

Sykepleien

ETIKK

Sykepleiere må veie hjelpeplikten mot egen risiko

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp, også i kriser og farlige situasjoner. Samtidig må helsepersonell passe på sin egen sikkerhet og få god nok beskyttelse fra arbeidsgiver.

Berit Hofset Larsen

Forsker

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

Etikk

Risiko

Lovverk

Løgstrup

Sykepleien 2026;114(106449):e-106449

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2026.106449](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2026.106449)

Hovedbudskap

Pasienter har krav på nødvendig helsehjelp, og som sykepleier har du plikt til å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp til dem som trenger det. Men hva skjer når det utsetter deg selv for fare – for eksempel ved smitte, vold eller i krig og konflikt? Hvor langt strekker hjelpeplikten seg da? Helsepersonell må akseptere en viss risiko, særlig i krisetider, men det må veies opp mot nytten for pasienten. Det er ikke riktig å ta for mye risiko hvis prognosen er veldig dårlig. Hvor mener du grensen går?

Pasienter trenger og har krav på nødvendig helsehjelp. Som sykepleiere har du og jeg plikt til å gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp når det trengs (1). Ofte oppleves ikke dette som en tung plikt, men som noe vi ønsker å gjøre. Pasientens behov, lidelse og nød vekker i oss et ønske om, og en moralsk plikt til, å hjelpe. Det er dette Løgstrup kaller den etiske fordringen (2).

Kari Martinsen beskriver omsorg som en naturlig respons på et annet menneskes nød. Omsorg viser seg i handling – den er praktisk, relasjonell og moralsk (3).

Helsepersonell må balansere hjelpeplikt og egen risiko

Men hva når det å gi helsehjelp også innebærer en risiko for deg selv, for eksempel som følge av smitte, vold eller annen fare? Hvor langt strekker hjelpeplikten seg da? Helsepersonell er

ikke alene om å stå i slik risiko; det gjelder også brannvesen og politi. Hva må man egentlig regne med som del av jobben?

La oss ta covid-19-pandemien som eksempel. For mange av oss gjorde den disse spørsmålene tydeligere enn før.

Pasienter oppsøkte helsetjenesten med mistanke om eller påvist smitte. Noen fikk allerede helse- og omsorgstjenester, som hjemmeboende med hjemmesykepleie eller som beboere på sykehjem eller annen omsorgsinstitusjon. Mange var helt avhengige av helsehjelp. Noen måtte gi den hjelpen, ofte sykepleiere.

Pandemien økte risikoen og skapte etiske dilemmaer

I starten av pandemien var risikoen trolig størst. Viruset var på sitt mest smittsomme og ga mer alvorlig sykdom enn senere da viruset hadde utviklet seg. Samtidig var helsepersonell dårligere beskyttet. Det fantes ingen vaksine, og det var mangel på grunnleggende smittevernutstyr som hansker, munnbind og smittefrakker grunnet økt forbruk.

Rutiner for testing og smittevern var heller ikke på plass. I tillegg manglet vi sikker kunnskap om hvor farlig viruset var, hvor lett det smittet, og hvilke tiltak som kunne ha effekt.

«Det fantes ingen vaksine, og det var mangel på grunnleggende smittevernutstyr som hansker, munnbind og smittefrakker grunnet økt forbruk.»

I starten tydet noen studier på at eldre covid-pasienter med respirasjonssvikt ville ha liten nytte av respiratorbehandling, fordi prognosen var for dårlig. Et dilemma som oppsto, var om man likevel burde tilby non-invasiv ventilasjonsstøtte (NIV) for å lette pustebesvær (4).

Utfordringen var at denne behandlingsformen kan danne aerosoler, noe som øker smitterisikoen for den som gir behandlingen. Hvordan skulle hjelpeplikten veies mot risikoen for helsepersonell i slike situasjoner?

Og skulle man skille mellom ulike grupper helsepersonell? Ville det være riktig å skåne helsepersonell som selv hadde økt risiko på grunn av alder, kronisk sykdom eller andre sårbarheter? Eller som hadde familiemedlemmer med forhøyet risiko? Og hva da med kollegaene som måtte ta en større del av risikoen og belastningen?

Unntakstilstander synliggjør risikoen i hjelpeplikten

Et annet eksempel på en unntakstilstand er 22. juli 2011. Et paradoks den dagen var at ambulansene som sto klare i Utvika, ikke fikk lov til å hjelpe skadde ungdommer som flyktet fra Utøya, fordi det var en «skyting-pågårr»-situasjon. Samtidig risikerte frivillige livet for å få ungdommene opp av vannet og i land.

I etterkant ble prosedyren PLIVO (pågående livstruende vold) utarbeidet. Den beskriver hvordan nødetatene skal opptre og samarbeide i situasjoner der det utøves livstruende vold mot flere personer (5). En pandemi kan kanskje sammenliknes med en slags «skyting pågår»-situasjon, men der risikoen er smitte.

Både pandemien og 22. juli var unntakstilstander, men mange utsettes for risiko også i det daglige. Smitte er én type risiko, vold og trusler en annen. Hver dag behandles pasienter med utagerende atferd og høy voldsrisiko i sykehus, sykehjem, institusjoner, poliklinikker – og i pasienters hjem.

«Både pandemien og 22. juli var unntakstilstander, men mange utsettes for risiko også i det daglige. Smitte er én type risiko, vold og trusler en annen.»

Noen ganger er atferden en del av sykdomsbildet, som ved psykiske lidelser eller ruslidelser. Helsehjelpen kan være helt nødvendig for pasientens liv og helse, for eksempel dialyse, legemiddelassistert rusbehandling (LAR) eller øyeblikkelig helsehjelp i akuttmottaket.

Andre ganger handler det om å dekke grunnleggende behov for pleie, omsorg og aktivitet. Et eksempel er enkelte pasienter på sikkerhetsavdelinger som har behov for utgang og frisk luft, selv om hver forflytning kan innebære risiko.

Samfunnsendringer øker risikoen i helsetjenesten

Unntakstilstand kan bli den nye normalen. Vi lever i en mer utrygg verden. Mange av oss har vært vant til at Norge er et trygt sted å leve – og å jobbe som helsepersonell. Det er mye som har endret seg de senere årene.

Globalisering og økt reiseaktivitet gjør at smittsomme sykdommer sprer seg lettere. En ny pandemi er ikke bare en teoretisk mulighet, det er forventet. Samtidig øker utagering og vold. Og risikoen for at Norge kan bli involvert i krig og konflikt, er nærmere enn noen gang siden andre verdenskrig. Myndighetene sier at vi må være forberedt.

I krisetider gjelder ofte andre regler og normer, fordi så mye står på spill for samfunnet. For helsepersonell kan risikoen være stor: vanskelige arbeidsforhold og overbelastning, vold og trusler, smitte, og i verste fall eksponering for radioaktivitet, kjemiske våpen eller angrep på sykehus.

Ledelsen har ansvar for helsepersonells sikkerhet

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (6) står det at sykepleieren skal kjenne sine egne plikter og rettigheter og holde seg oppdatert om aktuelle endringer. Samtidig skal sykepleieren ta vare på egen helse, sikkerhet og faglig, personlig og etisk integritet.

Retningslinjene slår også fast at sykepleiere har krav på støtte og beskyttelse fra arbeidsgiver og kolleger dersom de utsettes for krenkelser, trakassering, trusler eller vold (6).

Videre står det at: «Sykepleiere forbereder seg på å møte nødssituasjoner som naturkatastrofer, væpnede konflikter, epidemier, pandemier og sosiale kriser. Sikkerheten for mottakerne av sykepleie og eget personell er et særlig ansvar for ledere i helsevesenet og organisasjoner» (6, kap. 3.11).

«Sikkerhet for pasienter og for personalet er et lederansvar – det er ikke noe som kan overlates til den enkelte.»

Sikkerhet for pasienter og for personalet er et lederansvar – det er ikke noe som kan overlates til den enkelte. Ledere i helsetjenesten må derfor utarbeide gode beredskapsplaner for ulike situasjoner.

Samtidig bør vi alle reflektere over – og diskutere i fredstid – hvordan hjelpeplikten skal veies mot risiko for den som hjelper, og hvor langt helsepersonell bør strekke seg. I slike diskusjoner kan også de ulike profesjonsforbundene, som Norsk Sykepleierforbund, og de kliniske etikk-komiteene bidra.

Hjelpeplikten krever vurdering av risiko og nytte

I en samtale jeg hadde med Oona Dunlop, leder av klinisk etikk-komité ved Oslo universitetssykehus og overlege ved [CBRNE-senteret](#), løftet hun frem et grunnleggende poeng: Det har aldri vært helt risikofritt å jobbe i helsevesenet. Helsepersonell må akseptere en viss risiko, men risikoen må stå i forhold til nytten for pasienten. Det er ikke riktig å ta svært høy risiko hvis pasientens prognose er dårlig.

Diskuter gjerne med kolleger: Hvor mye risiko bør sykepleiere ta for å gi nødvendig helsehjelp – både i fredstid og i krisetider?

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



RISIKO PÅ JOBB: Vold, trusler og risiko for smitte er en del av hverdagen for mange sykepleiere. Slike situasjoner kan skape vanskelige vurderinger i møte med pasienter som trenger hjelp. *Illustrasjon: Monica Hilsen*

1. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64 [hentet 15. april 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
2. Løgstrup KE. The ethical demand. Oxford: Oxford University Press; 2020.
3. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
4. Larsen BH, Magelssen M, Dunlop O, Pedersen R, Førde R. Ethiske dilemmaer i sykehusene under covid-19-pandemien. Tidsskr Nor Lægeforen. 2020;140(18). DOI: [10.4045/tidsskr.20.0851](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0851)
5. Helsedirektoratet. Pågående livstruende vold (PLIVO) [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 7. august 2017 [hentet 16. april 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/akuttmedisin/pagaende-livstruende-vold-plivo>
6. Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett]. Oslo: NSF; u.å. [oppdatert mai 2025; hentet 20. april 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>