

ETIKK

Ulike kulturer har forskjellige etiske utfordringer

Respekt for andre kulturers verdier og normer kan hjelpe oss med å håndtere etiske dilemmaer.

Berit Hofset Larsen

Forsker

Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

[Behandling](#)

[Etikk](#)

[Internasjonalt samarbeid](#)

[Kultur](#)

[Brukermedvirkning](#)

Sykepleien 2024;112(94224):e-94224

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.94224](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.94224)

Hovedbudskap

Etiske utfordringer i klinisk praksis kan ikke forstås og håndteres utenfor konteksten de oppstår i. I denne artikkelen illustrerer jeg dette gjennom en kasuistikk om en kvinne som nektet dialysebehandling, som ble diskutert på et kurs i klinisk etikk i Tanzania nylig.

Jeg har akkurat kommet tilbake fra en ukes opphold i Tanzania i forbindelse med et samarbeids- og utvekslingsprosjekt mellom universitetene i Oslo, Dar-es-Salaam og Rwanda. Som et ledd i dette prosjektet arrangerte vi et kurs i klinisk etikk ved Mbeya Zonal Referral Hospital i Tanzania. Kurset ble holdt for helsepersonell og representanter fra utdanningsinstitusjonene og helseministeriet.

Tanzania har forskningsetiske komiteer og disiplinære komiteer med myndighet til å sanksjonere helsepersonell når de trår feil. De har imidlertid ingen strukturer som kan støtte helsepersonellet i hvordan de kan håndtere etiske utfordringer de møter i sin kliniske hverdag, slik vi har i Norge med kliniske etikk-komiteer og etikkrefleksjonsgrupper.

Bakgrunnen for prosjektet er at sentrale personer i Tanzania ønsker å etablere slike strukturer og gi helsepersonell økt kompetanse i hvordan de kan anvende kunnskap om etikk i sin kliniske praksis.

Vi diskuterte verdier i våre ulike kulturer

Innledningsvis på kurset delte vi sentrale verdier og tabuer i vår egen kultur med hverandre. Noen av verdiene som ble trukket frem som viktige i Norge, var selvbestemmelse, likeverd, rettferdighet, tillit og ærlighet, mens religiøs tro ble nevnt som et tabu.

Deltakerne fra Tanzania fremhevet verdier og normer som å ha respekt for de eldre og besøke de syke samt fellesskap, samarbeid og rett til å tilbe. Slike verdier reflekteres i det som kalles Ubuntu-etikk (1), som har stor innflytelse sør for Sahara. Ubuntu betyr «menneskelighet for andre».

Videre hadde vi undervisning om sentrale temaer som etikk ved livets slutt, abort – som er forbudt i Tanzania, prioritering, kommunikasjon, pasientautonomi og bruk av tvang. Vi underviste også om metoder for hvordan man kan håndtere etiske utfordringer, for eksempel SME-modellen. SME-modellen er en struktur for etisk analyse som brukes mye i Norge (2).

Norge kan lære av kasuistikk fra Tanzania

Våre tanzanianske kolleger hadde utarbeidet kasuistikker sammen med lokalt helsepersonell, for at det skulle være problemstillinger som var relevante for deres kontekst. Det ble satt av mye tid til å diskutere disse kasuistikkene.

Forhold ved den tanzanianske konteksten tilførte noen ekstra dimensjoner. Min første tanke var at mange av dem ville vært like aktuelle i en norsk sammenheng. Men da vi diskuterte dem mer inngående, oppdaget jeg at det var forhold ved den tanzanianske konteksten som tilførte noen ekstra dimensjoner. La meg illustrere dette med følgende case vi brukte på kurset:

En 35 år gammel kvinne har nyresvikt og trenger dialyse. La oss kalle henne «Mariam». Mariam nekter å motta dialyse fordi hun frykter behandlingen og synes den er invaderende. Hun har blitt informert om hva behandlingen innebærer – og at ingen alternativer i praksis vil være til nytte for henne. Mariam er vurdert å være samtykkekompetent. Hun forstår at dersom hun nekter dialyse, vil hun dø. Mariam har en datter på 15 år som bor hjemme. Du opplever sterkt at Mariam bør få dialyse, men til tross for mange forsøk på å overtale henne, nekter hun fortsatt. Vil du behandle henne?

Diskusjon om dialysebehandling fikk frem ulike aspekter

Kasuistikken ble drøftet i lys av hvilke etiske prinsipper og verdier som sto på spill, og hvilke ulike syn og interesser de berørte partene hadde. I diskusjonen som fulgte, ble det trukket frem argumenter både for og imot å behandle Mariam.

Det viktigste argumentet for å gi dialyse var prinsippet om å gjøre godt: at dialyse vil forlenge livet hennes, trolig med mange år. Mariam er fortsatt ung og kan ha et langt og godt liv foran seg. Som mor har hun også et ansvar for datteren sin, som fortsatt bor hjemme og er avhengig av henne.

Det ble trukket frem argumenter både for og imot å behandle Mariam.

Også i Norge vil det være et stort tap å miste moren sin i en alder av 15 år. I Tanzania forsterkes et slikt tap av at det er moren i familien som tradisjonelt ivaretar barnas behov for omsorg, og at samfunnet ikke har de samme mekanismene for beskyttelse av barn. Ifølge tanzaniansk lov har barn rett til helse, ernæring, utdanning, familieliv, fritid, en tilstrekkelig levestandard og beskyttelse mot overgrep og skade.

Likevel er barn og unge, særlig jenter, utsatt for vold og misbruk. Dette forsterkes av at tidlig ekteskap før fylte 18 år fortsatt er vanlig, og av at rettssystemet er lite barnevennlig (3). Mariams datter vil altså være svært avhengig av omsorg fra øvrige omsorgspersoner dersom moren dør.

Vi fikk innblikk i argumenter fra et tanzaniansk ståsted

Det viktigste argumentet mot å gi Miriam dialysebehandling var respekt for hennes autonomi. Hun var vurdert som samtykkekompetent og var innforstått med at hun ville dø uten behandling. Man mente også at en dialysebehandling hun selv beskrev som invaderende, ville være svært belastende for henne.

Samtidig var flere bekymret for om det virkelig var et veloverveid valg fra Mariams side, særlig fordi konsekvensene var så alvorlige for henne og datteren hennes.

Hva var bakgrunnen for at hun nektet dialyse utover det at hun fryktet behandlingen, og hva var det egentlig hun fryktet? Var hun godt nok informert om prosedyren? Kunne hun få hjelp av noen i det tverrfaglige teamet til å håndtere sin frykt? Var hennes ønske konsistent over tid? Var det religiøse overbevisninger som ga opphav til Mariams skepsis? Skulle man i tilfelle avfeie dem som irrasjonelle?

Tro er svært viktig for mange i Tanzania og dermed nært knyttet til verdi- og livsvalg. Tro er svært viktig for mange i Tanzania og dermed nært knyttet til verdi- og livsvalg. De fleste er kristne eller muslimer. Mange holder i tillegg fast ved aspekter fra tradisjonelle afrikanske religioner som bygger på en annen type rasjonalitet enn de biomedisinske årsaksforklaringene som preger skolemedisinen. Religiøse ledere har stor innflytelse i Tanzania. Kunne man være sikker på at Mariam ikke var utsatt for press?

Et annet moment i diskusjonen var at dialysebehandling kan være svært kostbart. Helsehjelp er i prinsippet gratis, men man må selv koste transport, opphold, mat med mer. Medlemskap i den statlige helseforsikringen er obligatorisk for alle som er ansatt i offentlig sektor.

For andre er dette frivillig (4) og ikke noe alle kan ta seg råd til. Var økonomiske bekymringer medvirkende til Mariams beslutning? Var hun i tilfelle klar over at hun kunne få bistand fra sykehusets sosialarbeidere til å finne løsninger?

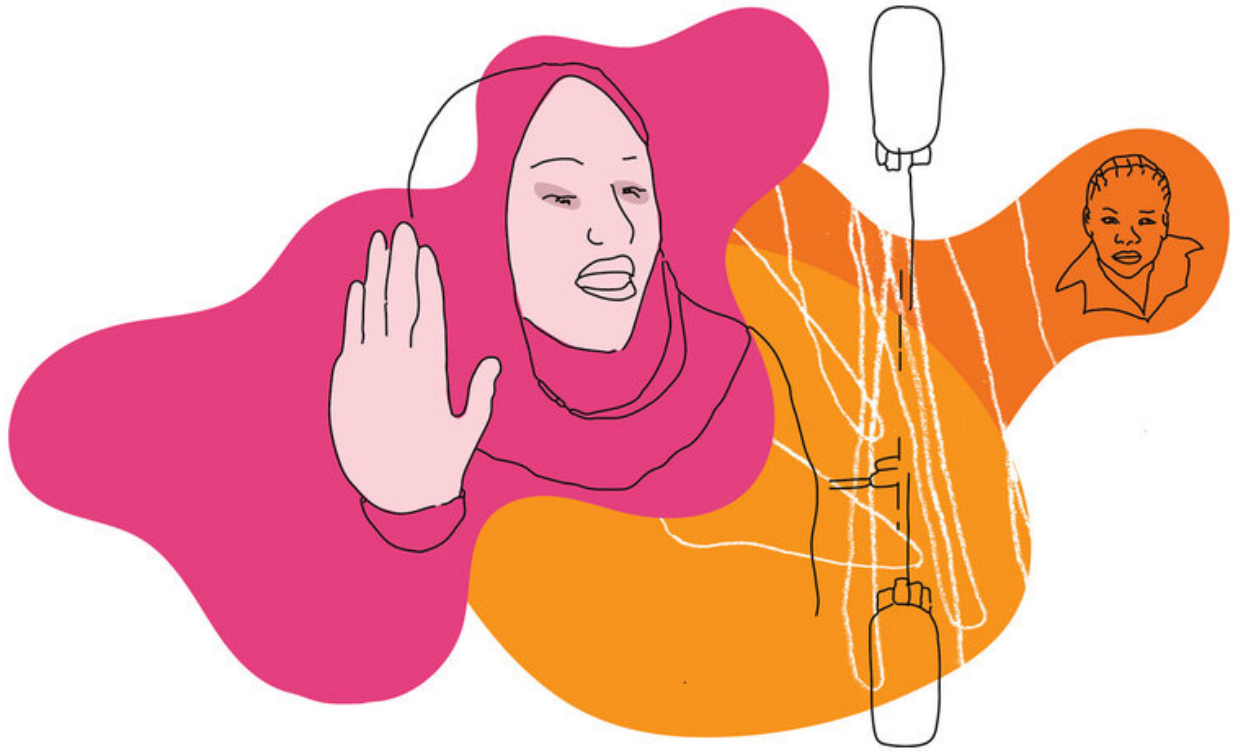
Forståelse for ulike kulturelle verdier er viktig hjemme også

Deltakerne landet ikke på noen entydig konklusjon. De fleste helte imidlertid mot å respektere Mariams ønske – forutsatt at man hadde brukt tilstrekkelig tid på å utforske bakgrunnen for hennes nektelse, og sikret at hun hadde fått tilstrekkelig informasjon.

Vi kom ikke inn på de juridiske aspektene. I Norge har samtykkekompetente pasienter som hovedregel rett til å nekte behandling med mindre det er en akutt livstruende situasjon.

Forståelse for kulturelle og kontekstuelle forskjeller er selvsagt avgjørende når man opererer i et annet land. Det er også viktig på hjemmebane, da pasienter i Norge kommer fra alle verdens hjørner og har med seg ulike verdier og måter å forstå verden på.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



KASUISTIKK: På et kurs i klinisk etikk i Tanzania diskuterte vi en kvinne som nekter dialysebehandling. Mange av de tanzanianske problemstillingene ville også vært aktuelle i en norsk sammenheng. *Illustrasjon: Monica Hilsen*

1. Metz T. African and Western moral theories in a bioethical context. *Developing World Bioethics*. 2010;10(1):49–58. DOI: [10.1111/j.1471-8847.2009.00273.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2009.00273.x)
2. Lillemoen L, Gjerberg E, Nortvedt P. Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I: Magelssen IM, Førde R, Lillemoen L, Pedersen R, red. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020. s. 221–32.
3. Unicef, United Republic of Tanzania (URoT). Child protection. Unicef, URoT; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.unicef.org/tanzania/what-we-do/child-protection> (nedlastet 11.12.2023).
4. Kitole FA, Lihawa RM, Mkuna E. Equity in the public social healthcare protection in Tanzania: does it matter on household healthcare financing? *Int J Equity Health*. 2023;22(1):50. DOI:[10.1186/s12939-023-01855-0](https://doi.org/10.1186/s12939-023-01855-0)