentell tilleggsbehandling, som var forsøkt tidligere, var ikke nødvendig. Etter hvert ga hun uttrykk for at hun ønsket beltelegging fordi hun følte seg trygg og ikke fikk anfall.

Etter at belteleggingen ble avsluttet gikk dialysene bra inntil pasienten ble transplantert etter ca. 6–12 måneder. I dag har pasienten et godt fungerende transplantat. Hun husker en del av tvangsbehandlingene, men langt fra alt som foregikk. I det daglige tenker hun lite på det, og da ikke med frykt og uvilje. Selv om de psykiske plagene fremdeles er til stor plage for henne i perioder, bor hun nå for seg selv i egen leilighet. Hun tar sine medisiner, kommer til kontroller og lever et vanlig liv.

Diskusjon

Denne kasuistikken beskriver en situasjon med omfattende bruk av tvang mot en pasient. Oppsummert har vi holdt og beltelagt henne, stukket to grove nåler inn i armen og tappet ut blod. Belteleggingen ble gjort tre ganger i uken og varte i fire timer. Tvangsbehandlingen gikk over tre måneder, i alt 36 dialyser ble gjennomført i belter. Det var altså en særdeles dramatisk og frihetsberøvende inngripen i et menneskes autonomi, men uten dette ville pasienten ha dødd i løpet av 7–12 dager.

Menneskerettighetene

Menneskerettighetene tar utgangspunkt i å verne om enkeltmenneskets iboende verdighet, uavhengig av bl.a. psykisk helse. I Norge er menneskerettighetene i form av den europeiske menneskerettighetskonvensjonen blitt implementert i lov og grunnlov. Her fremkommer det at ingen må utsettes for tortur eller grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff [\(1\)](#). Dette er et gjennomgripende og ufravikelig prinsipp.

I den rapporterte kasuistikken kan vi ha utsatt et medmenneske for grusom, noen vil si umenneskelig og kanskje nedverdiggende, behandling. Menneskerettighetskonvensjonen åpner ikke for unntak som følge av gode intensjoner, og det er et tankekors når vi hevder at målet rettferdiggjør midlet i dette tilfellet. I lovverket finnes imidlertid bestemmelser som muliggjør tvangsbruk.

Informert samtykke og unntaksbestemmelser

Det rettslige utgangspunktet og den alminnelige hovedregelen for all helsehjelp er at det foreligger informert samtykke. Det er anledning til å fravike fra dette dersom det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag. I dette tilfellet er det to unntak

som er aktuelle, nødrettsbestemmelsen i helsepersonelloven kapittel 2, § 7 (2), og bestemmelsen om behandling av pasient uten samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, § 4–3, og kapittel 4A, § 4A-3 (3).

Helsepersonelloven § 7 gir helsepersonell en plikt til å gi behandling når helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Alvorlig uremi kan være direkte livstruende. Da tvangstiltaket begynte, oppfattet vi pasientens tilstand som så alvorlig at det var nødvendig å gjennomføre dialyse i løpet av meget kort tid. På dette tidspunkt nektet hun å starte med dialysebehandling, og vi mente at vilkårene for å bruke nødrettsbestemmelsen i helsepersonelloven § 7 var oppfylt. En stabil dialysepasient, som gjennomfører dialyser regelmessig, vil kunne leve anslagsvis 7–12 dager uten dialyse (lengre dersom det er restfunksjon i nyrene). Etter relativt kort tid med regelmessige dialysebehandlinger, når pasienten var stabil, er det tvilsomt om vilkårene i nødrettsbestemmelsen (helsepersonelloven § 7) var oppfylt.

I forbindelse med anfallene var pasienten ikke i stand til å ta noen form for avgjørelser eller vurderinger. Da var hun ikke i stand til å forstå hva samtykket omfattet. Da vil vilkåret, manglende samtykkekompetanse, for bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, § 4–3, være oppfylt (3). Imidlertid var pasienten samtykkekompetent når hun ikke hadde sine anfall. Da var hun klar over nødvendigheten av dialyse. Det kan diskuteres om tvangsvedtak virkelig var nødvendig, eller om hun egentlig aksepterte belteleggingen som en del av dialysebehandlingen. På den annen side må en pasient ha rett til å ombestemme seg før, og i løpet av, en behandling, og dette må da respekteres av behandler. Vi mente derfor at tvangsvedtak var nødvendig. Imidlertid krever pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, § 4A-3, også at følgende vilkår skal være oppfylt: Unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. Dialyse, for å rense blodet og fjerne overskudd av væske, var helt nødvendig for å redde liv. Da vil alle de tre ovennevnte vilkårene være oppfylt.

Klinisk etikkomité

I diskusjonen med klinisk etikkomité, som kom en tid etter at tvangsbehandlingene var startet og hvor pasienten selv deltok, kom det frem at pasienten, utenom anfallene, ikke nektet dialyse, men tvert om ba om dialyse. Hun sa at hun forsto at hun trengte tvangstiltak for å starte opp dialysen. «Når pasienten får sine anfall, er hun ikke lenger samtykkekompetent, og behandlere trenger et tvangsvedtak som rettslig grunnlag for å gjennomføre behandlingen» (sitat fra rapport til klinisk etikkomité).

Flere andre etiske problemer er blitt diskutert, bl.a. med klinisk etikkomité som har følgende disposisjon: respekt for autonomi, ikke skade, gjøre vel, være rettferdig.

Respekt for autonomi: Pasienten ønsket behandling. Etter få behandlinger ga hun uttrykk for at beltene ga en grad av trygghet og gjorde ingen eller lite motstand. Krenkelsen av autonomi var mindre fordi pasienten selv ba om tvangsbehandling både før og etter dialyse, altså da hun var samtykkekompetent.

Ikke skade: Dialyse, for å rense blodet og fjerne overskudd av vann, var nødvendig for at hun skulle fortsette å leve. Et tilleggsargument er at for denne pasienten kunne transplantasjon være mulig på et senere tidspunkt, noe som kunne føre til at hun kunne leve et vanlig liv, uten dialyse.

Gjøre vel: Dialyse var livsnødvendig, men videre tvangsbehandling vil ikke kunne hjelpe pasienten med hennes psykiske helsetilstand. Et alternativ til beltelegging, kraftig medisiner, f.eks. å få henne til å sove under dialysene, vil medføre redusert livskvalitet på dager mellom dialysene og være risikofylt over tid.

Være rettferdig: Vi brukte store ressurser på behandlingene. Det oppfattes som rettferdig bruk av ressurser å redde liv, men det kan diskuteres om det kan forsvares at en pasient legger beslag på ressurser som andre kunne nyttiggjort seg i en situasjon med begrensede ressurser.

Betydelig ressurskrevende

Forutsetningen for å kunne gjennomføre flere måneders tvangsbehandling var et tverrfaglig samarbeid mellom alle involverte faggrupper fra dialyseavdelingen og psykiatrisk avdeling.

Vi la vekt på kontinuitet, med personer pasienten kjente både fra psykiatrisk avdeling og fra dialyseenheten. Pasienten fikk dialyse på enerom, men full diskresjon var allikevel vanskelig, fordi hun måtte transporteres gjennom sykehuset og avdelingen til og fra behandlingen. Familien ble konsultert i forkant og underveis i behandlingen og var til støtte i beslutningen om bruk av tvang. Det er ingen tvil om at behandlingene var til betydelig belastning for alle involverte, noe som er naturlig og forståelig i en slik situasjon.

Utredning for nyretransplantasjon er omfattende og var både psykisk og fysisk krevende for pasienten. Det vanskeligste hinderet var hennes psykiske tilstand. I avgjørelsen måtte det legges vekt på at alternativet til transplantasjon ville være livsvarig dialyse. I vurderingen av psykiske egnethet for transplantasjon er det viktig at pasienten foruten å tåle selve inngrepet, forstår konsekvensen inngrepet har for dagliglivet, klarer de hyppige kontrollene i den første tiden, med den spenning som dette medfører, og tåler det ubehaget som den immunsuppressive behandlingen vil kunne medføre. Videre må pasienten være i stand til å ta de immundempende medisinerne riktig og regelmessig. I forbindelse med dialysetiden kontrollerte vi så godt vi kunne at hun tok medisinerne sine.

Lite kunnskap om tvangsbruk

Det er få studier om opplevelse av tvangsbruk. I en undersøkelse av pasienters opplevelse av tvang i psykiatrien fremkommer det at mange pasienter opplever tvang som manglende innflytelse, kontroll, frihet og valgmuligheter (4, 5).

Den sterkeste graden av tvang oppleves av dem som blir utsatt for fysisk maktbruk, men også pasienter som er frivillig innlagt i psykiatriske avdelinger, kan føle at de opplever tvang (4, 5).

Tvang kan også oppleves som positivt. Pasienter har gitt uttrykk for at tvang kan oppleves som at andre bryr seg om dem. Det kan også være godt å slippe å ta avgjørelser (5). For vår pasient syntes beltelegging å gi en grad av trygghet og forutsigbarhet. En slik dramatisk behandling kan gi håp hos pasienten ved at hun opplever seg verdt å slåss for. Lignende tanker er i litteraturen blitt omtalt som «tvang som lindrer og beskytter» (5).

Vi håper at vår pasient fikk inntrykk av at vi slåss *for* henne og ikke *mot* henne, og at vi i så måte ga både forsvarlig og omsorgsfull behandling.

LITTERATUR

1. Justis- og beredskapsdepartementet. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven). LOV-2014-05-09-14. Vedlegg 2, del II, art. 3. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30> (28.11.2017).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-2017-06-21-90. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-2017-06-21-90. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>(28.11.2017).
3. Helse og omsorgsdepartementet. . Helse og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-2017-06-02-34. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> (28.11.2017).
4. Ivar Iversen K, Høyer G, Sexton H et al. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. Nord J Psychiatry 2002; 56: 433 - 9. [PubMed] [CrossRef]
5. Lorem GF, Steffensen M, Frafjord J et al. Omsorg under tvang – en narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2014; 11: 115 - 24.

Publisert: 8. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0791

Mottatt 14.9.2017, første revisjon innsendt 7.11.2017, godkjent 28.11.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. september 2026.